

Valéria Silvana Faganello Madureira  
Jeane Barros de Souza  
Crhis Netto de Brum  
Daniela Savi Geremia  
Organizadoras



# PESQUISA NA ENFERMAGEM: RELATOS CIENTÍFICOS



2022

Valéria Silvana Faganello Madureira  
Jeane Barros de Souza  
Crhis Netto de Brum  
Daniela Savi Geremia  
Organizadoras



# PESQUISA NA ENFERMAGEM: RELATOS CIENTÍFICOS



2022



2022 by Editora e-Publicar  
Copyright © Editora e-Publicar  
Copyright do Texto © 2022 Os autores  
Copyright da Edição © 2022 Editora e-Publicar  
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelos autores.

**Editora Chefe**

Patrícia Gonçalves de Freitas

**Editor**

Roger Goulart Mello

**Diagramação**

Roger Goulart Mello

Dandara Goulart Mello

**Projeto gráfico e Edição de Arte**

Patrícia Gonçalves de Freitas

**Revisão**

Os autores

Todo o conteúdo do livro, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

**Conselho Editorial**

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Edwaldo Costa – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo



2022



Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás  
Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará  
Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense  
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz  
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA  
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas  
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará  
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes  
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo  
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes  
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará  
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista  
Rodrigo Lema Del Rio Martins – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

474 Pesquisa na enfermagem [livro eletrônico] : relatos científicos /  
Organizadores Valéria Silvana Faganello Madureira... [et al.]. –  
Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2022.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5364-028-3  
DOI 10.47402/ed.ep.b202211560283

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Iniciação científica.  
I. Madureira, Valéria Silvana Faganello. II. Souza, Jeane Barros de. III.  
Brum, Crhis Netto de. IV. Geremia, Daniela Savi.

CDD  
610.73

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora e-Publicar**

Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
contato@editorapublicar.com.br  
www.editorapublicar.com.br



2022





## PREFÁCIO

A proposta apresentada neste livro, *PESQUISA NA ENFERMAGEM: relatos científicos*, representa o engajamento e a consistente trajetória das Organizadoras e Autores. A partir dos dois eixos temáticos eleitos para guiar a proposta, discutem a *formação profissional em enfermagem ancorada nos relatos de iniciação científica*. Entendo que isso aponta o compromisso com a pesquisa e com a possibilidade de desenvolvimento da prática de cuidado baseado em evidências, que compõe o segundo eixo temático do livro: o cuidado no processo de viver humano.

No primeiro eixo, o livro apresenta os passos em 32 anos de Sistema Único de Saúde, fundamentados no movimento da reforma sanitária no Brasil, e as implicações para a formação a partir da análise do ensino no Curso de Graduação em Enfermagem na UFFS, que foi discutida na perspectiva dos estudantes e da produção científica acerca do tema. Então, os autores e autoras centram seus esforços em dar visibilidade ao processo de Enfermagem como uma ferramenta de organização do ensino e a sua usabilidade na prática assistencial, bem como no âmbito da aprendizagem. Para encerrar essa seção, acrescentam que há “flores e pedras no caminho” da formação de estudantes da graduação que implicam em sua qualidade de vida.

O segundo eixo mantém o foco no processo de Enfermagem, aplicando os *temas transversais ao cuidado no processo de viver humano*. Os estudos possuem delineamentos de pesquisa nas abordagens qualitativa e quantitativa em distintos cenários da Atenção Primária em Saúde com baixa, média e alta complexidades para o desenvolvimento dos cuidados ao ser humano. Os temas estão diretamente relacionados ao perfil epidemiológico da região e dos âmbitos nacional e internacional, como, por exemplo, o tema da epidemia de sífilis e suas possibilidades de controle por meio de consultas, visitas domiciliares e monitoramento dos casos diagnosticados e tratados; a violência obstétrica, que tem gerado extenso debate em torno dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos; o câncer ginecológico a partir da experiência de mulheres submetidas à braquiterapia ou mastectomia, o que configura um problema de saúde pública cujo impacto na sociedade e nos anos de vida das pessoas é incalculável. Outros capítulos remetem à Segurança Alimentar e Nutricional e englobam a discussão acerca dos fatores de risco cardiovascular, doenças crônicas, como diabetes, e a reabilitação, e contemplam o ambiente de trabalho e a saúde na agricultura familiar, correspondendo à resposta às demandas e características locais. As perspectivas das investigações são de estudantes, de jovens e adolescentes, mulheres e homens, adultos e idosos, e perpassam a exposição de

vivências e significados de pessoas que recebem os cuidados no âmbito da saúde. Ademais, os autores e autoras discutiram o tema do perdão para a pessoa idosa e as experiências de paternidade e gestação na adolescência a partir do vivido dos participantes das pesquisas.

Em conclusão, entendo que o livro é uma manifestação das potenciais respostas que uma universidade pode dar aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a fim de contribuir para o alcance das metas da Agenda 2030 no Brasil. A partir da pesquisa com perguntas e respostas para problemas locais e, especialmente, a partir da formação de novos cientistas de modo articulado entre graduação e pós-graduação, possibilitam-se os primeiros passos na carreira de um ou de uma cientista, por meio da habilidade de pensar cientificamente e ter criatividade. Não obstante, é relevante mencionar também o ensino e a extensão, que representam os pilares em que a interlocução com a sociedade se dá de modo concreto e imediato.

Entendo que esta produção científica advinda da experiência dos docentes desta instituição representa também a corresponsabilidade entre a instituição, que se propõe a fazer a manutenção de espaços físicos e de pessoal, e os profissionais, que se comprometem com a manutenção de sua educação permanente para que possamos pensar na possibilidade de resposta aos problemas de saúde locais e globais, bem como de um conhecimento que faça sentido para o mundo. Entre tais sentidos, destaco aquele relacionado ao desenvolvimento da prática baseada em evidência, que permeia a articulação entre teoria e prática e contempla a autonomia profissional e a ciência aplicada à sociedade.

Santa Maria, agosto de 2021.

**Stela Maris de Mello Padoin**

Docente na Universidade Federal de Santa Maria

Pesquisadora do CNPq



## LISTA DE ABREVIACÕES

AB: Atenção Básica

ABP: Aprendizagem Baseada em Problemas

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AHA: *American Heart Association*

AHLVF: Associação Hospitalar Leonir Vargas Ferreira

APS: Atenção Primária de Saúde

ATP: atividades teórico práticas

AVA: Ambiente Virtual de Aprendizagem

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CA: Circunferência Abdominal

CC: Centro Cirúrgico

CC: Circunferência Cervical

CCR: Componente Curricular

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CNS: Conselho Nacional de Saúde

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

COREN-RS: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

CR: Centro de Referência

CSF: Centro de Saúde da Família

DAI: Dermatite Associada à Incontinência

DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNT: doenças crônicas não transmissíveis

DCS: Diagnóstico Comunitário em Saúde

DCS: Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade

DCV: doenças cardiovasculares

DE: Diagnósticos de Enfermagem

DM: Diabetes mellitus

DRU: Desvinculação das Receitas da União

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

EC: Expressões-Chave

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente


EFI: Escala de Atitude para o Perdão

EPI: Equipamentos de Proteção Individual


ESC: Sociedade Europeia de Cardiologia

eSF: Equipe de Saúde da Família





ESF: Estratégia Saúde da Família  
EUA: Estados Unidos da América  
Fetraf-Sul: Federação dos Trabalhadores da Agricultura Familiar da Região Sul  
FRCV: Fatores de Risco Cardiovascular  
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica  
HDL: high density cholesterol  
HIV: Human Immunodeficiency Virus  
HPV: Papiloma vírus Humano  
HRO: Hospital Regional do Oeste  
IC: Ideias Centrais  
IES: Instituições de Ensino Superior  
IMC: Índice de Massa Corporal  
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INCA: Instituto Nacional de Câncer José Gomes de Alencar  
IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis  
LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação  
LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
MCS: Método Criativo e Sensível  
MEDLINE: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica  
MRSB: Movimento da Reforma Sanitária Brasileira  
MS: Ministério da Saúde  
NANDA: *North American Nursing Diagnosis Association*  
NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
NLM: *National Library of Medicine*  
NPVO: Nada por Via Oral  
NR: Norma Regulamentadora  
OMS: Organização Mundial de Saúde  
ONU: Organização das Nações Unidas  
PA: Pressão Arterial  
PA: Produção Artística  
PCA: Pesquisa Convergente Assistencial  
PE: Processo de Enfermagem  
PFF: Peça Facial Filtrante  
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica  
PNAISAJ: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens  
PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem  
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde  
PPACA: *Patient Protection and Affordable Care*  
PPC: Projeto Pedagógico do Curso  
Pronaf: Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar  
QGA: Questionário-Guia Alimentar







RSB: Reforma Sanitária Brasileira  
RU: Restaurante Universitário  
SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SciELO: *Scientific Electronic Library Online*  
SESAU: Secretaria Municipal de Saúde  
SESC: Serviço Social do Comércio  
SIM: Sistema de Informação de Mortalidade  
SISPRENATAL: Sistema de Informação do Pré-natal  
SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SNE: Sonda Nasoenteral  
SPO: Sala Pré-operatória  
SpO<sub>2</sub>: Saturação Periférica de Oxigênio  
SPSS: *Statistic Package for the Social Sciences*  
SRPA: sala de recuperação pós-anestésica  
SUS: Sistema Único de Saúde  
SVD: Sonda Vesical de Demora  
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TIC: Tecnologias da Informação e Comunicação  
TOT: Tubo Orotraqueal  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UFFS: Universidade Federal da Fronteira Sul  
UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina  
US: unidades de significação  
UTI: Unidade de Terapia Intensiva  
VD: Visita Domiciliar  
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory  
WHO: World Health Organization  
WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life





## SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO.....</b>	<b>5</b>
<b>LISTA DE ABREVIACÕES.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
	Valéria Silvana Faganello Madureira Jeane Barros de Souza Crhis Netto de Brum Daniela Savi Geremia
<b>PARTE I - FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>20</b>
32 ANOS DE SUS: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS E RENOVAÇÃO DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA .....	20
	Ianka Cristina Celuppi Daniela Savi Geremia Jeane Barros de Souza Jéssica Ferreira Nora Margarita Jacquier
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>36</b>
O ENSINO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UFFS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES .....	36
	Daiane Schuck Valéria Silvana Faganello Madureira Alexander Garcia Parker Denise Consuelo Moser Aguiar Liane Collisell Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>50</b>
PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DO ENSINO APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA.....	50
	Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt Andressa Reginatto Percisi Priscila Biffi Keroli Eloiza Tessaro da Silva
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>62</b>
FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA UTI GERAL .....	62
	Cristiane Marolli Tatiana Gaffuri da Silva Alexsandra Martins da Silva Valéria Silvana Faganello Madureira Sílvia Silva de Souza Leoni Terezinha Zenevicz





<b>CAPÍTULO 5 .....</b>	<b>79</b>
APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DISTANCIAMENTOS E APROXIMAÇÕES DO ENSINO ACADÊMICO .....	79
	Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt Priscila Biffi Andressa Reginatto Percisi Taize Sbardelotto Sara Letícia Agazzi
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>91</b>
QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES QUE VIVENCIAM O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: FLORES E PEDRAS NO CAMINHO .....	91
	Célia Regina Machado Recktenvald Crhis Netto de Brum Samuel Spiegelberg Zuge Ariane da Cruz Guedes
<b>PARTE II - TEMAS TRANSVERSAIS AO CUIDADO NO PROCESSO DE VIVER HUMANO</b> .....	<b>105</b>
<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>106</b>
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SÍFILIS EM GESTANTES NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS.....	106
	Vanilla Eloá Franceschi Larissa Hermes Thomas Tombini Liane Colliselli Valéria Silvana Faganello Madureira Érica de Brito Pitilin
<b>CAPÍTULO 8 .....</b>	<b>125</b>
DA MESMA FORMA QUE EMPURRARAM A BEBÊ, TIRARAM A PLACENTA: PARTURIÇÃO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....	125
	Joice Moreira Schmalfuss Dauana Marchioro Tassiana Potrich Crhis Netto de Brum Eleine Maestri
<b>CAPÍTULO 9 .....</b>	<b>140</b>
A EXPERIÊNCIA DE MULHERES SUBMETIDAS A BRAQUITERAPIA PARA O TRATAMENTO ONCOLÓGICO SOBRE A ESTENOSE VAGINAL .....	140
	Silvânia Fabicz Debblye Pikula Rafael de Lima Carmo Eleine Maestri Jeferson Santos Araújo Vander Monteiro da Conceição
<b>CAPÍTULO 10.....</b>	<b>153</b>
A VIDA APÓS A MASTECTOMIA: MUDANÇAS QUE PROMOVEM A SAÚDE .....	153
	Maraisa Manorov





	Jeane Barros de Souza Valéria Silvana Faganello Madureira Daniela Savi Geremia Vander Monteiro da Conceição
<b>CAPÍTULO 11.....</b>	<b>168</b>
PRESENÇA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E PERFIL ALIMENTAR: UMA INVESTIGAÇÃO COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS .....	168
	Fabiana Brum Haag Débora Cristina Fávero Aline Massaroli Érica de Brito Pitilin Gelson Aguiar da Silva Moser Eleine Maestri
<b>CAPÍTULO 12.....</b>	<b>185</b>
SAÚDE NA AGRICULTURA FAMILIAR: RISCOS OCUPACIONAIS E MEDIDAS PREVENTIVAS NA PERSPECTIVA DE JOVENS .....	185
	Ângela Urio Jeane Barros de Souza Angélica Zanettini Valéria Silvana Faganello Madureira Daniela Savi Geremia Liane Colliselli
<b>CAPÍTULO 13.....</b>	<b>199</b>
O SIGNIFICADO DO PERDÃO PARA A PESSOA IDOSA .....	199
	Nádia Cristina Pressi Leoni Terezinha Zenevicz Maira Buss Thofehr Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo Valéria Silvana Faganello Madureira Kimberly Lana Franzmann
<b>CAPÍTULO 14.....</b>	<b>208</b>
VIVÊNCIAS DA ADOLESCÊNCIA: MOTIVOS E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ.....	208
	Jeane Barros de Souza Crhis Netto de Brum Yaná Tamara Tomasi Angélica Zanettini Rita de Cássia Alves Oliveira Maria Sylvia de Souza Vitalle
<b>CAPÍTULO 15.....</b>	<b>223</b>
COMPREENSÃO DA VIVÊNCIA DA PATERNIDADE PARA O SER-PAI ADOLESCENDO: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	223
	Dhiane Terribile Crhis Netto de Brum Samuel Spiegelberg Zuge Jeane Barros de Souza Tassiana Potrich





<b>CAPÍTULO 16.....</b>	<b>238</b>
GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: FALANDO DO VIVIDO .....	238
	Vanessa Ritieli Schossler Valéria Silvana Faganello Madureira Jeane Barros de Souza Tatiana Gaffuri da Silva Jaqueline Ana Foschera Marceli Cleunice Hanauer
<b>CAPÍTULO 17.....</b>	<b>260</b>
CUIDADO AO INDIVÍDUO COM DIABETES MELLITUS: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA À SAÚDE.....	260
	Claudia Moresco Peliser Beal Valéria Silvana Faganello Madureira Jeane Barros de Souza Larissa Hermes Thomas Tombini Marceli Cleunice Hanauer Liane Colliselli
<b>CAPÍTULO 18.....</b>	<b>282</b>
RESSIGNIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO EM SAÚDE: TRAJETÓRIA DE UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL .....	282
	Yaná Tamara Tomasi Jeane Barros de Souza Valéria Silvana Faganello Madureira Graciela Soares Fonsêca
<b>CAPÍTULO 19.....</b>	<b>294</b>
REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR: RETOMADA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA.....	294
	Gelson Aguiar da Silva Moser Denise Consuelo Moser Aguiar Francine Lima Gelbke Soraia Dornelles Schoeller Suellen Rodrigues de Oliveira Maier Valéria Silvana Faganello Madureira
<b>CAPÍTULO 20.....</b>	<b>307</b>
CORPOREIDADE E CUIDADO: O COTIDIANO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DO PACIENTE PERIOPERATÓRIO.....	307
	Ariane de Lourdes Gomes Bueno Denise Consuelo Moser Aguiar Gelson Aguiar da Silva Moser Suelem Klein Suellen Rodrigues de Oliveira Maier Valéria Silvana Faganello Madureira
<b>CAPÍTULO 21.....</b>	<b>320</b>
AMBIENTE DE TRABALHO, RISCOS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER SAÚDE: PERCEPÇÕES DE HOMENS AGRICULTORES FAMILIARES .....	320
	Tatiana Xirello







---

Yaná Tamara Tomasi  
Jeane Barros de Souza  
Maria Eduarda de Carli Rodrigues  
Ângela Urio  
Luna Reis

**CONCLUSÃO.....332**

Crhis Netto de Brum  
Daniela Savi Geremia  
Jeane Barros de Souza  
Valéria Silvana Faganello Madureira

**AUTORES.....335**





## INTRODUÇÃO

Valéria Silvana Faganello Madureira  
Jeane Barros de Souza  
Crhis Netto de Brum  
Daniela Savi Geremia

A Universidade Federal da Fronteira Sul emergiu de um processo longo de mobilização, iniciado na década de 1980, envolvendo as regiões Noroeste e Norte do Rio Grande do Sul, Oeste e Extremo Oeste de Santa Catarina e Sudoeste e Centro do Paraná, em prol do acesso ao ensino superior público e gratuito regional.

Diversos movimentos somaram forças para conquistar a universidade pública para a região, dentre os quais a Via Campesina e a Federação dos Trabalhadores da Agricultura Familiar da Região Sul (Fetraf-Sul), que assumiram a liderança do Movimento Pró-Universidade. Após anos de luta, em 12 de dezembro de 2007, pelo projeto de Lei 2.199/07, foi encaminhado o processo oficial de efetivação da Universidade Federal para a Mesorregião da Grande Fronteira do Mercosul.

Os anos de 2008 e 2009 foram marcados por intensa mobilização do Movimento Pró-Universidade no sentido de estabelecer o perfil da Universidade a ser criada, a localização de seus *campi* e a proposta dos primeiros cursos a serem implantados. Finalmente, em 15 de setembro de 2009, através da Lei 12.029, criou-se a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

A UFFS é uma instituição de ensino superior *multicampi*, com sede no município de Chapecó – Santa Catarina e com *campi* nas cidades gaúchas de Cerro Largo, Erechim e Passo Fundo, bem como nas cidades paranaenses de Realeza e Laranjeiras do Sul. Sua área de abrangência envolve municípios que compõem a Mesorregião da Fronteira Sul, historicamente desassistida pelo poder público, especialmente no acesso à educação superior.

Foi neste contexto que se concebeu o Curso de Graduação em Enfermagem, no *campus* de Chapecó, com o compromisso de propiciar uma formação contemporânea, contextualizada e dinâmica, pautada na indissociabilidade do ensino, pesquisa, extensão/assistência, que traga como resultado um enfermeiro generalista, crítico e apto para atuar em todas as dimensões do cuidado, como promotor da saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

Este Curso atendeu a uma necessidade diagnosticada pela população do município de Chapecó e região de formar profissionais enfermeiros habilitados para atuar em diferentes

cenários da área da saúde, considerando a realidade da comunidade e a necessidade de atenção em saúde marcada pelo compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a concretização de seus princípios e diretrizes. Embora o Brasil seja mundialmente reconhecido por seu sistema universal de atenção à saúde, ainda são muitos os desafios à sua efetivação, dentre os quais destaca-se a formação de profissionais que valorizem o sistema, que reconheçam a importância de sua atuação no cuidado integral à população, que sejam capazes de trabalhar em equipe e em espaços tradicionalmente desassistidos.

Os conteúdos essenciais do curso apresentam elementos relacionados ao processo saúde doença do indivíduo, família e comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, na perspectiva da integralidade das ações do cuidar, inserindo o acadêmico no atual contexto de discussões e reflexões sobre as políticas públicas de saúde e as repercussões na Enfermagem, tal como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem e Resolução CNE/CES nº 03/2001.

A primeira turma de estudantes do Curso de Enfermagem da UFFS iniciou suas atividades no ano de 2010, enfrentando todas as dificuldades de uma universidade e de um curso em implantação. No decorrer dos cinco anos de formação, o corpo docente foi progressivamente formado com vistas a atender todas as áreas do Curso, à medida que o Projeto Político Pedagógico (PPC) proposto era executado.

No âmbito da UFFS, pesquisa e extensão estão intimamente ligadas ao ensino, do qual se alimentam e ao qual devolvem os resultados de suas ações. Na consolidação do modelo de pesquisa institucional, são incentivadas práticas de iniciação científica, com avaliação quantitativa e relevância da investigação científica, em sintonia com a identidade acadêmica da Instituição. Assim, contempla-se o incentivo à criação de núcleos de pesquisa e de iniciação científica e das práticas investigativas interdisciplinares.

No decorrer da história do Curso de Enfermagem, os professores organizaram grupos de pesquisa na instituição, com a participação de docentes, estudantes e comunidade externa, dentre os quais se destacam: Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC), Grupo de Estudos e Pesquisa em Gestão, Cuidado e Educação em Saúde e Enfermagem (GEPEGECE), Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS), Educação Popular e Formação em Enfermagem e Saúde (EDUFES), Grupo de Estudo e Pesquisa sobre o Cuidado à Saúde em Pediatria e Hebiatria (GEPE-CPDH), entre outros.

A partir de 2016, docentes doutores organizaram um grupo de trabalho, o qual reúne-se periodicamente com o intuito de fortalecer a Pós-Graduação e consolidar a pesquisa articulada na instituição, em busca de implementar o Mestrado em Enfermagem. Muito já foi feito e ainda continua sendo realizado, em prol do sonho de oferecer Mestrado em Enfermagem público, gratuito e de qualidade para a Mesorregião da Fronteira Sul.

Durante esses 11 anos do Curso de Enfermagem, várias pesquisas foram desenvolvidas, envolvendo docentes e estudantes, com publicação em periódicos reconhecidos na área da saúde e alguns, com apoio de bolsas de fomento à pesquisa. Neste cenário emergiu este livro, obra tecida por muitas mãos. Seus capítulos retratam a diversidade de pesquisas, com abordagem de várias temáticas que envolvem a formação profissional em Enfermagem, como também temas transversais ao cuidado no processo de viver humano.

Por meio deste livro, deseja-se divulgar parte do que tem sido produzido por docentes e estudantes do curso de Enfermagem. Ao mesmo tempo, espera-se contribuir com a produção de conhecimento através da pesquisa em Enfermagem e Saúde, bem como sensibilizar docentes e estudantes da Mesorregião da Fronteira Sul a fortalecer seus estudos, a fim de agregar competências à formação dos estudantes e, conseqüentemente, aprimorar a qualificação profissional dos enfermeiros por meio de estudos reflexivos e críticos.

Boa leitura!

## Referências

1. UNIVERSIDADE Federal da Fronteira Sul. **Plano de desenvolvimento institucional** 2019-2023. Chapecó: UFFS, 2019. Disponível em: [https://www.uffs.edu.br/institucional/a\\_uffs/a\\_instituicao/plano\\_de\\_desenvolvimento\\_institucional](https://www.uffs.edu.br/institucional/a_uffs/a_instituicao/plano_de_desenvolvimento_institucional)
2. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
3. \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei N.º 2.199-C, de 2007**. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=2D95DE83F9C802E76FD286152066A0F0.node1?codteor=644404&filename=Avulso+-PL+2199/2007](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=2D95DE83F9C802E76FD286152066A0F0.node1?codteor=644404&filename=Avulso+-PL+2199/2007)
4. \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n° 12.029, de 15 de setembro de 2009**. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal da Fronteira Sul e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112029.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112029.htm)



## **PARTE I**

# **FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

## CAPÍTULO 1

### 32 ANOS DE SUS: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS E RENOVAÇÃO DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Ianka Cristina Celuppi  
Daniela Savi Geremia  
Jeane Barros de Souza  
Jéssica Ferreira  
Nora Margarita Jacquier

#### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Constituição Cidadã completam 32 anos sob evidentes ameaças que comprometem o pleno desenvolvimento e ampliação do sistema de saúde e colocam em *xeque* os princípios da universalidade de acesso e integralidade da atenção à saúde. Nesse cenário, destaca-se a necessidade de retomar o debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e, conseqüentemente, o projeto de desenvolvimento nacional fundado nas raízes deste movimento.

Na década de 70, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) encorajou o empoderamento de sujeitos políticos capazes de formular e conduzir o processo da RSB, organizados pelas várias expressões dos movimentos sociais da época, que se integraram e estruturaram o grande MRSB. Na medida em que houve a constitucionalização do SUS, novos atores institucionais emergiram. Ou seja, o triunfo da reforma como fruto das lutas sociais, contraditoriamente ocasionou a superação do caráter de movimento civil como crítica ao Estado, atribuindo poder a atores políticos que constituem a institucionalidade estatal<sup>1</sup>.

O fortalecimento de sujeitos como os secretários de saúde e a desigual distribuição de poder entre os atores, gerou tensões no exercício do poder compartilhado e favoreceu os gestores e grupos corporativos, o que por vezes impediu a concretização dos ideais da RSB. Assim, percebe-se que esse desafio de concretização dos ideais da RSB, somado à reorientação da lógica de formação profissional, são as principais contrariedades da atual fase da reforma, que implica na garantia do acesso aos usuários e a exigibilidade de seus direitos. Nesse ínterim, a ênfase nos aspectos legais e institucionais colabora para os (des)caminhos da formação de sujeitos políticos engajados com os ideais da RSB<sup>2</sup>.

A partir deste contexto, emergiram alguns questionamentos norteadores do estudo: De que modo os ideais do MRSB estão sendo implementados no decorrer dos 32 anos de SUS? Como se pode renovar os atores e as estratégias em defesa da saúde pública? Assim, o objetivo

deste capítulo é refletir sobre a formação de profissionais de saúde para o SUS, bem como sobre sua aproximação com os ideais do MRSB. Este capítulo faz parte do trabalho de conclusão de curso intitulado “Privatização da saúde: impasses políticos e sociais observados por atores do movimento da reforma sanitária brasileira” apresentado como requisito para a obtenção do título de bacharel em enfermagem, no ano de 2018.

Frente à perda dos ideais do MRSB, às fragilidades para a efetivação do SUS e às sucessivas iniciativas de fortalecimento do mercado privado, este estudo justifica sua relevância ao refletir sobre a conjuntura política e suas influências para a instituição do projeto da RSB e, deste modo, pensar estratégias para a renovação dos atores em defesa da saúde pública, por meio de associações com a formação de profissionais de saúde. Ainda, propõe a contextualização histórico-política da RSB, seus objetivos e avanços, bem como seus desafios e limitações, no intuito de compreender a trajetória pós-constituente de construção da democracia e do sistema de saúde brasileiro.

Este capítulo está assim estruturado: resgate histórico do MRSB, análise de conjuntura política e de iniciativas de desmonte do SUS e, por fim, contextualização da formação de profissionais de saúde e apresentação de estratégias para renovação dos atores-sociais do MRSB.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo analítico, de abordagem qualitativa, aprovado no edital nº 398/2017/UFFS e deferido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS pelo parecer nº 2.448.574. A pesquisa teve como público-alvo pesquisadores e militantes da saúde pública que participaram do MRSB vinculados ao Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e/ou à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), e que apresentaram vinculações com essas instituições desde a década de 70 até os dias atuais. A seleção dos participantes foi intencional e feita a partir das informações coletadas por meio da análise de produções científicas, bem como pela atuação ativa nas entidades supracitadas. A partir dos critérios estabelecidos, a pesquisa envolveu doze participantes.

A média de idade dos participantes foi de 65 anos, onde a menor idade foi de 58 anos e a maior de 71 anos. Destes, nove apresentaram titulação de doutorado e três com pós-doutorado. O tempo de militância pela saúde pública informado no formulário expressa uma longa jornada em defesa do SUS, onde 83,3% afirmaram militância de mais de 30 anos e os demais um período de 21 a 30 anos.

Os dados foram coletados por um formulário semiestruturado, contendo inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido de oito perguntas abertas, organizadas em três eixos: I – Ideais do MRSB; II – Percepções acerca do processo de privatização da saúde pública no Brasil, III – Projeções e expectativas para o futuro do SUS. A coleta de dados foi realizada mediante envio de formulário eletrônico do google (*google forms*), no período de janeiro a março de 2018.

Para a análise dos resultados utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite a sistematização do material empírico a fim de expressar o pensamento de uma população sobre um determinado tema, por meio da observação minuciosa das entrevistas, identificação de expressões semelhantes e do sentido de um composto de falas e construção dos DSC<sup>3</sup>.

Entre as etapas do método, estão: 1) análise minuciosa das entrevistas para identificação das Expressões-Chave (EC) presentes no texto. Essas EC consistem em trechos das entrevistas que revelam a essência do conteúdo abordado; 2) após a sinalização das EC, une-se o conjunto de expressões semelhantes, criando as Ideias Centrais (IC), que descrevem sucintamente o sentido de um composto de falas. 3) A partir das IC, constroem-se os DSC sobre a temática em questão<sup>3</sup>.

Assim, os resultados e discussão desse estudo estão estruturados nas seguintes ideias centrais: Caminhos da reforma sanitária brasileira; Conjuntura de desmonte às políticas públicas sociais e fortalecimento do mercado; e Formação de profissionais de saúde e a renovação dos atores da RSB.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caminhos da Reforma Sanitária Brasileira**

A defesa da saúde pública como um direito iniciou-se em meados da década de 70 com o MRSB, em um período na qual se lutou pela redemocratização do Estado e pela construção de políticas de bem-estar social. Este processo contou com ampla participação popular e foi marcado pela cooperação entre movimentos sociais, sindicatos e organizações civis, o que cooperou para a criação de instituições centradas na equidade e universalidade do acesso à saúde, como o CEBES em 1976 e a ABRASCO em 1979.

A construção de uma ordem institucional democrática supunha um reordenamento das políticas sociais, para responder às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade<sup>4</sup>. Neste sentido, o MRSB contribuiu para a reformulação de um campo de saber e alcance do regime político democrático, que tinha o objetivo de construir um novo pacto de poder, caracterizado como:

Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, trata-se de uma conjuntura reformista de fuga à ditadura militar e consolidação do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) nos países europeus. Esse cenário incitou manifestações contrárias ao modelo liberal do Estado brasileiro, com o propósito de afastar o poder político dos interesses do capital privado e aproximá-lo das demandas da classe trabalhadora.

No ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde validou a saúde como um direito de qualquer cidadão, independente de vínculo empregatício como vinha ocorrendo com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). As pautas levantadas até aquele momento foram aprofundadas na Assembleia Nacional Constituinte em 1987. Desta forma, desenhou-se o que posteriormente seriam as bases para a construção do SUS, instituído na Constituição Federal de 1988.

As propostas construídas pelo MRSB durante a década de 70 até a 8ª Conferência Nacional de Saúde não eram unânimes. Pode-se dizer que o MRSB se dividia em duas principais frentes ideológicas, como apresenta o DSC 1 a seguir:

**DSC 1:** Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde havia uma polêmica que distinguia setores do movimento sanitário, onde um segmento vinculado ao PT defendia a "Estatização" do sistema de saúde e outro, mais moderado, imaginava a possibilidade de desencadear um processo gradual de fortalecimento do setor público, de modo a tornar o setor privado residual, tendo como imagem-objetivo o *National Health Service* (NHS) inglês. O MRSB apresentava o projeto de fortalecimento do setor público de saúde, visando à expansão dos recursos financeiros, da rede de serviços e consequente aumento de cobertura, tendo em vista o alcance da universalidade e integralidade da atenção à saúde.

De maneira geral as discussões acerca deste processo se aproximavam das noções de acesso universal à saúde, responsabilização financeira do Estado, ordenação de serviços visando a integralidade do cuidado, do conceito de atenção primária e da regionalização dos serviços, presentes no relatório *Dawson*, elaborado na Grã-Bretanha em 1920<sup>6</sup>. Os princípios que orientaram o processo da RSB foram: 1) Ético-normativo – que insere a saúde como parte



dos direitos humanos básicos fundamentais; 2) Científico – que compreende a determinação social do processo saúde doença e suas implicações; 3) Político – que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; 4) Sanitário – que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação<sup>1</sup>.

Com a luta por democracia proposta pelo MRSB na década de 70 e a instituição do sistema nacional de saúde, avançou-se na construção dos direitos de cidadania, a exemplo da participação da comunidade nos fóruns colegiados do SUS. Os espaços legais de participação popular na gestão e fiscalização da saúde estabelecidos pela Lei 8.142/1990, bem como a descentralização político-administrativa do federalismo brasileiro, são representações de conquistas democráticas no país. No entanto, o projeto social idealizado na década de 70 não se concretizou plenamente por razões estruturais, de caráter econômico, político e social, da própria formação da federação brasileira e do quadro de centralização de poder do regime ditatorial<sup>7</sup>.

A reforma democrática do Brasil foi duramente confrontada pela hegemonia das políticas e iniciativas neoliberais, com o predomínio dos interesses econômicos sobre as políticas públicas e sobre a própria ordem constitucional, incitando e articulando a propagação de uma reforma gerencial do Estado<sup>2</sup>. O DSC apresentado a seguir contextualiza a criação do SUS em meio aos interesses políticos neoliberais do Estado brasileiro, o que figurou grande impasse e desafio para o desenvolvimento das políticas sociais no país.

**DSC 2:** A RSB e o SUS culminaram em um projeto político de inspiração socialista. Frente ao enfraquecimento dessa perspectiva político-ideológica e à evolução do capitalismo e da ideologia neoliberal nos últimos 30 anos, com profunda dilapidação do Estado, o crescimento do mercado privado no setor saúde é coerente e funcional ao modelo econômico brasileiro.

Tal priorização de crescimento do mercado privado em detrimento do desenvolvimento do setor público pode ser reconhecida como um diferencial da reforma sanitária brasileira com relação à constituição de sistemas de proteção social na Europa, como o próprio NHS. A Inglaterra é considerada um exemplo positivo, pois conseguiu limitar a atuação do mercado privado por muitos anos, de modo a fortalecer o desenvolvimento de seu sistema estatal de saúde.

### **Conjuntura de desmonte das políticas públicas sociais e fortalecimento do mercado**

O neoliberalismo está ancorado em pretensões de desmonte dos sistemas de proteção social e incentivos à autorregulação dos mercados. No Brasil, estas diretrizes configuram-se

como estratégias que vão ao encontro de um contínuo processo de americanização do sistema de saúde brasileiro. A conjuntura de expansão do mercado privado e enfraquecimento das políticas sociais são congruentes com o modelo econômico brasileiro e operacional aos interesses das organizações privadas no país, na qual foram criados incentivos fiscais ao setor privado, atacaram-se os direitos trabalhistas, limitou-se a expansão do sistema público, adotaram-se políticas financeiras de austeridade e limitaram-se os investimentos públicos na saúde<sup>8</sup>.

A política de restrição financeira exerce função ideológica, na qual explica-se a crise na saúde como ineficiência do Estado, que dispõe de poucos recursos e não sabe aplicá-los de maneira inteligente na área social. Deste modo, constrói-se o ideal da privatização como solução para este panorama e não se considera as causas estruturantes da crise do setor saúde, que decorre do encolhimento do Estado, redução dos investimentos sociais e priorização de outros setores que não o saúde<sup>9</sup>.

Percebem-se constantes intenções de redução ou extinção do sistema de saúde, impulsionados pelo fortalecimento do capital financeiro privado, representado por empresas e grandes corporações da área da saúde. Neste contexto de dualidade, as políticas públicas encontram-se sem força para resistir ao crescimento exponencial da hegemonia neoliberal, que promove o mercado de planos de saúde como solução para “desonerar” as contas públicas brasileiras<sup>10</sup>. Tal fato pode ser evidenciado no DSC 3:

**DSC 3:** O crescimento do mercado privado é resultante de estímulos dos governos de corte neoliberal, que em termos do financiamento e da gestão do sistema de saúde, sempre buscaram favorecer a expansão do setor privado.

Há uma propensão para que empresas da área da saúde invistam em países emergentes, a exemplo do Brasil. O setor privado de saúde em mercados em desenvolvimento oferece retornos atrativos para os investidores. A instalação dessas companhias, além de incrementar o mercado privado, também acirra a disputa com o sistema público estatal por recursos humanos, agravando a já escassa disponibilidade de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde nos estabelecimentos públicos e áreas remotas do país<sup>11</sup>.

Historicamente, o Brasil é subserviente às manipulações econômicas e políticas do capitalismo mundial, sendo dependente dos ajustes determinados pelas agências internacionais, o que influencia diretamente a efetivação e primazia das políticas públicas nacionais. Assim, a estabilidade e sustentabilidade financeira do SUS requer a predileção das políticas de bem-estar social como política pública de Estado, com o fortalecimento das diretrizes que estruturam o

sistema de saúde e adequado financiamento público<sup>12,9</sup>.

No período pré-reforma sanitária brasileira, os serviços de saúde organizavam-se sob a lógica do modelo assistencial biologicista, que centrava as ações de saúde no profissional médico e focava suas práticas no tratamento da doença. Desde o período INAMPS houve privilégio da atenção hospitalar como modelo assistencial que, na ausência do Estado em diversos municípios brasileiros, favoreceu a terceirização da assistência ao setor filantrópico e privado, caracterizando o Estado como um grande comprador de serviços médicos.

Com os notáveis avanços do MRSB, a ampliação do conceito de saúde e a instituição do SUS na Constituição Federal de 1988, mudou-se o modelo de atenção à saúde no país que, a partir de então, adotou caráter sanitarista/preventivista, sustentado na promoção da saúde, com enfoque na descentralização de poder do profissional médico, estímulo à assistência multiprofissional e organização do sistema de saúde por meio da Atenção Primária de Saúde (APS).

No entanto, o modelo biologicista manteve-se presente em algumas ações e serviços de saúde no país. Ainda se percebe a difusão dessa prática nos espaços de formação e a sustentação desta ideologia entre a população, que diariamente busca os serviços de saúde almejando atendimento centralizado em procedimentos terapêuticos, encaminhamentos, solicitações de exames diagnósticos e equipamentos de alta densidade tecnológica, como apresenta os DSC 4 e 5:

**DSC 4:** O fortalecimento do mercado privado de saúde no Brasil resulta de uma série de fatores, alguns externos ao SUS, a exemplo da revolução técnico-científica que o mundo globalizado vive na atualidade, que incide sobre a expansão da indústria de medicamentos, equipamentos médicos, material descartável, e outras mercadorias que encontram seu espaço de realização no âmbito do setor saúde (tanto público quanto privado), particularmente na produção de serviços médico-hospitalares voltados ao atendimento individual.

**DSC 5:** Trata-se, portanto, da lógica de reprodução do capital no campo da saúde, principalmente através da realização do valor das mercadorias que são comercializadas no processo de produção de serviços de saúde, com a aquiescência, por vezes entusiásticas, dos profissionais de saúde, que rendidos à concepção biologicista da saúde e ao modelo médico-assistencial, privilegiam a superprodução de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos.

A evolução técnico-científica no setor saúde, por vezes contribui para a manutenção do modelo hegemônico biologicista e expansão da lucratividade do capital privado no setor, visto a compra de equipamentos médicos, medicamentos de alto custo, materiais de consumo, dentre outros.

O modelo capitalista do Estado brasileiro e a pouca politização da sociedade em defesa dos direitos à saúde pública contribuem para a expansão dos serviços privados, estimulam o

crescimento do mercado suplementar de saúde e acentuam o desnivelamento das relações entre saúde pública-suplementar em detrimento da cooperação para a garantia do direito à saúde<sup>13</sup>. Tal fato pode ser evidenciado no DSC 6 que enfatiza a ausência de um projeto nacional autônomo e progressista permanente, que priorize o desenvolvimento nacional em detrimento de concessões ao capital estrangeiro:

**DSC 6:** Esta conjuntura reducionista de direitos sociais também é resultante da ausência de um projeto de desenvolvimento nacional autônomo e "progressista", da derrota do projeto socialista idealizado no MRSB, da perda das capacidades de liderança política e da dificuldade na formulação e construção de uma coalizão que ampare o SUS pelos partidos de "esquerda".

Como o DSC 6 apresenta, são inúmeras as causas da regressão de direitos enfrentadas pelo Brasil na atualidade, dentre as quais se pode destacar as perdas de capacidades de liderança política, dificuldades na formulação de uma coalizão de esquerda que priorize os princípios estruturantes da RSB como política pública e a falta de engajamento populacional em defesa dos direitos de cidadania já conquistados.

A partir disso, percebe-se a necessidade de resgatar valores construídos durante o MRSB e de empoderar as camadas populares a partir de novos atores-sociais. Enfatiza-se o desafio de retomar a caminhada de lutas e a construção de uma saúde pública efetiva e de qualidade para milhões de brasileiros, num país com tamanhas desigualdades social, econômica, regional e que enfrenta as consequências de um cenário de golpe político.

A construção do SUS público, universal e de qualidade passa pela radicalização da democracia e da reforma sanitária brasileira<sup>14</sup>. O SUS idealizado na Constituição Federal de 1988 se perdeu, mas um outro SUS tem resistido e precisa de constante aperfeiçoamento de seu funcionamento, bem como de engajamento social em sua defesa. O quadro a seguir apresenta resumidamente os impasses entre os ideais do MRSB e a conjuntura dos 32 anos de SUS.

**Quadro 1 - Impasses para a efetivação do direito universal à saúde.**

<b>Categoria</b>	<b>Ideais do MRSB</b>	<b>Conjuntura dos 32 anos do SUS</b>
Criação do SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantação do Estado democrático de direito;</li> <li>• Saúde como direito de cidadania para além da reforma setorial; Defesa das reformas agrária, política e tributária;</li> <li>• Estatização progressiva dos serviços de saúde;</li> <li>Fortalecimento dos serviços públicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção e fortalecimento do mercado privado;</li> <li>• Enfraquecimento dos serviços públicos.</li> </ul>

<b>Categoria</b>	<b>Ideais do MRSB</b>	<b>Conjuntura dos 32 anos do SUS</b>
Relação público-privada e sustentabilidade política no período pós-1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuação complementar do setor privado sob forte regulação do Estado;</li> <li>• Expansão progressiva dos serviços de saúde, alcançando os princípios da universalidade do acesso, equidade, integralidade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização dos serviços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsistema que compete diretamente com o SUS;</li> <li>• Flexibilização da Lei nº 9.656/98 que regulamenta os planos de saúde e consequente criação dos 'planos populares de saúde';</li> <li>• Inserção do mercado privado na gestão dos serviços públicos por meio da terceirização da gestão;</li> <li>• Abertura do investimento de capital estrangeiro na assistência à saúde;</li> <li>• Desmoralização política e rompimento da democracia.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabotagem político-econômica de alguns governos que sucederam a criação do SUS;</li> <li>• Adoção de políticas econômicas que favoreceram a expansão do mercado privado;</li> <li>• Aplicação das diretrizes propostas pelo Banco Mundial</li> </ul>
Financiamento do SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de fontes de arrecadação específicas para o setor saúde;</li> <li>• Destinação de percentual do PIB semelhante ao de países que também apresentam sistema universal de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indefinição de fontes e critérios de alocação de recursos;</li> <li>• Repartição do Orçamento da Seguridade Social (OSS) entre previdência, saúde e assistência social, sendo que as duas últimas sempre foram prejudicadas;</li> <li>• Desvinculação das Receitas da União (DRU);</li> <li>• Aprovação da EC 95/2016 que congela os gastos em serviços primários por 20 anos;</li> <li>• Mudanças nas formas de transferências financeiras entre os fundos de saúde.</li> </ul>
Participação e controle social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arranjos institucionais e processos de deliberação por meio de instâncias de negociação e pactuação na formulação e na implementação da política de saúde;</li> <li>• Mobilização e politização da opinião pública em defesa do SUS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo nível de compreensão dos conselheiros de saúde sobre o SUS;</li> <li>• Pouca participação e controle social;</li> <li>• Desmobilização e despolitização</li> </ul>

Categoria	Ideais do MRSB	Conjuntura dos 32 anos do SUS
		social da opinião pública em defesa do SUS.

FONTE: Celuppi *et al* (2019)<sup>15</sup>.

### Formação de profissionais de saúde e a renovação dos atores da RSB

Considerando a criação e institucionalização do SUS, ampliação do conceito de saúde e o panorama de desmonte da política nacional de saúde, a formação de profissionais precisa estar direcionada a uma nova perspectiva, na qual se privilegie a formação de trabalhadores empoderados para o trabalho multidisciplinar, gestão e organização do sistema nacional de saúde. O conceito de formação-participação está relacionado diretamente com o MRSB, na qual se acredita que a formação profissional está condicionada à própria participação, aliando os aspectos técnicos e políticos para o preparo de protagonistas do sistema de saúde<sup>2</sup>.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 18, atribui ao SUS a função de coordenar a formação de recursos humanos em saúde, o que possibilita o estabelecimento de diretrizes para o modelo de saúde vigente e atuação profissional na saúde pública<sup>16</sup>. Esta iniciativa pode contribuir para o desenvolvimento de práticas que ampliem a RSB para uma reforma de caráter geral, não se restringindo ao setor saúde.

A formação orientada pelo Ministério da Saúde deve direcionar-se para a ampliação da consciência sanitária dos trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que ela enseja. É necessário empoderar atores não apenas para compreender o seu papel individual como membro de uma equipe, mas, principalmente, para atuar coletivamente na gestão do sistema, na sua organização e controle<sup>17</sup>.

**DSC 7:** Precisamos trabalhar as restritas bases políticas e sociais que sustentam e defendem o SUS e findar os mecanismos acionados pelo capital para a sua reprodução dentro e fora do setor saúde, agora exponenciados com a financeirização da saúde no contexto da dominância financeira do capitalismo contemporâneo.

**DSC 8:** Mobilizar a população por democracia e contribuir para formação de sujeitos “portadores da antítese”, que contribuam para o adensamento conceitual e construção de novas bases para o diálogo teórico-empírico na reflexão crítica. E devemos resistir. Renovar a luta e os atores sociais. Politizar o campo da saúde coletiva, e do conjunto da saúde. Participar dos poderes, eleger representantes comprometidos com a reforma sanitária que é bem mais ampla que o SUS, mas envolve um modelo de estado com democracia social, direitos e justiça.

De acordo com a conjuntura exposta nos discursos, aponta-se para a necessidade de romper com o consenso e a submissão que permeiam a formação e a atuação profissional, de modo a estimular o questionamento sobre a ideologia dominante. O conhecimento científico e político são elementos de emancipação humana e, deste modo, torna-se objeto de disputa na



sociedade. O grande desafio que as universidades devem enfrentar para superar o neoliberalismo é inserir os educandos nos espaços culturais da sociedade, levando-os a criticar e superar esta experiência<sup>18</sup>. Ou seja, inseri-los em sua cultura e torná-los agentes de transformação.

**DSC 9:** Precisamos as bases do movimento sanitário, ampliando o debate entre estudantes, profissionais de saúde e de outros setores, buscando articulação com movimentos sociais de resistência, além fortalecer de ocupar espaços na mídia alternativa, usando as redes sociais para desconstruir o discurso hegemônico. Ou seja, devemos manter-se em movimento, atentos à dinâmica política da conjuntura, tratando de estabelecer diálogos construtivos com outras forças sociais empenhadas em resistir a esta onda conservadora, criando espaços para a revisão e "aggiornamento" das propostas do movimento pela RSB atualmente.

Analisando o discurso, percebe-se que é fundamental estreitar as relações entre as entidades da sociedade civil e os movimentos sociais, principalmente com os trabalhadores sindicalizados, que há algum tempo abandonaram a defesa do SUS e hoje contribuem para a expansão do mercado privado e concentram suas forças na conquista de cobertura dos planos de saúde<sup>15</sup>. Acredita-se que esse retorno à base popular – que estruturou os movimentos da década de 70 – tem o potencial de retomar e ressignificar diretrizes e princípios a serem defendidos pela população na luta pela saúde pública gratuita, universal e de qualidade.

Convém retomar o protagonismo da crítica e da práxis nos debates, com o propósito de avançar para além do que já está posto. A vitalidade do MRSB está relacionada à constituição de sujeitos “portadores da antítese”<sup>14</sup>, que podem auxiliar na efetivação dos ideais e das propostas do movimento por meio da prática. A formação destes sujeitos supõe a instituição de um sujeito social que possa contribuir no sentido de fazer avançar o processo da reforma sanitária brasileira para além da atual condição ou da revolução passiva que marca a história do Brasil”<sup>17,14</sup>. Os sujeitos transformam a sociedade pelas relações que estabelecem, e estes precisam fazer parte da transformação para serem agentes de mudanças, estando em permanente reflexão sobre a realidade<sup>19</sup>.

Desta forma, retomar a discussão destes ideais na formação dos recursos humanos em saúde é parte fundamental do processo de fortalecimento dos princípios do SUS propostos pelo MRSB, na busca progressiva pela correção das distorções atualmente instaladas que corroboram para a conjuntura instalada.

**DSC 10:** Mobilizar a população por democracia e contribuir para formação de consciência crítica acerca dos direitos sociais e da saúde. Renovar a luta e os atores sociais. Politizar o campo da saúde coletiva, e da formação em saúde de maneira geral. Participar dos poderes, eleger representantes comprometidos com a reforma sanitária que é mais ampla que o SUS e envolve um modelo de estado com democracia social, direitos e justiça.

**DSC 11:** Devemos avançar na politização e adensamento conceitual para construção de novas bases dispostas ao diálogo teórico-empírico sobre a saúde pública, bem como estimular pesquisas colaborativas e produção solidária de conhecimento, com engajamento ético-político e inovação técnico-científica. Socializar conhecimentos, análises e reflexões, com base no “Triedro Ideologia-Saber-Prática” na formação de nova geração de intelectuais, docentes, pesquisadores, gestores, profissionais, atores sociais e agentes da transformação social.

Desta forma, evidencia-se que a formação dos profissionais de saúde ainda se encontra fechada aos avanços da cidadania, visto que exige uma nova visão da sociedade, que destaque a saúde como direito fundamental atrelada aos demais direitos sociais. É preciso avançar na sensibilização dos profissionais, para o fortalecimento do papel do SUS como ordenador da formação<sup>20</sup>.

As barreiras para consolidação das propostas de formação mais flexíveis e abrangentes, que considerem as subjetividades dos indivíduos e estejam engajadas com os ideais do MBRS, são provocadas por diversos fatores estruturais e conjunturais, como a interferência de grupos corporativos e produtivos das redes, a hierarquização nos espaços laborais, a fragmentação e inconsistência dos professores na construção de profissionais voltados à saúde pública e a fragilidade da articulação entre ensino, serviço e gestão<sup>21</sup>. Ainda, talvez seja necessário analisar os laços existentes entre a indústria farmacêutica, redes privadas de saúde, convênios, laboratórios e clínicas com as instituições de formação profissional, em vista da influência que essas empresas podem ter no processo formativo.

Ademais, o processo de formação e capacitação dos recursos humanos é tratado como uma atividade externa aos programas e políticas de saúde, não fortalecendo a compreensão de que são os profissionais atuantes no SUS que instituirão, na prática, grande parte das políticas de saúde. Tais políticas também não enfatizaram a superação dos problemas de recursos humanos relacionados à gestão e a capacitação da força de trabalho engajada com o movimento sanitário. Desta forma, as políticas públicas se limitam a desenvolver uma relação ensino-serviço-comunidade no contexto de cursos profissionalizantes como medicina e enfermagem, que tradicionalmente privilegiaram abordagens disciplinares das problemáticas identificadas nos territórios, não contemplando a perspectiva interdisciplinar e social na análise das situações<sup>22</sup>.

Assim, para alcançar progresso na democratização da saúde é necessário fortalecer o papel das universidades de formar atores sociais, bem como, promover a legitimação de pactuações com as organizações da comunidade e seu intercâmbio com o meio acadêmico. Tais iniciativas viabilizam um sistema de saúde mais coerente com seus ideais, alcançando maior capacidade de gestão e eficácia nas estratégias de reforma<sup>23</sup>.

O MRSB não atingiu o objetivo de uma reforma geral, mas contribuiu para a ampliação do conceito de saúde e para a estruturação do sistema de seguridade social no país, caracterizando-se como uma reforma de caráter parcial. O diálogo e a contraposição de conceitos advindos dos sujeitos da antítese apresentam potencial transformador para impulsionar o MRSB para uma reforma de caráter geral, mediante uma práxis criadora, reflexiva e política<sup>14</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo resgata elementos estruturais da RSB, bem como apresenta uma análise da conjuntura política nos 32 anos de SUS, de modo a evidenciar tentativas de desmonte das políticas sociais implementadas na Constituição Federal de 1988 e intenções de fortalecimento do mercado privado no setor saúde. Pode-se concluir que nesse período houve grande desmobilização e despolitização da sociedade em defesa da saúde pública, com enfraquecimento da participação popular em detrimento do protagonismo de atores institucionalizados no Estado.

Em vista disso, a formação de profissionais pautada nos ideais do MRSB também precisa ser fortalecida, com o intuito de contribuir para a renovação dos atores sociais da RSB e para o fortalecimento do SUS, por meio da formação de profissionais engajados e comprometidos com a saúde pública. Para tal fato, sugere-se aproximar a formação profissional dos movimentos sociais de base trabalhadora e estudantil que, em meio a tantas pautas políticas, também precisam construir coletivamente a luta em defesa da saúde pública, por ora esquecida em alguns espaços de debate.

Como possibilidades destacam-se ações relativas à gestão do trabalho e da educação permanente aos profissionais já atuantes, no intuito de valorizar a formação ensino-serviço junto às universidades. Além disso, a ampliação da concepção das práticas de saúde ligadas à cidadania durante a formação acadêmica é essencial para retomar ideias que foram fragmentados ao longo dos 32 anos de criação do SUS.

Como desafios pode-se pensar no modelo de formação em saúde vinculado à centralidade das técnicas, teorias e procedimentos de cada profissão, que já se demonstrou ineficiente para a lógica multidisciplinar e ampliada de pensar a saúde da população. Há necessidade de articulação entre saberes e práticas promovidos por projetos de inserção sociopolítica e cultural, bem como a inserção de projetos de extensão e projetos de pesquisa no ensino das universidades. Essas iniciativas contribuem significativamente para o processo

formativo de profissionais e atores sociais, para construção da militância em prol da saúde como um direito social, bem como fortalecem o movimento estudantil e movimentos sociais, demonstrando caminhos para retomar e materializar os ideais propostos pelo MBRS.

O SUS desenvolve-se antagônico aos interesses neoliberais no campo da saúde e, desta forma, torna-se alvo de críticas, sobressaindo a imagem de que as fragilidades existentes não podem ser sanadas. Assim, o compromisso com a mudança é tarefa complexa e faz-se possível na medida em que se constrói o engajamento crítico e reflexivo dos indivíduos na sociedade, essencialmente dos profissionais de saúde atuantes no sistema. Destaca-se a saúde como um direito, ofertada de forma pública e universal, contrariando as iniciativas de desmonte e privatização, e revitalizando os objetivos de uma reforma geral para a sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Fleury Sonia. Revisitar a teoria e a utopia da reforma sanitária. Fleury S. Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018:31-85.
2. Fleury S. Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
3. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.
4. Ocké-Reis CO. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. Saúde em Debate. 2017;41(113):365-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711302>
5. Campos GWS. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. In: Santos NR, Amarantes PDC. (Eds.). Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 271–279. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/gestao-publica-e-relacao-publico-privado-na-saude.pdf>
6. Geremia DS. Federalismo e gestão metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ; 2015. Disponível em: <http://152.92.4.120:8080/handle/1/4730>
7. Pochmann M. A segunda globalização capitalista e o impasse nas políticas de bem-estar social. In: Rodrigues PHA, Santos IS. Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências. Rio de Janeiro: CEBES; 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/welfare-web-2ed.pdf>
8. Mendes AN. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? Saúde soc. 2015;24(1):66-81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>
9. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016. p. 247-258. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude\\_brasil\\_organizacao\\_financiamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf)

10. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(4): 663-666. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>
11. Sancho LG, Geremia DS, Dain S, Geremia F, Leão CJ. O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1121-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2694016>
12. Bahia L, Scheffer M, Poz M, Travassos, C. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(12):1-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184516>
13. Paim JS. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde Debate*. 2017;41(esp.3):255-264. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S319>
14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
15. Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, Pereira AMM, Souza JB. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde debate*. 2019; 43(121): 302-313. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912101>
16. Gigante RL, Campos GW. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(3):747-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>
17. Soares M, Severino AJ. A prática da pesquisa no ensino superior: conhecimento pertencente na formação humana. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*. 2018;23(2):372-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772018000200006>
18. Souza LE, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida-Filho ND, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24:2783-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
19. Conceição DS, Viana VS, Batista AK, Alcântara AD, Eleres VM, Pinheiro WF, et al. A educação em saúde como instrumento de mudança social. *Braz J of Develop*. 2020;6(8):59412-6. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-383>
20. Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface*. 2016;20(56):147-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0395>
21. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. *Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 4-26. Disponível em: [http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/Formacao\\_Profissional.pdf](http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/Formacao_Profissional.pdf)
22. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência

do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. Interface. 2018;22(67):1257-1266. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0226>

23. Arredondo A, Orozco E, Aviles R. Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for Latin American countries. Saúde soc. 2015;24(Suppl 1):162-175. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01014>



## CAPÍTULO 2

### O ENSINO NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UFFS: ANÁLISE DA FORMAÇÃO NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES

Daiane Schuck  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Alexander Garcia Parker  
Denise Consuelo Moser Aguiar  
Liane Colliselli  
Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt

#### INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo é marcado por constantes transformações e importantes avanços tecnológicos, com acelerada produção de conhecimento e rápida disseminação de informações. De acordo com a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional (LDB), a educação, como dever da família e do Estado, “inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”<sup>1:9</sup>.

Devido a mudanças culturais, sociais e econômicas ocorridas no mundo todo e especificamente no Brasil nas últimas décadas, a educação superior vem sendo provocada a repensar o processo de formação, com finalidade de promover aperfeiçoamentos na educação brasileira de acordo com os critérios e princípios estabelecidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)<sup>2</sup>. Nesse sentido, as instituições de ensino superior (IES) são desafiadas a, durante o processo de formação, proporcionar ao futuro profissional condições de crescer individualmente, como também de desenvolver visão ampla sobre as mudanças necessárias em seu meio de atuação. Daí a importância de, como estudantes, os futuros profissionais desenvolverem capacidade crítica que lhes permita inserir-se no campo de sua profissão e contribuir para transformá-la.

No que se refere à área da saúde, o pano de fundo da formação é o Sistema única de Saúde (SUS), com todas suas fortalezas e suas necessidades, em todas as frentes e cenários de atenção. Assim, a intenção é formar profissionais comprometidos com o fortalecimento do SUS, o que demanda propostas pedagógicas que possibilitem formação mais humana e cidadã<sup>3</sup>.

Com vistas a imprimir avanços e transformações no processo de formação profissional, é importante que não haja separação entre teoria e prática, de tal forma que esse processo possibilite protagonismo ao indivíduo em seu desenvolvimento e aprendizado<sup>4</sup>. As próprias

DCN do Curso de Graduação em Enfermagem preconizam o desenvolvimento de atividades teóricas e práticas desde o primeiro período do curso, perpassando a formação do enfermeiro de maneira integrada e interdisciplinar<sup>5</sup>. Nessa perspectiva, teoria é considerada um conjunto de conhecimentos que possibilitam ao estudante chegar ao campo prático, identificar as situações e traçar estratégias, intervenções, bem como planejar ações<sup>6</sup>. Já a prática é o momento propício para retomar e refletir sobre os conhecimentos teóricos estudados, para reunir pensar e fazer, estabelecendo a associação entre teoria e prática tão necessária no processo de formação do enfermeiro. Isso implicaria em um profissional ciente e comprometido com seu papel social, ativo, crítico/reflexivo, contribuindo mais eficazmente para a construção de sua cidadania.

Para uma formação eficaz e de qualidade, seria pertinente que as IES oferecessem conhecimentos teóricos e práticos articulados harmonicamente a seus estudantes, entendendo que “teoria e prática são irmãs siamesas, que não se podem separar”<sup>7</sup>. Entretanto, espera-se que teoria e prática desenvolvidas durante o processo de formação profissional deem ao estudante condições de inserção no mercado de trabalho, porém com práticas e posturas mais transformadoras do que conformistas. A expectativa é que o profissional desenvolva seu trabalho alinhado às necessidades de saúde e de vida da população e às demandas do SUS.

A proposta pedagógica nos cursos de graduação em Enfermagem demanda metodologias que permitam ao estudante questionar e posicionar-se diante das diferentes situações que vivencia. Historicamente, o processo de formação em Enfermagem está enraizado no modelo biomédico, de lógica tecnicista, cuja ênfase é dada à memorização e não ao raciocínio crítico<sup>8</sup>.

A resolução CNE/CES N° 3, de 7 de novembro de 2001 institui as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem e estabelece como perfil do formando egresso/profissional:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano<sup>5</sup>.

É importante pensar na forma como as IES entendem a formação profissional: possibilidade de formar profissionais mais éticos, cidadãos ativos em seus papéis sociais ou como necessidade de formar profissionais capacitados a atender às demandas do mercado do trabalho. Nesse sentido, é pertinente analisar a visão de futuros profissionais sobre seu processo

de formação e, frente a esse contexto, o questionamento motivador deste estudo foi: Como tem sido, na perspectiva de estudantes, o ensino no curso de graduação em Enfermagem da UFFS?

Um processo de formação de qualidade traz benefícios não apenas para os discentes e docentes envolvidos, mas também para a Enfermagem como profissão. Assim, os possíveis benefícios desse estudo voltam-se principalmente para o próprio curso, justamente porque os resultados oferecerão subsídios para a avaliação geral da implementação do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) na formação do enfermeiro. Os resultados obtidos poderão oferecer elementos para repensar conceitos e práticas da formação, a analisar a estrutura do projeto pedagógico de modo a formular um melhor e mais efetivo modelo curricular. Finalmente, é importante ressaltar que o estudo poderá trazer benefícios à sociedade em geral, pois os profissionais formados pelo curso se inserirão nos serviços de saúde e impactarão diretamente na vida da comunidade.

No presente capítulo será apresentado um recorte dos resultados obtidos com estudo desenvolvido a partir da pergunta de pesquisa apresentada acima e intitulado “O uso das Metodologias Ativas no ensino/aprendizagem como método pedagógico para a formação acadêmica”. Tal recorte foi escrito com o objetivo de compreender a perspectiva de estudantes sobre a correlação teoria e prática na graduação em Enfermagem da UFFS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo qualitativo descritivo realizado a partir de dados secundários oriundos do projeto de pesquisa já citado. A pesquisa na qual os dados foram produzidos foi realizada com estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Chapecó Santa Catarina e a coleta foi desenvolvida com aqueles que já haviam concluído mais de 50% do curso, o que incluiu estudantes da 6<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 10<sup>a</sup> fases na ocasião da coleta. Participaram 26 estudantes: 10 (dez) estudantes da 6<sup>a</sup> fase, 07 (sete) da 8<sup>a</sup> fase e 09 (nove) da 10<sup>a</sup> fase. A coleta de dados se deu através de grupo focal.

Foram realizados três grupos focais, um para cada fase, conforme a disponibilidade dos participantes. Para nortear o debate sobre a temática utilizou-se um roteiro de questões de pesquisa e as discussões foram gravadas mediante autorização expressa do grupo. As falas transcritas foram identificadas por fase e foram codificadas por cores: amarelo (6<sup>a</sup> fase), verde (8<sup>a</sup> fase) e vermelho (10<sup>a</sup> fase). Os dados foram analisados através da análise temática de Minayo<sup>9</sup>, que permite descobrir os núcleos de sentido que compõem, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analisado. A análise temática se desdobra nas etapas

de pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

A etapa de pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema<sup>9</sup>. A etapa da exploração do material consiste numa operação classificatória que objetiva alcançar o centro de compreensão do texto. O investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado<sup>9</sup>. Na terceira etapa ocorre a interpretação dos dados já categorizados, onde são propostas inferências e executadas interpretações, de acordo com o quadro teórico<sup>9</sup>. Da análise emergiram três temas: Correlação Teoria e Prática, Temas Transversais da Graduação em Enfermagem, Componentes de Domínio Comum no Curso de Enfermagem da UFFS, com suas categorias e subcategorias.

O projeto de pesquisa de cujo banco de dados foram extraídas as informações para o presente estudo foi aprovado pelo CEP/UFFS com parecer número 998.788, em 24 de março de 2015.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **TEMA: Correlação Teoria e Prática**

Ao compreender que teoria e prática devem andar juntas visando a um aprendizado significativo que permita ao estudante aplicar os conhecimentos em campo prático, desenvolvendo competências e habilidades pessoais e profissionais, o professor assume uma responsabilidade e precisa estar ciente que a Enfermagem ensinada e preconizada deve comunicar-se e estar vinculada à Enfermagem praticada nas instituições prestadoras de cuidados<sup>10</sup>. Entretanto, cabe ressaltar que a íntima relação com a Enfermagem praticada nos cenários de atenção em saúde não significa adaptar-se a ela, mas conhecê-la para, a partir dela, vislumbrar mudanças e transformações.

Assim, cabe ao professor o desafio de auxiliar os estudantes a fazer a aproximação entre conhecimentos teóricos e realidade prática, aplicando-os no cuidado. Todavia, isso dependerá da metodologia de ensino empregada pelo professor, bem como da maneira como cada estudante traduzirá o aprendido nas situações práticas. Vale salientar que “sem a prática, a teoria tem falhas e sem a teoria, a prática se torna vazia”, fazendo-se indispensável a correlação teoria

e prática durante o processo de formação do enfermeiro, oferecendo a ele os embasamentos teóricos para conseguir lidar com as diversas situações que surgirão no decorrer de sua prática profissional<sup>11:131</sup>. Teoria e prática são ação e reflexão, em que o fazer não pode restringir-se ao verbalismo nem tampouco ao ativismo, pois a transformação libertadora somente é alcançada com a práxis<sup>12</sup>. Assim, a união entre teoria e prática é necessária para que o estudante possa refletir sobre o seu fazer almejando uma aprendizagem significativa.

Neste tema, uma das categorias foi ‘Depende da metodologia utilizada’. No processo de formação dos profissionais da saúde ao longo da história predominaram metodologias tradicionais e tecnicistas, com repasse de conteúdo, cabendo ao estudante repeti-lo e reproduzi-lo, o que o torna passivo, sem possibilidades de criticar, refletir, usar sua criatividade e questionar<sup>13</sup>. Porém, com a LDB e com as DCN, as IES precisaram revisar seu processo de formação a fim de atender as demandas sociais e as novas exigências<sup>13</sup>. Assim, objetivando melhorar e inovar o processo de ensino aprendizagem, entram as metodologias ativas, que procuram romper com o modelo educacional tradicional e posicionam o estudante ativamente em seu crescimento e na construção de seu conhecimento, como protagonista de seu aprendizado.

As metodologias ativas compreendem um conjunto de estratégias de ensino em que o estudante é o protagonista central, corresponsável pela sua trajetória educacional, e o professor se apresenta como coadjuvante, um facilitador das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem; assume um papel de mediador/facilitador, apoiando, ajudando, desafiando, provocando e incentivando a construção do conhecimento<sup>14</sup>

É importante destacar que, por si só, aulas expositivas dialogadas não são sinônimo de aulas tradicionais, pois deixam de sê-lo à medida que o professor problematiza a temática com perguntas provocadoras de novas repostas, oportunizando o diálogo com os estudantes e entre eles, considerando seus conhecimentos e habilidades pessoais, bem como favorecendo a construção do conhecimento por meio da troca de experiências, informações e confronto/reflexão sobre a realidade.

Assim, tanto em aulas expositivas como nos métodos pautados em metodologias ativas, a maneira como o professor trabalha e os utiliza em sala de aula dirão se são ou não práticas positivas para um ensino significativo e construtivo. É importante considerar e avaliar a forma como os estudantes respondem a estas estratégias de ensino. Além disso, é relevante ainda apontar que muitos professores têm resistência em adotar novas metodologias, pois já estão habituados a trabalhar com determinada prática de ensino que lhes confere segurança.

Dessa maneira, ao perguntar “A metodologia vem sendo aplicada de forma tal que você correlaciona a teorização com a prática?”, os estudantes responderam o seguinte:

Depende muito da metodologia utilizada. (Verde)

É possível correlacionar, tanto pelas ATP, quando vamos para a área prática, tanto pela forma que foi trazido o conteúdo em sala de aula e pela forma de socialização dos casos. Isso ajudou bastante. (Verde)

Em alguns casos você consegue aliar a prática com a parte teórica que você está recebendo, alguns não tem como. Então dependendo da forma como o professor trabalha durante as disciplinas, ela pode ser positiva como pode ser negativa. Em vários momentos a gente vivenciou as duas experiências, tanto formas que facilitaram que a gente aprendesse de forma mais proveitosa, como teve outras que foram mais complicadas. (Vermelho)

As falas indicam que os estudantes têm mais facilidade de articular teoria e prática de acordo com a metodologia utilizada pelo professor e da forma com que o professor aborda a temática. Sendo assim, quando o professor adota uma metodologia inovadora, que insere o estudante no contexto do aprendizado, possibilita a reflexão e sua participação ativa no processo de aprendizagem, permitindo-lhe assumir uma posição de protagonista na construção de seu conhecimento<sup>14</sup>. Quando o professor é facilitador do processo de aprendizagem, o estudante consegue aprender de maneira mais efetiva, como indicam as falas. Durante esse processo, estudante e professor estabelecem uma troca de saberes, na qual ambos ensinam e aprendem, construindo coletivamente conhecimentos e desencadeando uma relação educativa significativa<sup>15</sup>.

Compete ao professor assumir papel de facilitador/mediador, auxiliando na construção do conhecimento, permitindo o desenvolvimento de um aprendizado embasado na ética e na crítica reflexiva e transformadora que instigue o estudante a adquirir postura crítica-reflexiva, comprometimento social e que o impulse a buscar respostas para suas inquietações<sup>15,16</sup>. No que se refere à socialização de casos, é possível dizer que permite aprendizado em grupo, pois é uma ocasião na qual os estudantes podem relatar suas experiências, compartilhar seus conhecimentos, suas vivências no campo de prática, bem como esclarecer dúvidas. A socialização permite a integração, oportunizando aos estudantes e professores maior aproximação e interação, além de ser um momento de revisão e reflexão, podendo o estudante refletir e analisar sua trajetória, bem como seu amadurecimento e crescimento pessoal e profissional, além de possibilitar a avaliação de suas potencialidades, fragilidades e dos pontos que necessita melhorar<sup>17</sup>.

Os estudantes citaram os estudos de caso como ferramenta de ensino facilitadora, que possibilita aliar teoria e prática e, quando isso ocorre, referem que aprendem mais, pois o aprendizado torna-se significativo.



É bom quando eles [os professores] passam estudos de caso e a gente fica pensando, pois quando chega na prática a gente lembra. (Azul)  
E daí eles dão os estudos de caso, [que] é uma ótima forma da gente fazer essa ligação. Tu pensar no paciente e ter que pensar em cada cuidado, a gente já faz uma ligação maior, e quando a gente chega lá, faz uma comparação maior. E toda vez que a gente consegue relacionar alguma coisa com a prática, aprende. (Amarelo)

O estudo de caso é um exemplo de método de ensino socializado que aproxima teoria e prática, no qual o professor expõe o caso a ser estudado ao grupo e, no coletivo, os estudantes discutem, analisam, expressam suas ideias e refletem sobre a situação e o cenário em que se encontra o sujeito para, então, traçar ações visando a atender as necessidades desse<sup>18</sup>. Além disso, a correlação teoria e prática é possível quando entra em campo prático:

A partir do quarto semestre, quando fomos para prática, a gente conseguiu assimilar mais, porque antes era só mais teoria. Depois a gente viu o processo técnico ali e assim foi possível identificar melhor os significados. (Vermelho)

A inserção nos cenários de prática possibilita a convergência entre a teórica e a prática, pois os estudantes conhecem os serviços, suas rotinas, a realidade dos diferentes setores, têm suas primeiras interações com os usuários, além de executarem atividades que possibilitam a aquisição de conhecimentos e o aprimoramento profissional<sup>19</sup>. Daí a importância da entrada precoce e progressiva nos cenários de prática logo nas primeiras fases da graduação, justamente para uma prática de qualidade e coerente com o que é recomendado pelas DCN para a formação de um profissional enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, com competências para trabalhar no sistema, com perfil voltado para consolidação do SUS e para atender as necessidades de saúde da sociedade<sup>20</sup>.

Esse contato com o campo de prática oportuniza a correlação entre teoria e prática, como também permite aos estudantes conhecer a realidade local a fim de estabelecer um compromisso ético/político com a saúde da comunidade<sup>21</sup>. É pertinente colocar que a entrada no campo de prática logo nas fases iniciais do curso, mesmo que seja apenas para observação, permite ao estudante identificar-se ou não com a profissão escolhida, bem como o ajuda a decidir se realmente deseja continuar para, a partir desse momento, iniciar a construção de sua identidade profissional. A aproximação precoce com a prática é fundamental e muitas vezes decisiva, evitando que o estudante permaneça no curso e só mais tarde venha a perceber que não se identifica com a profissão.

Tão importante quanto a metodologia utilizada é o ‘O papel do professor durante as Atividade Teórico Prática - ATP’, segunda categoria neste tema. Ao compreender que as atividades teórico práticas (ATP), assim como o estágio curricular supervisionado (ECS) destinam-se a fortalecer o processo de aprendizagem dos estudantes, constatou-se que o papel

exercido pelo professor repercute diretamente na efetivação da correlação entre teoria e prática. As falas a seguir elucidam a interação do professor com o estudante no campo de práticas e a percepção dos estudantes acerca de como essa relação pode facilitar ou fragilizar sua aprendizagem:

Tem professores que se veem e que se portam como colegas da gente. Futuros colegas de profissão que estão dispostos a ajudar, a compreender e a ensinar. (Azul)  
Acho isso muito importante, acredito que os nossos professores devam se portar muito mais como nossos colegas no momento da ATP. Claro que existe a necessidade da cobrança, porque precisamos aprender e precisamos ser cobrados, mas essa cobrança não precisa ser tão explícita. (Amarelo)

À medida que os estudantes se dirigem ao professor como alguém próximo, entende-se que o percebam como um facilitador do processo de aprendizagem e não como o mestre detentor do saber que transmite o conhecimento de maneira verticalizada ou que apenas exige a aplicação prática do que foi estudado. Esta situação é positiva quando o professor realmente se comporta como um mediador do processo de aprendizagem do estudante, sem deixar de ser exigente e deixando claro que o estudante tem suas responsabilidades, seus deveres a cumprir.

Professor e estudantes exercem papéis ativos durante as atividades em campo prático, nas quais o professor é responsável por instigar e estimular o pensamento crítico-reflexivo dos estudantes, mediar e oferecer suporte frente a impasses e situações conflituosas, problematizar a prática, estimular o trabalho em equipe, incentivar o estudante na tomada de decisões, fazer apontamentos construtivos, para que a formação esteja baseada na reflexão sobre a prática<sup>22</sup>, Nessa reflexão, os conhecimentos do professor respaldam a formação do futuro enfermeiro. Professor e estudante criam um vínculo firmando uma relação de ajuda que procura promover no outro o crescimento, o desenvolvimento e o amadurecimento, estabelecendo um relacionamento democrático, com o professor supervisionando e coordenando as ATP sem ser autoritário, sendo flexível, oferecendo apoio e suporte nas dúvidas e anseios do estudante<sup>11,23</sup>.

Voltando à fala anterior, na qual o estudante refere que a cobrança não precisa ficar tão explícita, sabe-se que a ida ao campo prático implica em tensão, medo, ansiedade e em insegurança frente a um ambiente desconhecido. Na medida em que o professor repreende o estudante na frente da equipe de Enfermagem, dos colegas ou até mesmo do paciente, o intimida e dificulta ainda mais o aprendizado. É importante que o professor compreenda as fragilidades do estudante e procure criar possibilidades para desenvolver suas potencialidades, sem expô-lo e humilhá-lo. Ao encontro dessa afirmação, os participantes ainda relatam que o professor, ao transmitir confiança, propicia maior segurança para que o estudante realize as ações propostas.

É muito importante o professor te passar confiança, te deixar aprender nesse momento, do que se você se sentir totalmente cobrado, como uma prova prática, que você vai ter pontos descontados a cada coisa que você não fizer exatamente da forma que ele quer...isso prejudica muito. (Amarelo)  
Ele te passar confiança para você fazer e dizer “-Eu estou aqui do lado para te auxiliar”. (Verde)

Tendo em vista que o campo prático deve permitir ao estudante desenvolver competências e habilidades técnicas, científicas e interpessoais necessárias para a construção de sua identidade profissional, é fundamental que o estudante seja valorizado com empatia, confiança, paciência e respeito à sua individualidade<sup>24</sup>. Essa relação pedagógica dialogada e reflexiva com o estudante é permeada pela confiança, o que incentiva a autonomia, a liderança, a comunicação e o espírito de trabalho em equipe no futuro profissional<sup>25</sup>. Em outras falas, a autonomia aparece como competência essencial para o desenvolvimento do estudante no cenário de prática:

Muitos professores dão autonomia no campo de prática e essa autonomia auxilia no nosso desenvolvimento e trabalho com o paciente (Amarelo)  
Mas quando o professor dá autonomia e te deixa à vontade, até o paciente agradece. Parece que vai embora a dificuldade e a gente não vê o tempo passar (Amarelo)

Uma das responsabilidades e preocupações com a formação do enfermeiro é a necessidade de formar e preparar um sujeito para além das competências técnicas, comprometido com a cidadania, a ética e com o fortalecimento do SUS, capaz de pensar criticamente e transformar sua prática, de ser resolutivo e possuir autonomia na tomada de decisões<sup>26</sup>.

Os estudantes destacaram também ‘a avaliação do professor durante as ATP’ como elemento importante nesta categoria. Além de discutir sobre o papel desempenhado pelo professor durante as ATP, entende-se ser importante a maneira como avalia e faz a devolutiva sobre o desempenho e evolução do estudante nesse período. As atitudes dos professores durante a prática e a maneira como avaliam o estudante quando realiza determinada ação podem ocasionar ansiedade, tensão e apreensão.

Não cobrar no momento com os pacientes, pois tira bastante nossa autonomia, a gente fica extremamente nervosa. É complicado, então. Tem que saber falar, mas no momento certo. (Vermelho)  
Você tem que aprender, mas acho que na frente dos pacientes não é o momento, porque quebra tua autonomia. (Amarelo)  
Eu já passei por uma situação que me deu vontade de chorar e sair correndo, sabe? Porque eu me senti muito exposta, fiquei com o olho arregalado. (Amarelo)  
Em dez minutos o professor chegou e me descascou sabe. E eu me senti muito mal, e acho que, se eles querem que a gente relacione teoria com prática, não é assim. Isso deixa a gente nervosa, ansiosa, sabe, por que daí você começa a ficar nervosa, você se sente mal e com medo, e você não consegue responder. (Amarelo)

As falas evidenciam a exposição do estudante que ocorre na medida em que o professor faz cobranças e correções junto ao paciente. A maneira como o professor avalia o estudante pode indicar tanto um modelo de ensino tradicional e autoritário que se detém em verificar os conhecimentos acumulados, como um modelo inovador no qual o professor se vê como um facilitador, enxergando o estudante como sujeito protagonista de sua própria trajetória, respeitando suas dificuldades e usando a avaliação como ferramenta mediadora do crescimento do estudante<sup>15,27</sup>.

A avaliação é uma ferramenta importante do aprendizado, utilizada para verificar o nível de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos pelo estudante, como também para identificar e analisar as fragilidades que apresenta, indicando os pontos a serem melhorados<sup>27</sup>. O estudante, em sua trajetória acadêmica, vivencia diversos movimentos avaliativos para testar seu aprendizado, os quais podem deixar marcas agradáveis ou negativas, dependendo de como o professor se utiliza do poder de avaliação e o executa<sup>27</sup>. Além disso, no decorrer da graduação em Enfermagem, a ética é abordada e discutida inúmeras vezes, sendo um tema transversal e competência exigida dos futuros profissionais. Contudo, tais falas evidenciam falta de postura ética do professor para com o estudante. Nesse caso, o professor, ao invés de estimular o aprendizado, dificulta e retarda o crescimento e o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo do estudante.

A Política de Educação Popular em Saúde apresenta a amorosidade como um de seus princípios, vista para além do sentimental e que remete ao acreditar no outro, acreditar em sua capacidade, entendendo que cada indivíduo é único e portador, em sua humildade e simplicidade, de uma dimensão de saberes<sup>28,29</sup>. Para tanto, a relação entre educador e educando deve ser horizontal, com as ações e práticas não impostas, mas discutidas e pensadas conjuntamente, para que ambos, coletivamente, consigam alcançar seus objetivos<sup>29</sup>. A amorosidade visa a superar as práticas desumanizadas, pois entende que uma relação de confiança mútua, de vínculo e parceria demanda que os indivíduos se sintam participantes de seu processo de aprendizado<sup>28,29</sup>.

A avaliação precisa ser contínua e progressiva, perpassando todo o período em que o estudante se encontra em campo de prática e não focada somente no desempenho das habilidades técnicas, pois necessita ser formativa<sup>15</sup>. Além disso, a avaliação não deve servir de instrumento classificatório, mas sim como um modelo de diagnóstico que permita identificar os pontos a serem trabalhados com sensibilidade no estudante com a finalidade de oportunizar seu aprendizado<sup>27</sup>.

## CONCLUSÃO

Ao finalizar, a perspectiva dos estudantes revela que a correlação entre teoria e prática é fundamental durante o processo de formação do enfermeiro e resulta em aprendizado significativo. O papel desempenhado pelo professor interfere diretamente nesse processo, cabendo a ele o desafio e a responsabilidade de promover a convergência entre teoria e prática, do saber científico e da assistência/cuidado de Enfermagem nos serviços de saúde. Porém, isso dependerá da metodologia de ensino utilizada, bem como da maneira como cada estudante traduzirá o aprendido nas situações práticas. Há maior facilidade para os estudantes articularem teoria e prática quando o professor adota metodologia que os insira no contexto do aprendizado, fazendo com que reflitam criticamente e assumam posição ativa na construção de seu conhecimento.

Ao professor compete auxiliar na construção do conhecimento, permitindo o desenvolvimento de um aprendizado embasado na ética e na crítica reflexiva que impulse os estudantes a buscar respostas para suas inquietações. Os resultados revelaram que a correlação entre teoria e prática melhorou quando os estudantes adentraram nos cenários de práticas, pois essa inserção possibilita que o conhecimento seja colocado em prática.

Constatou-se também que o papel exercido pelo professor durante as ATP e os ECS repercute diretamente na efetivação da correlação entre teoria e prática. Professor e estudantes exercem papéis ativos durante as ATP, sendo o professor responsável por instigar o pensamento crítico-reflexivo, mediar e oferecer suporte frente a impasses e situações conflituosas, problematizando a prática, estimulando o trabalho em equipe, incentivando o estudante na tomada de decisões e fazendo apontamentos construtivos. Como a inserção nos serviços de saúde gera tensão, medo, ansiedade e insegurança, é importante que o professor compreenda as fragilidades do estudante para criar possibilidades de desenvolvimento de suas potencialidades. Para os estudantes, quando o professor é rude e autoritário na frente da equipe de Enfermagem, dos colegas ou até mesmo do paciente, intimida e dificulta ainda mais o aprendizado.

A avaliação foi também apontada como ferramenta importante na aprendizagem, pois as atitudes e a postura do professor durante a prática, aliadas à maneira como avalia o desempenho do estudante quando realiza determinada ação pode ocasionar ansiedade, tensão e quebra da autonomia frente ao paciente ou à equipe de Enfermagem. Essa avaliação pode indicar tanto um modelo de ensino tradicional e autoritário que se detém em verificar os conhecimentos acumulados, como um modelo inovador no qual o professor respeita as

dificuldades do estudante e usa a avaliação para mediar seu crescimento e aprendizagem, instigando-o a pensar criticamente sobre suas ações e não apenas em alcançar boa nota para ser aprovado.

Salienta-se que os métodos vistos como tradicionais ou pautados em metodologias ativas são válidos para a aprendizagem desde que instiguem e despertem visão crítica e reflexiva no estudante, provocando-o a sair de sua zona de conforto e a transformar sua realidade. A relação estabelecida entre professor e estudante em campo de prática é determinante para o processo de aprendizagem, pois esta interação poderá tanto facilitar o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, quanto inibir sua aprendizagem.

Durante o processo de formação, o estudante vivencia várias fases, seja de amadurecimento pessoal como de crescimento na construção de sua própria trajetória de conhecimento com vistas a provocar transformações na realidade de saúde. Para alcançar um aprendizado significativo, teoria e prática devem seguir juntas e para isso é preciso articulação entre as metodologias de ensino adotadas pelo professor, avaliação e postura por ele adotadas durante as ATP e os ECS. Durante esse período será necessário superar barreiras como também aproximar a teoria da realidade da atenção de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. LDB nacional: Lei de diretrizes e bases da educação nacional: Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 11. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara. Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/proen/ldb\\_11ed.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/proen/ldb_11ed.pdf).
2. Costa DA, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface*. 2018;22(67):1183-95. DOI: 10.1590/1807-57622017.0376.
3. Yasui S, Garcia Jr CAS. Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in(ter)venção nos cenários das práticas e dos serviços. *Interação em Psicologia*. 2018;22(03):158-166. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v22i3.56076>
4. Netto L, Silva KL. Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2018;52:e03383. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017034303383>.
5. Brasil. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
6. Rigobello JL, Bernardes A, Moura AA, Zanetti ACB, Gabriel CS, Laus AM. Care and management actions developed in the Supervised Curricular Internship: perceptions by



involved actors. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03369. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017035303369>

7. Picolli ML, Magrin SFF. Teoria e prática na formação de profissionais da enfermagem. In: Anais da III Jornada Brasileira de Educação e Linguagem, III Encontro dos Programas de Mestrado Profissionais em Educação e Letras, XII Jornada de Educação de Mato Grosso do Sul. 2018. Disponível em:

<https://anaisonline.uems.br/index.php/jornadaeducacao/issue/view/66>

8. Nalom DMF, Ghezzi JFSA, Higa EFR, Peres CRFB, Marin MJS. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. Ciênc. saúde coletiva. 2019;24(5):1699-1708. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04412019>.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014. 407 p.

10. Spínola A, Paz A, Esparteiro MJ, Coelho Teresa. Supervisão clínica em enfermagem: uma estratégia de formação. Revista UIIPS. 2018;6(2):95-101.

DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16136> Edição temática: Ciências da Vida e da Saúde

11. Lazzari DD, Martini JG, Prado ML, Backes VMS, Rodrigues J, Testoni AK. Entre os que pensam e os que fazem: prática e teoria na docência em enfermagem. Texto contexto - enferm. 2019; 28:e20170459. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0459>.

12. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.

13. Colares KTP, Oliveira W. Metodologias ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. **Revista Sustinere**. 2019;6(2):300-20. DOI:

<https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.36910>.

14. Bitencourt JVOV, Toldo MP, Schuck D, Schmatz L, Martini JG, Silva TG et al. O Processo de ensino aprendizagem adotado em uma Universidade Federal: visão dos estudantes de enfermagem. RTPE. 2015;7(1):5-13. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/download-1071>.

15. Freitas DA, Santos SEM, Lima LVS, Miranda LN, Vasconcelos EL, Nagliate PC. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. Interface; 2016;20(57):437-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1177>

16. Garcia IM, Borges TAP, Pimentel RRS, Vannuchi MTO. Percepção do discente de enfermagem na construção do seu conhecimento no contexto da metodologia ativa. REAS/EJCH. 2019;11(2):e127. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e127.2019>

17. Pereira JG, Oliveira MAC. Socialização de enfermeiras na Estratégia Saúde da Família: contribuições à identidade profissional. Rev. Bras. Enferm. 2019;72(Suppl 1):17-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0455>.

18. Andrade SR, Ruoff AB, Piccoli T, Schmitt MD, Ferreira A, Xavier ACA. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. Texto Contexto Enferm, 2017;26(4):e5360016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>

19. Sobral JPCP. Formação para atuar na atenção básica: percepção de discentes de enfermagem [dissertação na internet]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2018. 136 p. Disponível em:  
<http://200.17.114.109/bitstream/riufal/3776/1/Forma%20a7%20a3o%20para%20atuar%20na%20aten%20a7%20a3o%20b%20a1sica%20a3o%20percep%20a7%20a3o%20de%20discentes%20de%20enfermagem.pdf>
20. Gonçalves JRL, Santos AS, Pedrosa LAK, Romanato CCN, Ferreira MA, Costa NS, et al. Percepção dos enfermeiros sobre os acadêmicos de enfermagem acerca da sua inserção nos estágios. REFACS. 2019;7(2):220-226. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497959129013/html/index.html>
21. Oliveira VAC, Gazzinelli MF, Oliveira PP. Articulação teórico-prática em um currículo de um curso de Enfermagem. Esc. Anna Nery. 2020;24(3):e20190301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0301>.
22. Bettancourt LL, Muños A, Merighi MAB, Santos MF. O docente de enfermagem nos campos de prática clínica: um enfoque fenomenológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(5):01-08. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_18.pdf). Acesso em: out. 2016.
23. Madruga RS. O vínculo afetivo entre professor e aluno: um elemento facilitador para aprendizagem significativa. Braz. J. of Develop. 2020;6(9):69716-69736. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-426>
24. Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina. Interface. 2017; 21(60):177-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0007>
25. Lima MM, Reibnitz KS, Kloth D, Vendruscolo C, Corrêa AB. Diálogo: rede que entrelaça a relação pedagógica no ensino prático- reflexivo. Rev. Bras. Enferm. 2016;69(4):654-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690406i>
26. Moraes MF, Fleith DS, Almeida LS, Azevedo I, Alencar EMLS, Araújo AM. Teaching practices for creativity at university: a study in Portugal and Brazil. Paidéia. 2017;27(67):56-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201707>
27. Belém JM, Alves MJH, Quirino GS, Maia ER, Lopes MSV, Machado MFAS. Avaliação da aprendizagem no estágio supervisionado de enfermagem em saúde coletiva. Trab. Educ. Saúde. 2018;16(3):849-867. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00161>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CNEPS. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>. Acesso em: out. 2016
29. Vasconcelos EM, Cruz PJSC. Educação popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência. 1.ed. São Paulo: Hucitec; 2013. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/conteudo/midia/arquivos/educacao-popular-formacao-universitaria.pdf>

## CAPÍTULO 3

### PRODUÇÕES CIENTÍFICAS ACERCA DO ENSINO APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt  
Andressa Reginatto Percisi  
Priscila Biffi  
Keroli Eloiza Tessaro da Silva

#### INTRODUÇÃO

Ensinar o Processo de Enfermagem (PE) durante a graduação consiste em temática inerente à formação do enfermeiro, visto que seu desenvolvimento confere o constructo teórico e prático que fomenta a aptidão do profissional ao cuidado científico, na complexa rede de serviços de saúde, da promoção e prevenção até a terapêutica e reabilitação<sup>1</sup>.

A avaliação em saúde é o objetivo precípua do PE, sendo que esta pode ter caráter individual, atendendo para as necessidades de saúde do indivíduo, ou coletivo, atendendo para as necessidades de famílias e comunidades. A avaliação deve ser planejada a partir de aspectos abrangentes, portanto, questões sociais assumem lugar de destaque. Considerando esta magnitude, desperta de imediato o amplo desafio subjacente a esta prática de ensino, consistente com a abrangência e relevância que lhe são próprias.

Dessa forma, destaca-se que, ao se considerar o processo de formação do enfermeiro, se exige atenção a pontos básicos da prática profissional, abarcando o ensino do método a ser empregado pela categoria. Portanto, o PE é inserido nos cursos de graduação a partir de componentes curriculares que embasam a formação e que objetivam construir, junto com os estudantes, a competência e o conhecimento necessários à realização de suas etapas, bem como desenvolver habilidades e atitudes, no contexto dos componentes curriculares profissionalizantes, os quais propiciam o aprendizado nas instâncias teórica e prática<sup>1</sup>.

Consequentemente, diante da peculiaridade concebida à formação do enfermeiro quanto ao PE, parece natural que se crie expectativas em relação à aplicabilidade deste método nos serviços de saúde. Nesse sentido, um estudo de revisão bibliográfica publicado em 2011, revelou haver poucas experiências descritas na literatura demonstrando o uso do PE nas instituições de saúde na plenitude de suas etapas<sup>2</sup>. De mais a mais, evidencia-se também que estas se direcionam aos níveis secundário e terciário, majoritariamente na atenção hospitalar, com predomínio dos referenciais teóricos de Wanda Horta e Dorothea Orem. As autoras

alertam para a preocupante realidade demonstrando a escassa aderência às experiências com o PE no nível básico de atenção à saúde, visto que, consolidar o sistema de saúde brasileiro passa necessariamente pelo fortalecimento das ações de promoção e prevenção. Assim sendo, a troca de experiências de aplicação do PE neste setor de saúde tende a qualificar o cuidado balizando-o cientificamente<sup>2</sup>.

Portanto, ensinar o PE remete a reflexões e desenvolvimento de estratégias que, em primeira instância, cabem: aos professores dos cursos de graduação e profissionais dos serviços, implicados na relação que se estabelece entre academia e serviço; ao exercício da compreensão e apreensão de modelos de ensino que conduzam o estudante à concretização do conhecimento e à prática do PE no percurso formativo, bem como adquira embasamento metodológico aplicável aos serviços de saúde do lócus universitário, favorecendo o incremento da expertise assistencial do enfermeiro, meta ensejada por toda e qualquer categoria profissional.

No que tange ao ensino do PE surge uma variedade de aspectos a serem analisados, tais como a permeabilidade desse conhecimento e a prática durante a formação acadêmica, as escolhas das estratégias de ensino que possibilitem colocar o PE em lugar de destaque na vida acadêmica e profissional do enfermeiro, a aplicabilidade do PE na prática clínica para todos os usuários dos serviços e em todos os espaços de atenção à saúde, os referenciais teóricos que fundamentarão a assistência, dentre outros aspectos<sup>3</sup>.

Em virtude disso, dada a importância da temática, interessa averiguar o que existe descrito na literatura sobre este conhecimento e prática, portanto, se questiona: De que maneira o ensino e aprendizagem do Processo de Enfermagem nos cursos de graduação em enfermagem tem sido apresentado na literatura científica? Para tanto elegeu-se como objetivo: investigar a produção científica entre os anos de 2006 a 2016 acerca do ensino e aprendizagem do Processo de Enfermagem.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo consiste em revisão narrativa da literatura cujo propósito foi obter o estado da arte sobre a temática em foco, permitindo assim, aproximar assuntos recorrentes, sinalizando novas perspectivas e solidificando uma área de conhecimento.

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2016, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine*, USA (MEDLINE-NLM). Além destas, consultou-se também

a biblioteca eletrônica *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Como estratégia de busca, utilizou-se os descritores: Ensino *and* Processo de Enfermagem.

Foram elencados como critérios de inclusão: artigos que abordavam aspectos relacionados ao tema; estudos desenvolvidos no período de 2006 a 2016; artigos no idioma português, inglês e espanhol; publicações disponíveis online na íntegra em revistas indexadas e de acesso livre. Como critérios de exclusão: demais produções científicas que não se enquadrem como artigo científico; publicações que demandem de pagamento para acesso e artigos duplicados.

Inicialmente obtiveram-se 73 artigos na LILACS, 2223 na MEDLINE-NLM e 8 na SciELO. De imediato foram excluídos os repetidos. Após se efetuou a identificação de terminologias como: ensino, formação, educação continuada e ou permanente em relação ao PE adstrita ao título do artigo. Posteriormente, procedeu-se a leitura atenta dos resumos e, por fim, restando alguma dúvida sobre a inclusão, a leitura do artigo na íntegra. Restaram 15 artigos: 4 na LILACS; 6 na MEDLINE/PUBMED- NLM e 5 na SciELO.

Como forma de oportunizar uma melhor visualização dos artigos selecionados para essa revisão narrativa, o quadro a seguir aborda a descrição dos 15 estudos selecionados que compuseram essa revisão.

**Quadro 1 – Formação Clínica para o Ensino e Aprendizagem do Processo de Enfermagem**

Descrição dos estudos/autores
Experiências em programas de simulação de alta fidelidade, demonstrando: o potencial em apoiar o desenvolvimento do julgamento clínico, que as respostas fisiológicas as intervenções de enfermagem refletem um padrão confiável e o impacto da simulação e da experiência clínica na autoconfiança e auto-eficácia <sup>4-5-6</sup> .
Relevância da enfermagem baseada em evidências e a aprendizagem baseada em problemas (ABP), para o pensamento reflexivo e crítico, indicando que os enfermeiros devem adquirir hábitos mentais que cultivam a reflexão sobre a prática, agregando-se os recursos <i>e-learning</i> e <i>cartoonlike</i> para estimular estudantes de forma fácil a converter o conteúdo dos casos clínicos em imagens mentais, com efeito educacional satisfatório, e produção de material de ensino com baixo custo <sup>7-8</sup> .
Criação de software para a assistência, concluindo que a informatização constitui tecnologia avançada, interativa, e contribui para a racionalização e segurança do cuidado, possibilitando o exercício e consolidação dos conhecimentos do estudante para a SAE <sup>9-10-11</sup> .
Experiência de ensino com estudo de caso demonstrando que há limitações e desafios no que se refere a participação ativa dos estudantes, porém é instigante, se comparado a aulas expositivas. Se evidencia que professores necessitam desenvolver competências interpessoais como: comunicação eficaz, baseada em componentes ético e valorativos bem como desenvolver um sistema de avaliação com instrumentos condizentes com a proposta <sup>12-13-14</sup> .
Implementação do Observatório de Aprendizagem como abordagem inovadora de videoconferência, demonstrou que a sincronia de estudantes em uma sala de aula observando e interagindo com enfermeiros especialistas, usuários e cuidadores em serviços de saúde consiste em experiência de aprendizagem agradável e valiosa, e entre estágios clínicos tem potencial de reforço das relações entre teoria e prática <sup>15</sup> .

Desenvolvimento de um diário de prática clínica como uma ferramenta facilitadora para a reflexão, metacognição e autoavaliação durante o estágio, se contextualiza o estágio de enfermagem e seu impacto sobre as características culturais, formas de pensar e as reflexões dos estudantes<sup>16</sup>.

Introdução da metodologia narrativa para aproximar a teoria da prática clínica, ferramenta valiosa contada pelo cuidador protagonista, requerendo uma observação profunda tendo em conta as dimensões da pessoa, facilita o processo de leitura-escrita, motiva o estudante a ver a utilidade das bases de dados, para aprofundar a teoria e permite refletir sobre a importância dos valores no cuidado como parte do ser<sup>17</sup>.

Determinou que o mapeamento de conceito clínico melhora o pensamento crítico dos estudantes, incentiva a observar de forma abrangente os usuários, organizar e processar a informação complexa, permite também a avaliação do aprendido e o que se precisa aprender<sup>18</sup>.

Fonte: elaborado pelas autoras

Para organização dos dados, foi realizada a tabulação das publicações selecionadas em uma planilha eletrônica do *software Microsoft Excel 2010*, extraindo as informações: ano de publicação, tipologia e país de origem. De acordo com a análise dos dados foi estabelecido um eixo temático para discussão dos mesmos: formação clínica para o ensino e aprendizagem do Processo de Enfermagem (PE)”.

Esse estudo foi extraído da tese “Construindo uma proposta de referencial teórico metodológico para o ensino do cuidado/processo de enfermagem em um curso de graduação em Enfermagem”, do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o qual foi enviado ao CEP da UFFS para apreciação e parecer. Todavia, por se tratar de uma revisão narrativa de literatura, cujos dados já estão publicados e disponíveis para acesso da comunidade científica, não houve a necessidade de submissão ao comitê de ética.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram analisados quanto ao ano de publicação, sua tipologia e país de origem. A partir disso verificou-se a publicação de um artigo em 2007; um em 2008; dois em 2009; um em 2010; três em 2011; três em 2012; dois em 2013; um em 2014 e um em 2016. No que se refere à abordagem metodológica, configuram três relatos de experiência; quatro artigos reflexivos e oito artigos originais.

Quanto ao país de origem, quatro artigos são brasileiros, quatro dos Estados Unidos da América (EUA) e um artigo em cada país identificado a seguir: Reino Unido, África, Israel, Espanha, Chile, Irã e Colômbia.

Os enfermeiros que desenvolveram estudos relacionados ao ensino e aprendizagem do Processo de Enfermagem (PE) nos últimos 10 anos registram preponderantemente interesse na abordagem clínica visando ao incremento na formação de alta performance profissional. Desta



maneira, destaca-se que se evidencia adesão a este enfoque temático com uma abrangência globalizada, incluindo Américas, Europa, África, Oriente Médio e Ásia. Essa situação é confirmada pelo maior número de artigos estrangeiros obtidos nesta narrativa, que objetivam mostrar inúmeras estratégias de ensino que promovem qualificação da formação clínica do enfermeiro e consequente melhoria da assistência de enfermagem e aplicação prática do PE<sup>4-5-6-7-8-13-14-15-16-17-18</sup>.

Quanto aos artigos cuja produção é brasileira, um se ocupou em analisar a bibliografia nacional acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no período de 1980 a 2005, evidenciando que o contexto hospitalar é predominante em publicações focando a SAE, bem como a escolha do referencial teórico de Horta para nortear a assistência, além de associar a qualificação do cuidado com a implementação da SAE<sup>19</sup>.

A identificação da produção literária de 1996 a 2006 sobre o ensino do PE foi objeto de pesquisa de outra produção, a qual demonstrou que os estudantes percebem a relevância do PE para a assistência, o quanto é necessária a preparação dos professores para o ensino de sua aplicação na diversidade de suas etapas e, também, o predomínio da atividade teórico e prática como estratégia de ensino<sup>20</sup>.

A obtenção de competência clínica relacionada ao processo de ensino e aprendizagem é um dos requisitos da enfermagem, o que demanda utilização de novos métodos para o ensino clínico como forma de promover o conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e o desempenho profissional em estudantes de enfermagem<sup>21</sup>.

Nos Estados Unidos se debate sobre as dificuldades existentes na competência de professores em sala de aula para o ensino clínico, sendo que a implementação da Lei de Proteção e Cuidado ao Paciente (PPACA *Patient Protection and Affordable Care*) e as recomendações do Futuro da Enfermagem do Instituto de Medicina (IOM) desencadearam um alerta para a necessidade de qualificar o ensino da enfermagem com o intuito de atender às demandas de saúde da população, as quais são iminentes e carecem de profissionalização. Logo, a enfermagem precisa aumentar o número de enfermeiros com bacharelado e doutorado, tornando-se um desafio, portanto, preparar estudantes de enfermagem para uma prática clínica abrangente, ética e que envolve aspectos sociais e culturais inerentes ao mundo atual<sup>22</sup>.

A apresentação das estratégias de ensino e aprendizagem do PE na graduação e pós-graduação foi analisada em um estudo, cuja amostragem abrangeu o período de 2002 a 2016 e

demonstrou que ferramentas eletrônicas, aulas expositivas, atividades teórico-práticas e o uso de metodologias ativas são estratégias adotadas na graduação<sup>1</sup>.

Os estudos encontrados mostraram o quanto a formação clínica pode ser efetiva considerando proposições inovadoras. Por conseguinte, a pedagogia baseada em problemas, tal qual a baseada nas melhores evidências, se apresenta como método potencial para aproximar a realidade da prática. Da mesma forma, estudos de casos utilizando a simulação remetem os estudantes ao cenário real, instigando-os ao raciocínio clínico e crítico, estimulando a busca de ações de enfermagem afins com a condição de saúde apresentada e qualificando a tomada de decisões.

Mediante esta lógica, nota-se que a ampliação da visão dos cuidados em saúde, a indissociabilidade entre a teoria e a prática, acrescida da individualização do ser integral em estreita coligação com o coletivo agregando-o socialmente, são mandatários para encetar uma nova prática pedagógica, suficiente para alicerçar um adequado desempenho profissional<sup>23</sup>.

Assim sendo, a aprendizagem baseada em problemas (ABP) colabora para uma aprendizagem significativa, ao se analisar, questionar e refletir sobre as práticas. Isso porque oferece um exercício pessoal de reflexão mediante o qual o estudante compila e interioriza conhecimentos, capacidades e habilidades, tomando por base experiências prévias articuladas com seus interesses e necessidades<sup>24</sup>.

Na apresentação da ABP como método capaz de despertar os melhores resultados na formação clínica, revela-se como essencial a preparação dos professores e o ajustamento do processo avaliativo à nova proposta pedagógica. Em virtude disso, mister se faz que se reconheça a necessidade de delimitar um perfil de professor cujo empenho o habilite a assumir o papel de tutor, o qual se define essencialmente por assumir a criação e exibição de um cenário problemático. Cabe, além disso, estabelecer uma exuberante relação entre professor, estudante e o conteúdo a ser trabalhado, possibilitando que o debate flua entre estudantes e professor mediador, com aprofundamento investigativo e reflexivo diante da situação problema, denotando o protagonismo, a inter-relação e a cooperação no trabalho em grupo<sup>25</sup>.

No que tange à avaliação, esta será processual, obtendo-se instrumentos que possibilitem o acompanhamento da aprendizagem. Neste contexto, inclui-se a autoavaliação e a avaliação do trabalho em grupo, inclusive a relação com o tutor, desvelando a conexão existente entre o aporte intelectual e atitudinal, expressando a capacidade de reflexão crítica, autonomia e tomada de decisão<sup>26</sup>.

Sustenta-se nos artigos que a ABP e a simulação como métodos de vivência clínica potencializam a aproximação entre a realidade e a prática acadêmica, repercutindo positivamente no aprendizado do cuidar em enfermagem, donde se evidencia o impacto na capacidade de julgamento clínico, autoconfiança e segurança do estudante frente à demanda assistencial. A simulação clínica é um método ativo que abrange a concepção de uma situação hipotética que agrupa uma reprodução fidedigna da realidade, facilitando a participação intensa dos estudantes, articulando os múltiplos aspectos do aprendizado prático e teórico, com ocasiões para a repetição, avaliação e reflexão, sem o perigo de ocasionar prejuízo ao usuário<sup>27</sup>. Em meio às potencialidades, se demonstra que as tecnologias de simulação clínica são táticas hábeis em tramar práticas de ensino e pesquisa, imperativas à qualificação dos profissionais da saúde nos diversos níveis de atenção à saúde da população<sup>28</sup>.

Pontualmente, pesquisadores da área ocupam-se em demonstrar outros métodos inovadores de ensino que também podem resultar em aprendizado clínico sólido. Consequentemente, proposições como o suporte tecnológico de uma videoconferência, denominada A Prática de Ensino Clínico e do Observatório de Aprendizagem (CP-TLO), é instigante. Nesta metodologia, estudantes são expostos à interação com enfermeiros especialistas, usuários e cuidadores de um dado serviço de saúde com o intuito de estimular e alavancar uma discussão de casos clínicos<sup>3</sup>.

A narrativa feita entre estudantes de enfermagem contando a vivência de uma situação de saúde que os ouvintes já vivenciaram ou poderão vivenciá-la, emite ao estudante a concepção do (re)atuar na situação, com sentimento de fortalecimento, a partir da exposição narrada por colegas de formação e o debate científico ali deflagrado. O diário de campo usando a metacognição para analisar aspectos teóricos, metodológicos e técnicos, bem como, refletir sobre eventos que surjam no intercurso das práticas configurou-se em ferramenta eficaz com possibilidade de dimensionar qual(ais) competência(as) requerem maior esforço do estudante, preparando estudantes e professores ao desenvolvimento de estratégias de superação<sup>3</sup>.

E, finalizando, houve também a ideia de utilização dos mapas conceituais visando a trabalhar as concepções intrínsecas à prática clínica, de maneira a melhorar a capacidade de pensamento e julgamento crítico e clínico do estudante<sup>3</sup>. É factual que a inserção atual da enfermagem e suas perspectivas futuras implicam a profissionalização clínica eficaz.

Neste sentido, a complexidade deste ensino pode ser detectada na expressão da diversidade epistemológica que se insurge no processo de ensino aprendizagem clínico, criando

um panorama muito característico onde os estudantes têm de agregar, conduzir e reequilibrar, para que possam empenhar-se adequadamente com os condicionantes de uma das conjunturas pedagógicas mais complexas. Diante das situações clínicas revelam-se singularidades, imprevisibilidade e atemporalidade, bem como relações interpessoais que se criam e recriam<sup>3</sup>. Portanto, a mobilização dos estudiosos desenvolvendo pesquisas com variadas perspectivas, tende a contribuir para a escolha das mais eficazes estratégias de ensino para a prática clínica, parte integrante e essencial da aplicação da metodologia assistencial do PE.

Considerando este corolário de opções inovadoras, nas quais a ação protagonista dos estudantes e a aproximação com a realidade são pontos cruciais, se engaja também o recurso tecnológico, com utilização de ambientes virtuais para o aprendizado clínico, acrescentando mais uma ferramenta potencial. Assim, a produção de *software* como *e-learning*, protótipos e outros, combinados a *cartoonlike* e diversas mídias atraentes e interativas para a solução de problemas associados à metodologia do PE, promove resultados satisfatórios, estimulando o aprendizado e inclusive proporcionando o desenvolvimento de atividades fora do âmbito acadêmico, quando o estudante pode acessar de sua própria residência incrementando o exercício profissional clínico<sup>7-8</sup>.

As mudanças relacionadas ao advento das novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) que as sociedades atuais têm experimentado superam as fronteiras de suas especificidades e se concebem como ferramentas imprescindíveis para o processamento das distintas formas de relacionamento entre os indivíduos. O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) consiste em um instrumento que aperfeiçoa o ensino- aprendizagem e a comunicação entre estudantes e professores, possibilitando maior destreza e autonomia no desenvolvimento de novas habilidades<sup>29</sup>.

Fica evidente o quanto a formação clínica em saúde para a enfermagem se concebe como vital na atualidade, para atender a uma demanda intrínseca à formação do profissional enfermeiro, cujo objeto de trabalho é o cuidado de enfermagem e que, pela sua natureza, implica em avaliação de saúde e conhecimento da práxis. Porém, também porque, na atualidade, o cenário profissional em saúde posiciona o enfermeiro de tal forma que ele precisa desenvolver e aperfeiçoar conhecimentos para assumir a frente nos serviços de saúde, cujas políticas conscientizam contundentemente a necessidade da promoção em saúde, assistência globalizada e equânime.

## CONCLUSÃO

Através da realização desse estudo, foi possível perceber que há uma carência de produções científicas sobre o PE, da mesma forma, há poucos estudos que contemplam ensino do PE em todas as suas etapas, de forma conjunta.

A enfermagem evolui progressivamente na direção da execução de uma prática científica e sistematizada, bem como alicerçada filosoficamente nas mais recentes concepções do cuidado em saúde. Está em consonância com atributos de alta valia ética e social, as quais o ser humano e as coletividades representam a força que impulsiona as ações em saúde e são consideradas o eixo central dos sistemas de saúde, com possibilidades para projetarem-se como indivíduos participativos e empoderados, quando se percebem efetivamente saudáveis.

Todavia, neste caminho cruzam-se veemências e pleitos políticos e econômicos que expõe os meandros desta estrada. E, embora no perfilhamento teórico das políticas de saúde das organizações sociais mais desenvolvidas de nosso planeta se esboce um quadro promissor, na realidade esta condição é ventura a ser conquistada, em especial para as classes menos favorecidas.

Em meio a estas adversidades, profissionais da saúde comprometidos com a qualidade de vida e saúde das populações, engajados na luta contra os obstáculos que se impõem a esta qualificação, debruçam-se em estudos que revigorem e fortaleçam as práticas em saúde. Logo, compreende-se todo o esforço de pesquisadores da área da enfermagem que desenvolvem estudos sobre o Processo de Enfermagem (PE), em especial, sobre o ensino e aprendizagem, buscando identificar os aspectos frágeis desta prática, apresentando inúmeras contribuições, no que se refere ao aperfeiçoamento clínico do acadêmico e do profissional enfermeiro.

Tanto quanto, exaurem-se em elucidar e mostrar as concepções filosóficas, teóricas e metodológicas, tal qual as potencialidades e fragilidades imbricadas na práxis, justamente para posicioná-la em sua melhor performance, quando ensejam a proeminência do PE como desenho metodológico no cotidiano assistencial da enfermagem. E para garantir os melhores resultados diante da implementação do PE nos serviços de saúde, estudiosos elegem a estratégia da educação permanente como pauta de análise para melhor compreendê-la e mostrar suas evidências de aperfeiçoamento.

Mediante ao que se apresenta na literatura, revelando a produção internacional e nacional acerca do processo de ensino e aprendizagem do PE, é pertinente a reflexão e mobilização de professores e profissionais da área, quanto à adoção de experiências exitosas

com relação a esta prática, assumindo como desafio a ser superado a efetiva qualificação da prática clínica e recorrente aplicação do PE. Todo este empenho tende a exaltar o profissional enfermeiro à ocupação de espaços no cenário da saúde atual, que se conjecturam a partir da responsabilidade social, expressando o caráter científico, ético, político e crítico social da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Adamy EK, Zocche DAA, Vendruscolo C, Almeida MA. Ensino do processo de enfermagem: o que as produções científicas proferem. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online)*. 2020;2:800-7. Doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7502.
2. Cavalcante RB, Otoni A, Bernardes MFVG, Cunha SGS, Santos CS, Silva PC. Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no brasil: um estudo bibliográfico. *Rev enferm UFSM*. 2011;1(3):461-71. Doi: 10.5902/217976922832.
3. Bitencourt, JVOV. Construindo uma proposta de referencial teórico metodológico para o ensino do cuidado/processo de enfermagem em um curso de graduação em enfermagem [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.
4. Lasater K. High-fidelity simulation and the development of clinical judgment: students' experiences. *J nurs educ*. 2007;46(6):269-76. Doi: 10.3928/01484834-20070601-06.
5. Whyte J, Pickett-Hauber R, Cormier E, Grubbs L, Ward P. A study of the relationship of nursing interventions and cognitions to the physiologic outcomes of care in a simulated task environment. *Appl nurs res*. 2010;23(1):1-8. Doi: 10.1016/j.apnr.2009.02.004.
6. Kimhi E, Reishtein JL, Cohen M, Friger M, Hurvitz N, Avraham R. Impact of simulation and clinical experience on self-efficacy in nursing students: intervention study. *Nurse educ*. 2016;41(1):1-4. Doi: 10.1097/NNE.000000000000194.
7. Ireland M. Assisting students to use evidence as a part of reflection on practice. *Nurs educ perspect*. 2008;29(2):90-3. Doi: 10.1097/00024776-200803000-00009.
8. on practice. Brysiewicz P, Lee MB. Nursing students' evaluation of the introduction of nursing diagnosis focused tutorials in a university degree programme. *Curationis*. 2009 [cited 2020 oct 09];32(1):20-4. Available from: [http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-62792009000100003](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792009000100003).
9. Fonseca LMM, Góes FSN, Ferecini GM, Leite AM, Mello DF, Scochi CGS. Inovação tecnológica no ensino da semiotécnica e semiologia em enfermagem neonatal: do desenvolvimento à utilização de um software educacional. *Texto & contexto enferm*. 2009;18(3):542-48. Doi: 10.1590/S0104-07072009000300019.
10. Rocha ATS, Diniz POD, Belian RB, Frazão IS, Cavalcanti AMTS. Cuidado em saúde mental: um sistema para ensino em Enfermagem. *J health inform*. 2012 [cited 2020 oct 10];4(especial):103-7. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/238/132>



11. Goyatá SLT, Chaves ECL, Andrade MBT, Pereira RJS, Brito TRP. Ensino do processo de enfermagem a graduandos com apoio de tecnologias da informática. *Acta paul enferm (Online)*. 2012;25(2):243-8. DOI: 10.1590/S0103-21002012000200014.
12. Freitas MIP, Carmona EV. Estudo de caso como estratégia de ensino do processo de enfermagem e do uso de linguagem padronizada. *Rev bras enferm*. 2011;64(6):1157-60. DOI: 10.1590/S0034-71672011000600025.
13. Hannah V, Oliver JS. Teaching principles of assessment, data collection, and prioritization: using a case scenario. *J nurs educ*. 2011;50(4):235-36. Doi: 10.3928/01484834-20110322-02.
14. Díaz AH, González MC. Opinión de estudiantes de la carrera de enfermería universidad autónoma de Chile, Temuco, sobre las prácticas clínicas. *Cienc enferm*. 2013;19(1):131-44. Doi: 10.4067/S0717-95532013000100012.
15. Díaz AH, Pretty MI, González MC. Opinión autónoma de Chile, Temuco, sobre las prácticas clínicas. Rush B, Walsh NJ, Guy CJ, Wharrad HJ. A clinical practice teaching and learning observatory: the use of videoconferencing to link theory to practice in nurse education. *Nurse educ pract*. 2011;11(1):26-30. DOI: 10.1016/j.nepr.2010.06.001.
16. González JS, Ruiz CS. The convergence process in european higher education and its historical cultural impact on Spanish clinical nursing training. *Nurse educ today*. 2012;32(8):887-91. DOI: 10.1016/j.nedt.2011.08.014.
17. Rojas MLG, Díaz BLR. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *CuidArte enferm*. 2013;4(1):544-49. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2216-09732013000100016](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732013000100016).
18. Moattari M, Soleimani S, Moghaddam NJ, Mehbodi F. Clinical concept mapping: does it improve discipline-based critical thinking of nursing students? *Iran J nurs midwifery res*. 2014;19(1):70-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC23917188/>
19. Cogo AL, Pedro E, Almeida M. O ensino do processo de enfermagem no Brasil: produções na literatura de 1996 a 2006. *Online braz j nurs*. 2006;5(3). Doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.2006542>.
20. Venturini DA, Matsuda LM, Waidman MAP. Produção científica brasileira sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Ciênc cuid saúde*. 2009;8(4):707-15. Doi: 10.4025/ciencucidsaude.v8i4.9710.
21. Dehghani M, Ghanavati S, Soltani B, Aghakhani N, Haghpanah S. Impact of clinical supervision on field training of nursing students at urmia university of medical sciences. *J adv med educ prof*. 2016[cited 2020 oct 2];4(2):88-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4827761/>.
22. Adams VW. As dificuldades do ensino de enfermagem dos estados unidos para atender necessidades locais, regionais e globais. *Rev bras enferm*. 2016 [cited 2020 oct 15];69(3):417-8. Doi: 10.1590/0034-7167.2016690301i.

23. Souza DFD, Torres MJF, Dantas SF. Percepção da relação teoria e prática no trabalho docente: um estudo com professores da área da saúde. RBEPT. 2017 [cited 2020 oct 15];1(12):125-39. Doi: 10.15628/rbept.2017.5732.
24. Diesel A, Baldez ALS, Martins SN. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. Revista Thema [Internet]. 2017 [cited 2020 oct 15];14(1):268-88. Doi: <https://doi.org/10.15536/thema.14.2017.268-288.404>.
25. Souza SC, Dourado L. Aprendizagem baseada em problemas (ABP): um método de aprendizagem inovador para o ensino educativo. HOLOS [Internet]. 2015 [cited 2020 oct 15];31(5):182-200. Doi: <https://doi.org/10.15628/holos.2015.2880>.
26. Carvalho MWS, Andrade WZN, Cansação IF, Palácio MAV, Takenami I. Aprendizagem baseada em problemas como método de ensino na formação médica. Rev docência ens sup [Internet]. 2020 [cited 2020 oct 15];10:1-21. Doi: 10.35699/2237-5864.2020.19801.
27. Bland AJ, Topping A, Tobbell J. Time to unravel the conceptual confusion of authenticity and fidelity and their contribution to learning within simulation-based nurse education: a discussion paper. Nurse educ today. 2014;34(7):1112-18. Doi: 10.1016/j.nedt.2014.03.009.
28. Camarero ARA, Romero AG, Cobo CMS, Arce AM. Clinical simulation as a learning tool in undergraduate nursing: validation of a questionnaire. Nurse educ today. 2016;39: 128-34. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.01.027.
29. Fettermann FA, Alberti GF, Salbego C, Kist RL. Potencialidades e fragilidades dos ambientes virtuais de aprendizagem no ensino em enfermagem: revisão integrativa. J health inform [Internet]. 2017[cited 2020 oct 3];9(4):132-36. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/513>.

## CAPÍTULO 4

### FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UMA UTI GERAL

Cristiane Marolli  
Tatiana Gaffuri da Silva  
Alexsandra Martins da Silva  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Sílvia Silva de Souza  
Leoni Terezinha Zenevicz

#### INTRODUÇÃO

Avanços científicos e tecnológicos têm possibilitado o desenvolvimento da Enfermagem e incremento de conhecimentos e habilidades para o desempenho de atribuições próprias do enfermeiro no processo de cuidar que vão ao encontro das necessidades dos pacientes e da autonomia profissional.

Destaca-se a Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE) como um recurso organizacional, e tecnologia do cuidado, que disponibiliza ao profissional enfermeiro o acesso rápido e organizado à informação, favorecendo o desenvolvimento do raciocínio clínico e da tomada de decisão.

No campo do exercício profissional da Enfermagem, a primeira legislação que orienta a prática da SAE no país foi a Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem<sup>1</sup> (COFEN), que determinou a implementação da SAE em todas as instituições de saúde, públicas e privadas. Na sequência, a Resolução 358/2009 do COFEN revogou a Resolução nº 272/2002, reforçando a necessidade de implementação da SAE nos serviços de saúde, com inclusão da responsabilidade dos técnicos e auxiliares de Enfermagem na realização do Processo de Enfermagem (PE)<sup>1</sup>. Ademais, esta Resolução destacou a operacionalização do PE organizando-se em cinco etapas, Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnósticos de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem, seguidos pela Implementação e Avaliação de Enfermagem<sup>1</sup>.

Em 2016, buscando normatizar o funcionamento do sistema de fiscalização do exercício profissional, o COFEN por meio da Resolução nº 0518/2016, alterou a denominação das situações previsíveis e condutas a serem adotadas do Manual de Fiscalização, para denominá-lo de quadros de irregularidades e ilegalidades com descrição de prazos, providências,

fundamento legal e tipo de notificações a serem instauradas em caso de identificação de situações irregulares, alertando hospitais e serviços de saúde sobre a necessidade de seguir normas e exigências estabelecidas pelo órgão regulador e fiscalizador<sup>2</sup>.

Dentre as exigências, consta o desenvolvimento do PE e suas etapas, que devem ser registradas no prontuário do paciente e com ele a necessidade da utilização de taxonomias, que tornam a linguagem uniforme e legitimam os registros de Enfermagem. Existem várias taxonomias, entre elas a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), considerada o primeiro sistema de classificação para Diagnósticos de Enfermagem (DE) disponível em português. A criação da NANDA nomina e organiza os DE, tornando-se mundialmente conhecida por meio da nomenclatura *NANDA- I*<sup>3</sup>.

Os diagnósticos consistem no agrupamento, julgamento e interpretação de dados coletados durante o histórico de Enfermagem e representam as respostas da pessoa, família ou coletividade humana a processos vitais; culminam da tomada de decisão e são a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados<sup>3</sup>.

Ao identificar a frequência dos DE nas unidades de atenção à saúde, os profissionais enfermeiros poderão refletir e determinar com mais efetividade e precisão cuidados que vão ao encontro das necessidades dos pacientes, com subsídios para a determinação de parâmetros de conduta comuns à determinados ambientes, ou seja, permite aos profissionais enfermeiros, melhor planejamento de ações no encontro da individualização do cuidado<sup>4</sup>.

Assim sendo, na busca por informações que qualificam e asseguram o cuidado oferecido, este estudo teve como objetivo identificar a frequência dos DE, em prontuários de pacientes hospitalizados em uma UTI geral, além de verificar a frequência das características definidoras e dos fatores relacionados dos DE.

## **MÉTODO**

Estudo quantitativo, transversal, documental e prospectivo. Quantitativo por envolver um conjunto de procedimentos sistemáticos e seguir passos pré-estabelecidos para adquirir a informação<sup>5</sup>. Os estudos transversais identificam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade.

O estudo foi desenvolvido em um Hospital público do Oeste Catarinense, na Unidade de Terapia Intensiva Geral, após apreciação e aceite do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

O hospital dispõe de 344 leitos. Constitui uma referência para as regiões do Oeste e Meio Oeste de Santa Catarina, Sudoeste do Paraná e Noroeste do Rio Grande do Sul, atendendo a uma população superior a um milhão de habitantes. Por ser um hospital de referência regional, atende a pessoas cujas enfermidades são de média e alta complexidade<sup>6</sup>.

A instituição é referência em alta complexidade nos serviços de: Neurocirurgia, Gestantes de Alto Risco, Captação e Transplante de Rins e Córneas, Urgência e Emergência, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, UTI Geral e Neonatal, Hospital Amigo da Criança, Maternidade Segura, Tratamento de AIDS, Ortopedia, Coluna, Ombro, Mão, Quadril e Joelho<sup>6</sup>.

A UTI conta com 17 leitos de internação e serve de campo de prática para os cursos de graduação em Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Enfermagem. Possui uma equipe multiprofissional para o atendimento, formada por médico intensivista, enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionista, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta<sup>6</sup>.

A população do estudo foi composta por prontuários de pacientes hospitalizados na UTI durante os meses de junho e julho de 2016. A amostra foi calculada através do sistema SEstatNet, por estimação de média - variável quantitativa, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, considerando o N de 876 prontuários no período de maio de 2015 a maio de 2016, resultando numa amostra de 87 prontuários. A amostragem foi por conveniência, uma vez que a seleção seguiu o critério da acessibilidade<sup>5</sup>, tendo como critério de elegibilidade prontuários de pacientes com idade superior a 18 anos, sendo excluídos os que permanecerem na UTI por tempo inferior a 24 horas.

Para coleta de dados, a pesquisadora fez visitas diárias na UTI, entre junho e julho de 2016, acessando os prontuários, que foram identificados pelo número do registro da internação, dispensando a identificação nominal. Foi utilizado um roteiro semiestruturado, composto por duas partes, a primeira contendo dados de caracterização dos participantes como: idade, sexo, etnia, diagnóstico médico, e a segunda para o registro manual dos DE, características definidoras e fatores relacionados.

Os dados obtidos foram tabulados em planilha do Excel e analisados por meio de estatística descritiva. Foram discutidos os DE com frequência igual ou superior a 50% e os demais apenas apresentados.

O estudo teve seu início logo após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da Universidade Federal da Fronteira Sul –UFFS *campus* Chapecó com o parecer: 1.601.299.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos prontuários avaliados 45,21% pertenciam á pacientes do sexo feminino com faixa etária entre 61 e 90 anos (46,58%), com média de idade de 57,1 anos. Quanto à etnia registrada 84,93% dos pacientes eram brancos, 4,11% são pardos, 1,37% são negros e 9,59% não foram identificados nos prontuários.

O percentual de pacientes acima de 60 anos admitidos na UTI no período do estudo foi de 46,58%, indicando maior internação de pacientes idosos, em consonância com dados epidemiológicos mundiais<sup>7</sup>, que evidenciam aumento considerável da população com idade superior a 60 anos. Os dados remetem ao envelhecimento/adoecimento da população e as transformações, tanto na estrutura orgânica, no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas condições emocionais, intelectuais, e ainda, na própria comunicação destes indivíduos<sup>7</sup>.

Com o avanço da idade, o corpo se torna mais vulnerável, agrega riscos à qualidade de vida, facilita o surgimento de doenças que comprometem o funcionamento do organismo, com necessidade de mais atenção e cuidados diferenciados<sup>8</sup>.

Quadro 1: Frequência de diagnósticos médicos, conforme CID 10 - classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, dos pacientes hospitalizados na UTI:

<b>Incidência de Diagnósticos Médicos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Acidente Vascular Cerebral	8	10,96%
Neoplasias	8	10,96%
Pneumonia	8	10,96%
Pós-operatório	8	10,96%
Sepse	6	8,22%
Traumatismo Cranioencefálico	5	6,85%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	3	4,11%
Edema pulmonar, não especificado de outra forma	3	4,11%
Coma não especificado	2	2,74%
Hemorragia intracraniana	2	2,74%
Insuficiência Renal Crônica	2	2,74%
Politrauma	2	2,74%
Pneumotórax espontâneo	2	2,74%
Aneurisma cerebral não roto	1	1,37%
Aneurisma cerebral roto	1	1,37%



Broncopneumonia não especificada	1	1,37%
Cirrose hepática	1	1,37%
Dispneia	1	1,37%
Diabetes mellitus com cetoacidose	1	1,37%
Doença do aparelho digestivo, sem outra especificação, constipação	1	1,37%
Ferimento por arma de fogo	1	1,37%
Insuficiência Cardíaca	1	1,37%
Insuficiência Respiratória Aguda + aneurisma de aorta	1	1,37%
Lesão esofágica	1	1,37%
Mal epilético	1	1,37%
Mega cólon Oclusão intestinal	1	1,37%
Obstrução intestinal + Pós-operatório de Laparotomia + Pielonefrite + Insuficiência Cardíaca Congestiva + Hipertensão Arterial	1	1,37%
Síndrome de Guillain-Barré	1	1,37%

Fonte: Dados da Pesquisa. 2016

Dentre os diagnósticos médicos que indicaram a internação dos pacientes na UTI encontra-se o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (10,96%), as neoplasias (10,96%), pós-operatório (10,96%) e as pneumonias (10,96%).

O AVC constitui atualmente um importante problema de saúde pública e uma das maiores causas de morte no mundo. As consequências do AVC, para os pacientes acometidos por este agravo, envolvem importantes sequelas neurológicas, além de gerar enormes demandas de recursos físicos e financeiros no diagnóstico, tratamento e reabilitação<sup>9</sup>.

Com relação ao processo de reabilitação deve ter início ainda no ambiente hospitalar, quando na estabilização da pressão arterial, pulso e respiração, muitas vezes um ou dois dias após o episódio de AVC na busca pelo restabelecimento da mobilidade, recuperação de habilidades funcionais e independência física e psíquica<sup>10</sup>.

No que tange ao diagnóstico médico de pneumonia, este é decorrente de vários fatores que acometem os mecanismos de defesa do trato respiratório, facilitando a ação de microrganismos patogênicos, em especial em indivíduos susceptíveis, expostos a procedimentos invasivos e hábitos anteriores a hospitalização de alcoolismo, tabagismo desnutrição, fatores ambientais e ocupacionais, doenças como diabetes, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, imunodeficiências, uso de terapia imunossupressora, esplenectomia e uso inadequado de antimicrobianos<sup>11</sup>.

Quanto ao tratamento das pneumonias, representam um desafio para os profissionais dos serviços de saúde especializados e cuidados intensivos em todo o mundo, demandando empenho no tratamento e no estabelecimento de intervenções, por sua evolução imprevisível, apesar do desenvolvimento de novos antibióticos e tecnologias do cuidado<sup>12</sup>.

Quanto às neoplasias, o hospital pesquisado é referência no atendimento de alta complexidade em oncologia clínica e cirúrgica, justificando o número de pacientes acometidos por esta condição na UTI<sup>8</sup>.

Quadro 2- Frequência dos Diagnósticos de Enfermagem conforme taxonomia desenvolvida pela NANDA I dos pacientes hospitalizados na UTI:

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Risco de úlcera por pressão	67	91,78%
Risco de infecção	66	90,41%
Déficit no autocuidado: para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se	63	86,30%
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	59	80,82%
Risco de glicemia instável	49	67,12%
Troca de gases prejudicada	47	64,38%
Risco de Integridade da pele prejudicada	35	47,95%
Mobilidade física prejudicada	30	41,10%
Risco de aspiração	27	36,99%
Risco de débito cardíaco diminuído	17	23,29%
Risco de olho seco	16	21,92%
Padrão do sono prejudicado	15	20,55%
Risco de desequilíbrio eletrolítico	15	20,55%
Comunicação verbal prejudicada	14	19,18%
Risco de lesão de córnea	14	19,18%
Eliminação urinária prejudicada	7	9,59%
Risco de choque	6	8,22%
Atividade de recreação deficiente	6	8,22%
Risco de perfusão tissular cerebral	5	6,85%
Risco de volume de líquidos deficiente	4	5,48%
Capacidade adaptativa intracraniana diminuída	3	4,11%
Confusão aguda	2	2,74%
Risco de perfusão renal ineficaz	2	2,74%
Padrão respiratório ineficaz	2	2,74%
Mucosa oral prejudicada	2	2,74%
Risco de baixa autoestima situacional	1	1,37%
Hipotermia	1	1,37%
Dor aguda	1	1,37%
Diarreia	1	1,37%

Fonte: Dados da Pesquisa. 2016

Foram encontrados, nos 87 prontuários pesquisados, 577 DE, com 29 títulos diagnósticos diferentes. Os títulos foram descritos conforme a publicação brasileira de 2015/2017 da classificação de DE da NANDA-I, edição utilizada pelos enfermeiros para formular os diagnósticos dos pacientes internados no local do estudo.

Quanto ao tipo de DE identificados pelos enfermeiros, dos 29 títulos diagnósticos, 14 (44.4%) eram DE de Risco e 15 (51.7%) com foco no problema, evidenciando assistência de Enfermagem centrada na recuperação da saúde e prevenção de situações que presentes podem agravar a condição clínica do paciente crítico.

Quadro 3 - Frequência dos Fatores Relacionados (FR) e Características Definidoras (CD) do Diagnóstico de Enfermagem “Risco de lesão por pressão” e “Risco de Integridade da Pele prejudicado” dos pacientes hospitalizados na UTI:

<b>DE: Risco de úlcera por pressão</b>		
<b>Fator Relacionado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Braden</i> inferior a 18	65	89
Atrito em superfície	27	36
Agente farmacológico	13	17
Fixação em dispositivos (SNE e SVD)	12	16
Sobrepeso	2	2
Relacionado a imobilização física	1	1
<i>Braden</i> inferior 11	1	1
<b>DE: Risco de Integridade da Pele prejudicado</b>		
<b>Fator Relacionado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Imobilização física	22	30
Pressão e estado nutricional desequilibrado	12	16
Forças abrasivas	3	4
Obesidade	1	1
Dermatite Associada à Incontinência (DAI)	3	4
Obs.: Neste DE foi descrito como característica definidora não contemplada no livro da NANDA: Rompimento da superfície da pele	11	15

Fonte: Dados da Pesquisa. 2016

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia, o papel da pele é importante como proteção e revestimento contra agressões externas, além de regular a temperatura do corpo através dos processos de radiação, condução e convecção de calor<sup>13</sup>.

O DE Risco de Lesão de Pele ocorre em áreas com possibilidade de lesão secundárias à pressão prolongada e intensa, que afeta o metabolismo celular, reduzindo ou obstruindo o fluxo sanguíneo, resultando em isquemia tecidual<sup>14</sup>. A utilização de protocolos e instrumentos para prevenção, como a Escala de *Braden* adotada pela instituição em estudo, busca a identificação precoce do risco de lesão por pressão. Viabilizando a manutenção da integridade da pele, em

especial, considerando que lesões neste órgão constituem problemas graves à saúde dos pacientes e onerosos para as instituições<sup>15</sup>.

Quadro 4 - Frequência dos Fatores Relacionados (FR) e Características Definidoras (CD) do Diagnóstico de Enfermagem “Risco de infecção” dos pacientes hospitalizados na UTI

<b>DE: Risco de Infecção</b>		
<b>FR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Procedimentos invasivos: SVD, TOT	87	100

Fonte: Dados da Pesquisa. 2016

Considerando o ambiente de UTI, a identificação deste DE relaciona-se a gravidade dos pacientes e a exposição à patógenos, em decorrência do grande número de procedimentos invasivos realizados rotineiramente neste setor<sup>16</sup>. A NANDA I descreve como fatores de risco para este diagnóstico: procedimentos invasivos, a destruição de tecidos, exposição ambiental aumentada, defesa secundária inadequada (hemoglobina diminuída), defesa primária inadequada (pele rompida) e estase de fluídos<sup>17</sup>.

Os dados obtidos neste estudo limitaram-se a relacionar este DE a procedimentos invasivos, rotineiramente executados no setor, como sondagem vesical de demora, intubação orotraqueal, ventilação mecânica, cateter venoso central e periférico e drenagem de tórax.

Nesse contexto, os fatores predisponentes também podem ter origem nas doenças de base, tempo de internação e uso de antibióticos<sup>18</sup>. Igualmente, deve-se considerar a adoção ou não de medidas profiláticas, como isolamentos, higienização de mãos e número de profissionais que transitam pela unidade. Desse modo, contemplar a prevenção por meio da educação permanente e identificação precoce deste DE, ganha destaque na elaboração de intervenções assertivas e adequadas aos pacientes hospitalizados, na busca por medidas eficazes no controle de infecção<sup>19</sup>.

Quadro 5- Frequência dos Fatores Relacionados (FR) e Características Definidoras (CD) do Diagnóstico de Enfermagem “Déficit no autocuidado: para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se.” dos pacientes hospitalizados na UTI.

<b>DE: Déficit no autocuidado: para alimentação, banho, higiene íntima e vestir-se</b>					
<b>FR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>CD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alteração da Função cognitiva	61	83,56	Capacidade prejudicada de alimentar-se, lavar o corpo e vestir-se.	59	89,82

Fonte: Dados da Pesquisa. 2016

Na ocorrência de agravos, o ser humano torna-se dependente de cuidados, apresenta déficits nas atividades da vida diária, incluindo a necessidade de alimentação, banho, usar o banheiro, vestir-se e deambular<sup>20</sup>. Estas necessidades são frequentes na UTI, visto que os pacientes estão fragilizados, num processo de doença.

No ambiente de UTI, são inúmeros os fatores que limitam e inviabilizam a realização do autocuidado por parte dos pacientes, fato diretamente relacionado às diversas patologias identificadas neste estudo, as quais impõem inúmeras limitações aos pacientes. Uma das situações mais comuns é o uso da sonda, prática comum na UTI relacionada à necessidade de ventilação mecânica e de cuidado imediato em situações como, por exemplo, após TCE grave, com o intuito de prevenir lesões e danos secundários<sup>21</sup>.

Quadro 06 – Frequência dos Fatores Relacionados (FR) e Características Definidoras (CD) do Diagnóstico de Enfermagem “Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais” dos pacientes hospitalizados na UTI:

<b>DE: Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais</b>					
<b>FR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>CD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Incapacidade de digerir e ingerir alimentos	41	69.4	Incapacidade percebida para ingestão de alimentos	29	49.15
Ingestão alimentar insuficiente	16	27.11	Quadro de NPVO	2	3.38

Fonte: Dados da Pesquisa. 2016

A definição deste DE segundo NANDA-I (2015) é ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas<sup>17</sup>. A nutrição contribui para a saúde e para o bom funcionamento do organismo. No caso de hospitalização, o estado nutricional sofre a influência da condição física e emocional, sendo de extrema importância para a recuperação de pacientes<sup>22</sup>.

Apesar da importância da adequada ingestão de nutrientes e energia, pacientes internados em UTI, frequentemente recebem valores energéticos inferiores às suas necessidades metabólicas, fato relacionado a inúmeras situações que envolvem o paciente crítico e sua patologia, como à intolerância à dieta, ocorrência de vômitos, diarreia, presença de resíduos gástricos e distensão abdominal, ou ainda, associados às práticas da enfermagem que impõe a manipulação do paciente, como administração de certos medicamentos que exigem tempo de jejum e ou realização de procedimentos e exames<sup>23</sup>.

Além do mais, o estado nutricional dos pacientes hospitalizados influencia diretamente na evolução clínica, tempo de internação e desfecho clínico. Os desvios nutricionais podem levar à redução da imunidade, aumentando assim o risco de infecções, hipoproteinemia e edema, bem como a redução de cicatrização. Em casos de pacientes em ventilação mecânica, é uma das causas de falência orgânica, contribuindo para a diminuição da regeneração do epitélio respiratório e tempo de ventilação prolongado, com resultado de aumento nas taxas de morbidade e na mortalidade<sup>24</sup>.

Cabe ao enfermeiro, através da realização do PE, ao diagnosticar esta necessidade, intervir junto à equipe multiprofissional e buscar alternativas que auxiliem o paciente que apresente necessidades nutricionais afetadas, bem como acompanhar sua evolução ao tratamento previamente estabelecido, solicitando a equipe de Enfermagem que esteja atenta às anotações em balanço hídrico, peso do paciente, e quaisquer intercorrências na administração de dieta, evitando a interrupção de infusão salvo em casos de necessidade.

Quadro 07 – Frequência dos Fatores Relacionados (FR) e Características Definidoras (CD) do Diagnóstico de Enfermagem “Risco de glicemia instável” dos pacientes hospitalizados na UTI

<b>DE: Risco de glicemia instável</b>		
<b>FR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ingestão alimentar insuficiente	48	82,76
Alteração do estado mental	7	12,07
NPVO	3	5,17

Fonte: Dados da Pesquisa. 2016

Segundo NANDA<sup>19</sup> (2015), o diagnóstico Risco de glicemia instável é definido como risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos parâmetros normais. Considerado uma ameaça comum aos pacientes críticos, instiga discussões quanto aos valores ideais para manter o paciente seguro de agravos. Os enfermeiros associaram este DE a fatores como ingestão alimentar insuficiente, alteração do estado mental e NPVO.

A hiperglicemia não diabética era considerada unicamente como uma resposta fisiológica em decorrência de trauma e infecções. Atualmente seu conceito passou a ser entendido como uma resposta metabólica, comum em pacientes gravemente enfermos, diretamente associada à mortalidade em condições críticas como infarto agudo do miocárdio, trauma, cirurgia cardíaca e sepse. Também está associada à disfunção imunológica e endotelial, assim como a alterações de coagulação, distúrbios hidroeletrólíticos, à piora de lesão de órgãos-alvo, alterações na resposta inflamatória e imune, quimiotaxia e fagocitose<sup>25</sup>.

A elevação da glicemia em pacientes críticos ocorre devido a um aumento endógeno da produção hepática, através da liberação de hormônios contra regulatórios como glucagon, epinefrina, hormônio do crescimento e cortisol que estimulam a gliconeogênese hepática. Ainda, estaria relacionada ao aporte glicídico, o que aumenta através de dietas enterais e parenterais<sup>26</sup>. A resistência à ação da insulina nestes pacientes também se deve à liberação de citocinas pró-inflamatórias como interleucina e fator de necrose tumoral alfa, a qual dificulta a resposta de tecidos dependentes de insulina, ocasionando a manutenção de níveis glicêmicos elevados<sup>27</sup>.



Na tentativa de manejo das alterações glicêmicas, a adoção de protocolos de insulina contribui de maneira fundamental com a Enfermagem, além de padronizar anotações de valores no prontuário do paciente, bem como condutas realizadas pela equipe, necessitando para tal o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar<sup>25</sup>.

Neste estudo o Risco de Glicemia instável esteve relacionado à ingestão alimentar insuficiente, NPVO e alterações do estado mental. Esta avaliação vai ao encontro de Brunner e Suddarth<sup>28</sup>, quando, segundo os autores, os principais motivos que levam à hipoglicemia são o excesso de insulina administrada, deficiência na resposta ao glucagon e à epinefrina, rebaixamento do nível de consciência por sedação ou outras causas clínicas, deficiências hormonais, fármacos associados e interrupção do suporte nutricional. A condição hipoglicemia severa leva manifestações como desorientação, convulsões, dificuldade de despertar do sono ou perda da consciência, sendo necessária a correção imediata para evitar danos celulares no sistema nervoso central<sup>25</sup>. No entanto, pouco foi evidenciado como fatores que condicionam estados de hiperglicemia, sugerindo a possibilidade de discussão com o grupo de enfermeiras.

Para esta monitorização e vigilância por níveis ideais, o teste mais utilizado é o de glicemia capilar, por ser de rápida realização e resultado, possibilitando maior eficácia nas intervenções. Em contrapartida, os testes glicêmicos laboratoriais apresentam maior precisão, apesar de demandar de mais tempo para o resultado, devendo ser realizado uma vez ao dia<sup>25</sup>.

Diante do exposto, é fundamental que o enfermeiro reconheça e saiba interagir junto à equipe, a fim de evitar os fatores que levam à instabilidade glicêmica, uma vez que é responsável pela verificação da glicemia, manutenção e ajustes da insulina venosa dentro da UTI<sup>28</sup>.

Quadro 08 – Frequência dos Fatores Relacionados (FR) e Características Definidoras (CD) do Diagnóstico de Enfermagem “Troca de gases prejudicada” dos pacientes hospitalizados na UTI conforme dados obtidos nos prontuários que compuseram a amostra.

<b>DE: Troca de gases prejudicada</b>					
<b>FR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>CD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Desiquilíbrio na relação ventilação/Perfusão	47	100	Gases sanguíneos anormais	34	72
			Dispneia e padrão resp. anormal	6	13
			Cor da pele anormal cianose e taquicardia	4	8
			Evidenciado por SPO <sub>2</sub> diminuído	1	2
			Sonolência	1	2
			Confusão	1	2

Fonte: Dados da Pesquisa. 2016

Alterações no padrão respiratório são comuns em pacientes de UTI. No caso das infecções respiratórias agudas, como a pneumonia, as funções de troca gasosas nos pulmões mudam de acordo com os estágios da doença, resultando em duas alterações pulmonares: diminuição da razão entre ventilação e perfusão; e redução da área de superfície total disponível da membrana respiratória<sup>25</sup>.

Esta condição de saúde exige dos profissionais a obtenção de dados referentes à gasometria, os quais serão imprescindíveis para determinar e ajustar o tipo de suporte ventilatório que melhor irá contribuir no tratamento do paciente<sup>20</sup>, além de serem utilizados para identificação de outras situações que possam envolver outros sistemas, como doenças metabólicas, através da interpretação do funcionamento dos sistemas tampões orgânicos<sup>28</sup>.

Nesse cenário, é indispensável que o enfermeiro esteja apto para coletar e interpretar o resultado da gasometria, subsidiando algumas características definidoras para a identificação de DE relacionados à função respiratória<sup>20</sup>. O DE Troca de Gases Prejudicada é definido por NANDA<sup>3</sup> como o excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.

Conforme os dados coletados, os enfermeiros relacionaram a Troca de Gases Prejudicada ao desiquilíbrio na relação ventilação/perfusão e como características definidoras: gases sanguíneos anormais, ventilação mecânica, dispneia e padrão respiratório anormal, SPO<sub>2</sub> diminuído, cor da pele anormal cianose e taquicardia. Este DE esteve relacionado a inúmeros diagnósticos médicos, não necessariamente a doenças pulmonares como base, mas como complicação de doenças diversas, que podem desencadear dispneia ou taquipneia, levar à

intubação, imobilidade no leito, agitação, exames de gasometria com gases sanguíneos arteriais anormais<sup>22</sup>.

Diante do exposto, e para entender a demanda deste DE, cabe ao enfermeiro durante o processo de cuidar, monitorizar o paciente, ofertar suporte ventilatório, avaliar clinicamente, e ofertar medidas de conforto. Ademais, deve buscar novos conhecimentos para o aprimoramento da sua prática no que diz respeito à interpretação de exames e planejamento de ações voltadas para a estabilização e manutenção da homeostase do paciente em estado crítico, sensibilizando e motivando a equipe de Enfermagem por meio de educação continuada.

## **CONCLUSÃO**

A pesquisa possibilitou determinar a frequência dos DE identificados nos prontuários dos pacientes hospitalizados na UTI, bem como o perfil dos que internam nesta unidade. Revelou predomínio da etnia branca (84,93%), idade superior a 60 anos (46,58%) e maior número de pessoas do sexo masculino (55%). Quanto à frequência dos DE evidenciou-se um total de 29 títulos diagnósticos diferentes nos 73 prontuários analisados. No que se refere à classificação diagnóstica, 14 DE eram de Risco e 15 estavam relacionados ao problema.

Foi constatado divergências na construção do enunciado de alguns diagnósticos por inconsistências na determinação das características definidoras e dos fatores relacionados, evidenciando a necessidade constante de educação continuada e permanência de grupos de estudos.

Neste sentido, destaca-se o comprometimento da instituição hospitalar em viabilizar o processo de implantação do PE, por meio de capacitação de seus profissionais, custeando horas para participação em todas as fases de elaboração/organização deste método de trabalho.

## **REFERÊNCIAS**

1. Conselho Federal da Enfermagem (COFEN), RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 de out de 2009.
2. Conselho Federal da Enfermagem (COFEN), RESOLUÇÃO COFEN Nº 0518/2016 Altera o Item XII - "Situações Previsíveis e Condutas a serem Adotadas" do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se "Quadro de Irregularidades e Ilegalidades", anexo da Resolução Cofen nº 374/2011. Brasília, 15 de jul de 2016.

3. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.
4. Riegel F, Oliveira Junior NJ de. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. *Cogitare Enferm.* 2017; 22(4): 01-05. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.45577>.
5. Potter PA; Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática. 9ªed. São Paulo: Elsevier; 2018.
6. Hospital Regional do Oeste (HRO). **História.** Disponível em: [http://www.relatecc.com.br/hro/?page\\_id=22](http://www.relatecc.com.br/hro/?page_id=22).
7. Viana MLC, Soares SM, Silva PAB. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 21(11):3533. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>.
8. Perreira DS, Nogueira, JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2015; 18(4):893-908. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14123>
9. Oliveira GMM de, Brant LCC, Polanczyk CA, Nascimento BR, Malta DC et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arq. Bras. Cardiol.* 2020;115(3):308-439. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
10. Sociedade Brasileira de Neurologia (SBN). Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia. Disponível em: <http://portalsbn.org/portal/>.
11. Cardoso ACG, Rosso JA, Silva RM. Pneumonia adquirida na comunidade em indivíduos hospitalizados: estudo comparativo entre adultos jovens e idosos. *Arq. Catarin. Med.* 2013; 42(1):50-55. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1212.pdf>
12. Cupurdija V, Lazic Z, Petrovic M, Mojsilovic S, Cekerevac I, Rancic N, et al. Penumonia adquirida na comunidade: economia de cuidados médicos, em relação à gravidade clínica. *J Bras Penumol.* 2015;41(1):48-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132015000100007>.
13. Andrade RZ, Resende MC de. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Perspectivas em Psicologia.* 2014;18(1):194-213. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/29352>
14. Jomar RT, Jesus RP, Jesus MP, Gouveia BR, Pinto EN, Pires AS. Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva oncológica. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(6):1490-1495. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0356>.
15. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2693. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0782.2693>.

16. Ferreira LL, Azevedo LMN, Salvador PTCO, Morais SHM, Paiva RM, Santos VEP. Nursing care in Healthcare-Associated Infections: a Scoping Review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):476-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>.
17. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
18. Martins T, Amante LN, Virtuoso JF, Girondi JBR, Nascimento ERP do, Nascimento KC do. Pré-operatório de cirurgias potencialmente contaminadas: fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico. *Acta paul. Enferm.* 2017; 30(1):16-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700004>.
19. Barros MMA, Pereira FD, Cardoso FN, Silva RA. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. *Universitas: Ciências da Saúde*, 2016; 14(1): 15-21. DOI: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i1.3411>
20. Costa TM, Domingos MM, Silva BC, Souza Neto VL, Negreiros RV, Silva RA. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pacientes com esclerose múltipla. *Rev Cubana Enferm.* 2017;33(3). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1331>
21. Colleti Junior J, Araujo OR, Andrade AB, Carvalho WB. Práticas relacionadas à avaliação de sedação, analgesia e delirium entre pediatras intensivistas no Brasil. *Einstein.* 2020;18:eAO5168. DOI: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020ao5168](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5168).
22. Azevedo AS, Oliveira DC, Soares PKD, Jones KM, Soares FBDS, Silva JNS, Soares WDS. Perfil nutricional de pacientes adultos e idosos hospitalizados. *Saúde e Pesquisa.* 2016; 9(1):25-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n1p25-29>
23. Santos HVD, Araújo IS. Impacto do aporte proteico e do estado nutricional no desfecho clínico de pacientes críticos. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2019;31(2):210-216. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20190035>.
24. Cunha HF, Rocha EE, Hissa M. Necessidades proteicas, morbidade e mortalidade no paciente grave: fundamentos e atualidades. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013;25(1):49-55. DOI: 10.1590/S0103-507X2013000100010.
25. Silva WO. Controle glicêmico em pacientes críticos na UTI. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.* 2013;12(3):47-56. DOI:10.12957/rhupe.2013.7530
26. Quel RM, KVA KV, SPCS SP. Hipoglicemia e seus fatores de risco na infusão contínua de insulina em pacientes críticos. *Rev Cubana Enferm.* 2019. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2174>
27. Zauner A, Nimmerrichter P, Anderwald C, Bischof M, Schiefermeier M, Ratheiser K, Schneeweiss B, Zauner C. Severity of insulin resistance in critically ill medical patients. *Metabolism.* 2007;56(1):1-5. DOI: 10.1016/j.metabol.2006.08.014. PMID: 17161218.

28. Brunner LS. Histórico e cuidados aos pacientes com diabetes melito. In: Brunner LS, Suddarth DS. tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.





## CAPÍTULO 5

### APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DISTANCIAMENTOS E APROXIMAÇÕES DO ENSINO ACADÊMICO

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt  
Priscila Biffi  
Andressa Reginatto Percisi  
Taize Sbardelotto  
Sara Letícia Agazzi

#### INTRODUÇÃO

Considerado como o instrumento que norteia o cuidado desenvolvido pelo profissional enfermeiro, o Processo de Enfermagem (PE) é diante de seu caráter científico o modelo assistencial que potencializa a qualificação da gestão do cuidado e seu respectivo planejamento, servindo de guia para suas ações e de sua equipe.<sup>1</sup> Neste sentido, metodologicamente é estruturado por meio de cinco fases, que de acordo com a Resolução do Conselho Federal da Enfermagem (COFEN) 359/2009 são: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem.<sup>2</sup> Estas etapas compõem um processo que tem por finalidade a identificação das necessidades do usuário objetivando e direcionando as ações profissionais.<sup>3</sup>

Assim sendo, a utilização desta ferramenta de cuidado, em virtude de sua relevância, deve conduzir ao fomento de estratégias pedagógicas para a preparação dos profissionais enfermeiros, no que tange ao aporte teórico, habilidades técnicas e relacionais imbricados no desenvolvimento das ações de cuidado estabelecidas pelo PE.<sup>2</sup> Frente a isso, estudos demonstram a qualificação profissional mediante a aplicabilidade do PE na práxis visto que, a utilização deste instrumento científico embasando o cuidado prestado e a padronização de seu registro possibilita a valorização da categoria.<sup>4,5</sup>

Dessa forma, é fundamental que enfermeiros(as) se tornem *experts* no desenvolvimento desta prática cotidiana. Logo, considerando a magnitude do PE expressa no cuidado de Enfermagem e seu retorno positivo para a profissão, há necessidade de explorar o tema durante a graduação, aproximando o estudante deste conteúdo e, principalmente, inserindo-o na prática, garantindo que possa desenvolvê-lo em suas vivências junto aos serviços de saúde.<sup>4</sup> Enseja-se, também, que o estudante possa reconhecer sua importância, reproduzindo, quando egresso, a aplicabilidade do PE com a abrangência que se impõe nos diversos níveis de atenção à saúde,

com a responsabilidade profissional que eticamente se determina e fundamentalmente com os resultados assistenciais que evidenciem a satisfação dos usuários.<sup>5</sup>

Em virtude disso, dada a importância do tema na prática acadêmica, questiona-se: Será que o Processo de Enfermagem que se ensina na academia é efetivamente aplicado à prática, isto é, será que a teoria do PE se alia a prática do serviço de saúde na interface da academia com os serviços? Portanto, implicado com este cenário prático da Enfermagem, o estudo tem como objetivo descrever como se configura a aplicação do aprendizado do PE na prática de estudantes de Enfermagem de cursos de graduação de uma cidade do Oeste Catarinense.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com professores de Enfermagem de três Instituições de Ensino Superior (IES) de uma cidade do Oeste Catarinense, desenvolvido em fevereiro e março de 2015.

Os participantes do estudo foram abordados após contato com os(as) coordenadores(as) dos cursos, por meio dos(as) quais se obteve uma lista de todos os professores vinculados a componentes curriculares (CCR) específicos da Enfermagem. De posse da lista, as pesquisadoras fizeram contato com os(as) professores(as) por telefone e ou online, visando primeiramente saber sobre o interesse em participar do estudo e por fim pactuar com estes(as) o melhor momento para a realização da coleta de dados. Totalizaram 45 professores(as) enfermeiros(as) participantes da pesquisa. Adotaram-se como critérios de inclusão: professores de CCR da área da Enfermagem tendo-o(s) ministrado(s) por no mínimo um semestre no respectivo curso. Para exclusão questionou-se aos participantes sobre a aderência da temática no(s) CCR, sendo excluídos aqueles que declararam não trabalhar com o Processo de Enfermagem (PE).

As IES receberam o codinome de “primeira”, “segunda” e “terceira” instituição, com o intuito de preservar suas identificações. Assim, obteve-se as seguintes participações:

- Primeira IES: o total de professores inscritos na listagem obtida somou 25 e destes(as) 23 participaram do estudo, sendo que uma professora se encontrava em licença gestação e outra era uma das pesquisadoras.
- Segunda instituição: totalizou 25 professores(as) e 18 participaram do estudo. As não participações relacionaram-se a: uma aposentadoria, dois afastamentos para capacitação

docente, uma recém-contratada e duas que não aplicavam o PE e, por fim, uma que não aceitou.

- Terceira instituição: totalizou 15 professores(as) sendo que, destes, apenas 4 participaram da pesquisa. Ressalva-se que na terceira instituição havia na lista disponibilizada três professores(as) que trabalhavam concomitantemente na segunda IES. Desta forma, duas delas recusaram-se a participar duplamente, justificando que o que sinalizariam para uma das IES corresponderia similaridade a outra instituição a qual estavam vinculadas. Entretanto, a última já havia recusado participar na segunda IES, mantendo sua posição para a terceira IES. Na terceira instituição, de forma ímpar, houve oito opções por não participar do estudo. Apesar disso, é importante salientar que as pesquisadoras se mostraram completamente disponíveis em atender a estes professores(as) da forma que melhor lhes conviesse. No entanto, não aceitaram.

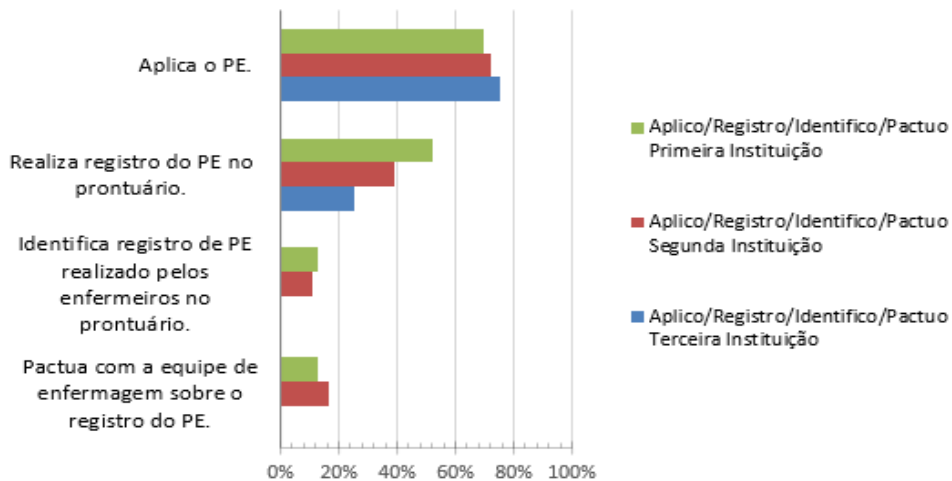
Releva-se a importância de sinalizar que na referida cidade existem somente estas três IES que oferecem Curso de Graduação em Enfermagem, o que favoreceu às pesquisadoras a obtenção de uma descrição sobre o ensino do PE na totalidade das instituições do município. Portanto, o desenho do ensino do PE nas IES proporcionou um parecer sobre uma localidade na qual a saúde vem crescentemente se desenvolvendo, acompanhando o desenvolvimento político e econômico.

Os(as) que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O instrumento de coleta de dados usado foi um questionário fechado com uma escala *lickert* cujas opções para descrever o que se propunha diante da variável apresentada oscilaram entre aplicação total e não aplicação da variável em foco. Os respondentes do instrumento tiveram acesso a ele no local e horário de sua escolha para respondê-lo. As pesquisadoras aguardaram seu preenchimento ou o receberam em outro momento, conforme a disponibilidade e desejo dos participantes. Para análise de dados utilizou-se a estatística descritiva apresentando-se suas frequências absolutas e relativas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob parecer: 836044.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos serão apresentados em gráficos, os quais serão posteriormente discutidos com base na literatura.

Gráfico 1: Aplicação e registro do Processo de Enfermagem (PE) na prática em campo.

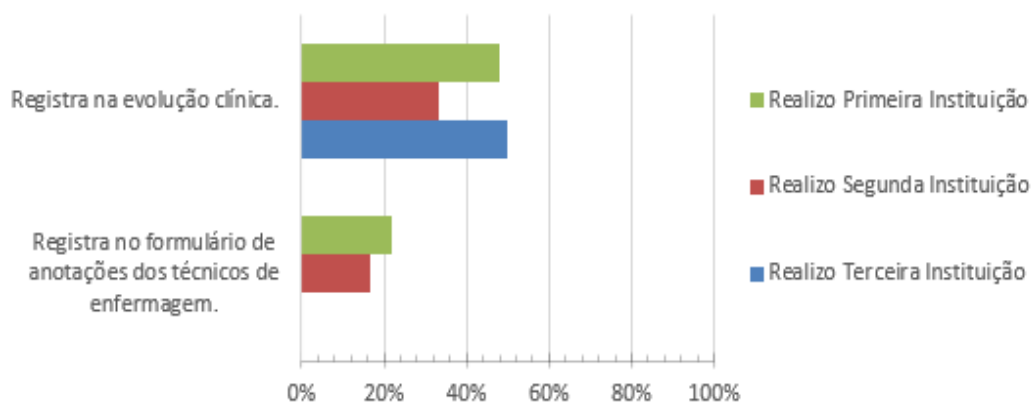


Fonte: Dados da pesquisa

Quanto a esta temática, no que tange à variável que verifica a aplicação do Processo de Enfermagem (PE), 16 (69,5%) dos respondentes da primeira instituição sinalizaram que aplicam o PE; enquanto na segunda 13 (72,2%) e na terceira (75%). No que condiz à variável do registro do PE no prontuário na prática em campo, obteve-se: 12 (52,1%) na primeira, 7 (38,8%) na segunda e (25%) na terceira. Quanto à identificação do registro do PE realizado pelos enfermeiros(as) da instituição nos prontuários, 3 (13%) dos respondentes da primeira instituição identificaram este registro, na segunda 2 (11,1%), para a terceira não houve respondentes.

Por fim para a variável que evidencia a existência de pactuação com os(as) enfermeiros(as) sobre o registro do PE 3 (13%) da primeira e 3 (16,6%) da segunda se ocupam com esta articulação, enquanto 4 (100%) da terceira instituição referem não dialogar sobre este aspecto.

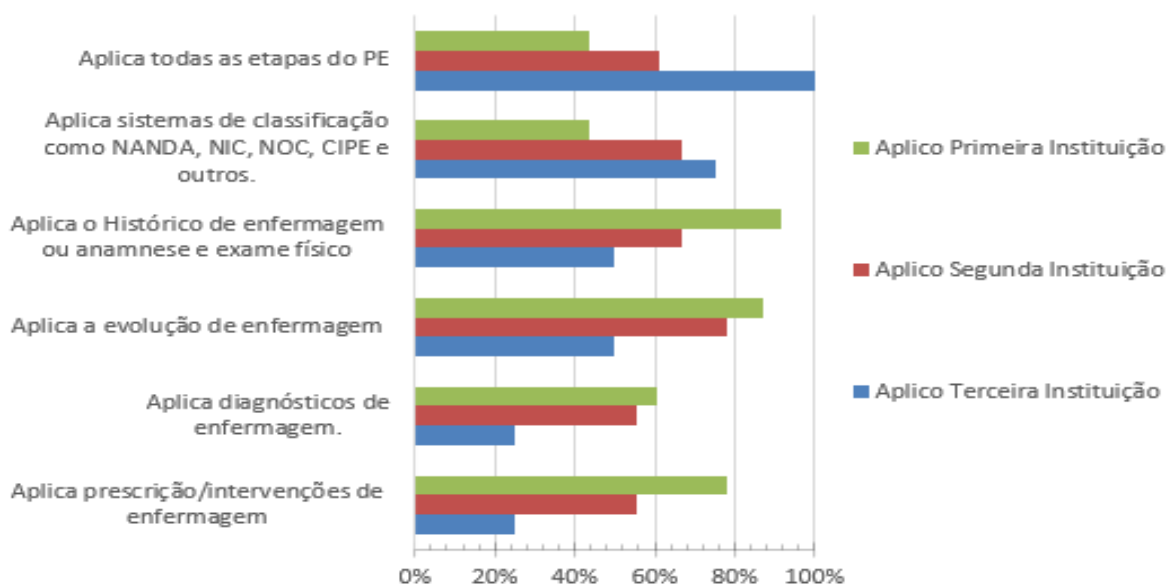
Gráfico 2: Local de Registro do PE



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao local em que estudantes registram no prontuário do usuário, 11 (47,8%) da primeira instituição, 6 (33,3%) da segunda e 2 (50%) da terceira responderam que o fazem na evolução clínica. Quanto a registrar as informações na folha dos técnicos de Enfermagem que consta no prontuário do usuário, obteve-se: primeira instituição 5 (21,7%), segunda 3 (16,6%) e zero na terceira.

Gráfico 3: Caracterização da aplicação/registro do PE em sala de aula e em campo.



Fonte: Dados da pesquisa.

Na caracterização da aplicação do PE em sala de aula e em campo, a execução de todas as etapas é realizada por 10 (43,4%) dos respondentes da primeira instituição, 11 (61,1%) da segunda e 4 (100%) da terceira.

No que se refere à utilização de sistemas de classificação como *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Interventions Classifications* (NIC), *Nursing Outcomes Classifications* (NOC), Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) e outros, evidencia-se que, na primeira IES, 10 (43,4%) utilizam, enquanto na segunda, 12 (66,6%) e 3 (75%) da terceira instituição afirmam a apropriação destes sistemas.

Quanto à realização do Histórico de Enfermagem ou anamnese e exame físico, na primeira instituição 21 (91,3%) referem realizá-lo, enquanto na segunda instituição 12 (66,6%) e na terceira instituição 2 (50%). No que se refere ao registro da Evolução de Enfermagem, na primeira instituição 20 (86,9%) o fazem, já na segunda IES 14 (77,7%) e na terceira, 2 (50%). Quanto à elaboração de Diagnósticos de Enfermagem, 14 (60,8%) da primeira instituição, 10 (55,5%) da segunda e 1 (25%) da terceira responderam que os elaboram. Por fim, a realização



da Prescrição/Intervenção de Enfermagem é feita por 18 (78,2%) dos respondentes da primeira instituição, 10 (55,5%) da segunda instituição e 1 (25%) da terceira.

Com os resultados obtidos, evidencia-se que o PE é uma prática executada pela maior parte dos estudantes das Instituições de Ensino Superior (IES) pesquisadas, com percentuais superiores a 50%. Embora esta seja uma realidade favorável no que tange à aplicação da metodologia de assistência de Enfermagem, não se pode prescindir de sua execução, pois além de nortear o cuidado de Enfermagem, consiste em resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Desta forma, cabe refletir sobre os possíveis motivos pelos quais estudantes de Enfermagem não aplicam o PE em suas atividades práticas. É possível pensar em relação ao direcionamento e à valorização dessa prática no ensino de graduação ou, por outro lado, na própria instituição de saúde, que eventualmente não disponha de estrutura para que o estudante o efetive.<sup>3</sup>

Sendo o PE um importante instrumento científico que orienta os profissionais sobre as decisões a serem tomadas e permite que visualizem e avaliem os resultados do processo de cuidar, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação individual, familiar e comunitária, é de suma relevância que sua aplicação seja efetivada desde a graduação, visando à aproximação para o estudante ao que se configura legalmente como seu instrumento de trabalho.<sup>6,7</sup>

A literatura aponta como obstáculos à implementação do PE, o distanciamento entre o saber e o fazer do estudante, sendo este desencadeado pela verticalização dos processos pedagógicos no âmbito acadêmico e dos serviços de saúde, o que pressupõe a ausência da educação permanente e de uma prática integradora.<sup>8</sup> Obviamente que a natureza dos métodos de ensino aprendizagem designados na academia, tal qual a interlocução entre serviço e instituição de ensino, são elementos fundamentais. Contudo, de maneira particular, compreender o processo de trabalho nas instituições de saúde que funcionam como escola para o estudante é questão *sine qua non*, justamente porque estas consistem em modelo na aplicabilidade do PE.

Desta forma, estudos asseguram que serviços de saúde desempenham papel importante na construção do saber. Logo, gestores destas instituições carecem de compreender aos processos de transformações que envolvem o cuidar. Para que o PE seja efetivado é importante refletir sobre alguns pontos como, por exemplo, o número de profissionais atuantes no ambiente e a atualização deles por meio de programas de educação permanente, o que possibilita ao

profissional maior aceitação e adaptação às mudanças, bem como garantia de conhecimento para suas práticas.<sup>9</sup>

Merece destaque também, no que implica a este debate acerca da aplicabilidade do PE em prática acadêmica de campo, a questão relativa ao registro desta metodologia assistencial nos prontuários. Neste sentido, o estudo em foco evidenciou percentuais alarmantemente baixos, com exceção de uma das IES cujo valor foi superior a 50%. Essa situação se repete e se agrava no campo de prática, onde os registros dos(as) enfermeiros(as) do hospital, onde as IES desempenham suas atividades práticas, indicam que não o realizam. E, por fim, as pesquisadoras ocuparam-se em demonstrar a existência de articulação entre academia e serviço de saúde no que tange ao diálogo sobre os registros realizados, observando-se falta significativa desta iniciativa.

Diante desta realidade, constata-se que, considerando a relevância do profissional enfermeiro para o cuidado ao indivíduo nos serviços de saúde, faz-se necessário a aproximação e inserção do PE no âmbito da prática da Enfermagem, possibilitando uma maior visibilidade da aplicação deste método oriundo do trabalho destes profissionais. Isso oportunizaria uma melhor compreensão das ações de Enfermagem por parte dos estudantes, da equipe de Enfermagem e da equipe multiprofissional.

Estas ações, possibilitam ao estudante aproximação com o contexto dos usuários e das necessidades de saúde, instigando a reflexão sobre o objeto de aprendizagem, inclusive sobre a utilização do PE como instrumento norteador para a prática. Configura-se, assim, para o estudante, um processo de formação profissional no qual ele é capaz de olhar os usuários individualmente e com suas peculiaridades, pactuando cuidados e percebendo resultados da sua prática, julgando clinicamente e criticamente a eficácia destas ações.<sup>10,11</sup>

Na formação dos profissionais da área da saúde, a aliança com serviços de saúde é demanda naturalizada em resultado das expectativas de uma formação de excelência pautada nas realidades de saúde das regiões das IES. Em razão disso, é imprescindível que se estabeleça, a partir desta associação, uma vinculação que ultrapasse os limites dos elementos legais e éticos e se constituam parcerias que perpassem conhecimento, desenvolvimento de habilidades e troca de experiências, o que torna fluído todo o processo de integração ensino e serviço.

Assim é importante que ocorram debates sobre a prática entre estas instituições com o intuito de promover estímulos e qualificar a todos. Esta aproximação entre os dois cenários

deve ser entendida como um meio de provocar transformações da realidade existente, tal qual a atualização de conceitos e de concepções das práticas instituídas. Para tanto, se percebe a importância de reduzir as resistências para incorporação de novas formas de pensar a fim de implementar novas práticas.

Porém, para que isto ocorra é fundamental que se estabeleça uma responsabilidade compartilhada, que os serviços e IES compreendam que é no processo de colaboração que se alcançará os objetivos propostos. Quanto a esta peculiaridade, entende-se que existam dificuldades inerentes à parceria estabelecida entre academia e serviço de saúde, como a divergência de interesses entre as instituições ou a disposição da estrutura dos serviços, além de outras questões para as quais se deve direcionar um olhar crítico. Olhar e avaliar criticamente para essas dificuldades permite que se busque as melhorias necessárias para facilitar a troca de conhecimentos e possibilidades entre as instituições, promovendo mais qualidade em seus atendimentos e favorecendo a formação de profissionais qualificados e comprometidos com a prática, bem como alinhados com as realidades locais e regionais.<sup>12</sup>

No aprofundamento da discussão que mostra a aplicabilidade do PE em prática, é fundamental analisar, para além da existência dos registros do PE, o local onde este registro é implementado. Neste sentido, questiona-se sobre o registro do estudante ser feito na folha de evolução clínica do usuário ou na folha de registro de anotações de técnicos e auxiliares de Enfermagem. Evidenciou-se que uma parcela dos respondentes indicou o uso da folha de registro dos profissionais de nível médio para a realização do registro do PE. Esta realidade demanda reflexão, visto que o registro do PE na folha de anotações de auxiliares e técnicos configura um desvio do papel do enfermeiro, com sua consequente desvalorização profissional. Isso porque, enquanto, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas dentre outros profissionais da equipe de saúde usam a folha de evolução clínica, o enfermeiro não a utiliza. Vale ressaltar que, no hospital onde as IES realizam suas atividades práticas, é uma demanda da direção de Enfermagem o registro do PE na folha de anotações da equipe de nível técnico. Para essa atitude, a justificativa é que administrativamente se adotou esta conduta já há muitos anos e que, na atualidade, não haveria aceitação em modificá-la. Porém, como o hospital está sendo informatizado, consta que esta situação vai forçosamente modificar.

Aprende-se que esta falta de uniformização do registro do PE pode resultar em uma série de dificuldades, seja para a continuidade da assistência, quanto para a organização do setor. Portanto, o registro do PE é de suma importância, pois além de subsidiar o cuidado,

esclarece a sua realização, além de conferir à profissão a avaliação da eficácia e a eficiência dos cuidados ofertados.<sup>13</sup> Assim sendo, entende-se que há o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre sua importância no processo de cuidar e a relevância de registrar estes cuidados, porém, no cotidiano isso não ocorre.

A literatura também mostra que isto não ocorre na prática, pois há ausência e/ou pouca qualidade desses registros, prejudicando a continuidade e a avaliação da assistência, bem como a desvalorização do cuidado e do serviço da Enfermagem. Portanto, é possível verificar que efetivar este registro de maneira uniforme e completa garante maior visibilidade e reconhecimento aos profissionais enfermeiros.<sup>2,14,15</sup>

Na sequência, ao se analisar a realização dos registros das etapas do PE que são desenvolvidos nas instituições participantes, pesquisou-se estes registros tanto em sala de aula quanto em campo. Evidenciou-se a aplicação total das etapas para uma das instituições e parcialidade na aplicação das etapas pelas outras duas instituições.

Neste quesito, apesar da sinalização que a totalidade ou parte dos professores das instituições de ensino aplicam todas as etapas do PE, ao serem questionados quanto ao detalhamento destas, ficou explícito que a aplicação prática de todas as etapas do PE não se efetiva. Sobressaindo, em especial para duas das IES, a realização do Histórico de Enfermagem, evolução e prescrição de cuidados. Quanto ao Diagnóstico de Enfermagem observa-se também de forma mais preponderante que esta etapa é realizada em duas IES, exatamente as mesmas que mais se apropriam das demais etapas do PE.

Frente ao exposto, segundo a Resolução do COFEN 358/2009, o PE constitui-se em etapas “inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes”,<sup>2</sup> necessitando da aplicação de todas as cinco etapas, sendo estas: a Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), momento do processo destinado a obter informações sobre o usuário, família ou comunidade; o Diagnóstico de Enfermagem, segundo momento do processo, em que ocorre a junção e interpretação dos dados coletados na primeira etapa, que através do julgamento clínico realizar-se-á a tomada de decisão sobre os Diagnósticos de Enfermagem, e posteriormente a seleção das intervenções para alcançar os resultados. O Planejamento de Enfermagem, terceiro momento do processo, tendo como finalidade a determinação dos resultados a serem alcançados e a discussão sobre as intervenções a serem propostas; a implementação, quarto momento do processo, destinado a colocar em prática as ações ou intervenções estabelecidas anteriormente; e como quinto momento, a Avaliação de Enfermagem, que tem como finalidade analisar se os

diagnósticos e intervenções propostas alcançaram os resultados esperados, assim como a possível necessidade de adaptação, ou não, nas etapas anteriores.<sup>2</sup>

Em virtude destes aspectos, autores afirmam que somente diante da aplicação completa do PE pode-se identificar as necessidades do usuário e visualizar a intervenção adequada, pois quando parte deste não é realizado, as fases seguintes podem ser prejudicadas.<sup>16</sup> Neste contexto, se considera a Evolução de Enfermagem que oferece subsídios para a continuidade da assistência de Enfermagem, para a execução dos cuidados e para a avaliação da assistência. Nela, o Diagnóstico de Enfermagem tem papel crucial, o que aumenta a necessidade de que estejam completos. Quando isso não ocorre na prática, afeta a elaboração adequada das intervenções e dos Resultados de Enfermagem sendo, portanto, essencial que o enfermeiro se qualifique para realizá-lo.<sup>14</sup>

Portanto, a realidade estudada mostra uma consonância com o que a literatura sinaliza e, em sendo frágil para algumas das variáveis debatidas, reporta a motivação quanto ao pensar criticamente sobre os processos de ensino aprendizagem e sobre a aplicação efetiva do PE na prática.

## **CONCLUSÃO**

Compreendido como base para a efetividade do cuidado, é indispensável a aplicação do Processo de Enfermagem (PE). Dessa forma, é papel da academia instigar no estudante a utilização de todas as etapas do PE em sala de aula e no campo de práticas, percebendo este espaço como um meio de ensinar e consolidar o PE durante a formação acadêmica e, conseqüentemente, na sua futura vida profissional.

Entretanto, para que isto se efetive é fundamental o apoio da instituição provedora do campo de estágio, a qual necessariamente deve acompanhar os avanços junto com as instituições de ensino, para que seja possível garantir um ambiente em que se possa desenvolver este instrumento de cuidado e formar profissionais capazes para aplicá-lo.

A partir deste estudo pode-se perceber fragilidades na aplicabilidade do PE visto que, embora haja mobilização das IES no ensejo de implementá-lo na prática em campo, esta não é total e absoluta. Tal situação configura uma preocupação, pois, se há um instrumento de cuidado já estabelecido para ser utilizado nas instituições de saúde, o qual permite o desenvolvimento da assistência com qualidade comprovada cientificamente e garante a efetividade dos resultados esperados, por que temos muitos ainda não o fazem?

Dessa maneira, conclui-se que, para que o PE seja realmente efetivo, é indispensável rever as estratégias de ensino aprendizagem desse instrumento nos cursos de graduação em Enfermagem e sua aplicação prática, rever e fomentar articulação dos serviços de saúde com as IES, conhecendo as realidades destes serviços, suas potencialidades e fragilidades em relação a esta práxis.

## REFERÊNCIAS

1. Sousa BVN, Lima CFM, Félix NDC, Souza FO. Benefits and restrictions of systematization of nursing assistance in health management. *J. Nurs. Health.* [Internet]. 2020 [cited 2020 out 14];10(2):e20102001. DOI: 10.15210/JONAH.V10I2.15083
2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen-358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)
3. Pissaia LF, Costa AEK da. Interconexões entre Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepções de estudantes. *Res. Soc. Dev.* 2019;8(10):e388101398. DOI: 10.33448/rsd-v8i10.1398.
4. Adamy EK, Zocche DAA, Almeida MA. Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de Enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2020;41(esp):e20190143. DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20190143.
5. Mota BAM, Lanza FM, Cortez DN. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Salud. Pública.* 2019;21(3):1-9. DOI: 10.15446/rsap.V21n3.70291.
6. Dias LB, Duran ECM. Atitudes dos enfermeiros frente ao Processo de Enfermagem de um hospital público: estudo descritivo. *Rev. Enferm. UERJ.* 2018;26:e26412. DOI: 10.12957/reuerj.2018.26412.
7. Quaresma A, Xavier DM, Vaz MRC. Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual. *Rev. Enferm. UERJ.* 2019;27:e37862. DOI: 10.12957/reuerj.2019.37862.
8. Jardim MJA, Meneses ARC, Goiabeira YNLA, Menezes EG, Lima ABS, Neto ML. Difficulties of the nursing academics regarding the nursing care systematization applicability. *Rev. Fund. Care Online.* 2019;11(1):181-185. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.181-185.
9. Viana MRP, Silva IMB, Ferreira TRS, Amorim FCM, Soares EO. The Operation of the Nursing care Process in the Intensive care Unit Maternal. *Rev Fund Care Online.* 2018;10(3):696-703. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.696-703.
10. Fraga TF, Matos E, Costa R, Salum NC, Maliska ICA. Processo de Enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos enfermeiros. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(3):e4600016. DOI: 10.1590/0104-070720180004600016.



11. Moura RMA, Beserra PJF, Medeiros FAL, Nóbrega MML. Cross-mapping of nursing diagnoses/outcomes using ICNP®: a methodological study. *Online Braz. J. Nurs.* [Internet]. 2018 [cited 2020 out 14];17(3):1-11. DOI: 10.17665/1676-4285.20186226
12. Khalaf DK, Reibnitz KS, Vendruscolo C, Lima MM, Oliveira VBCA, Correa AB. Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas *Rev. Enferm. UFSM.* 2019;9(e9):1-20. DOI: 10.5902/2179769231464.
13. Martins LS, Ferronato CCS, Silva TM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídio para autonomia do enfermeiro. *Rev. Saberes UNIJIPA.* [Internet]. 2018 [cited 2020 out 14];8(1):119-134. Available from: <https://unijipa.edu.br/wp-content/uploads/Revista%20Saberes/ed8/10.pdf>
14. Nascimento ALG, Coelho EN, Fernandes FECV, Lira GG, Mola R. Percepção do profissional de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Enferm Bras.* [Internet]. 2018 [cited 2020 out 14];17(6):1-8. DOI: 10.33233/eb.v17i6.2459
15. Bonfada MS, Moura LN, Soares SGA, Pinno C, Camponogara S. Autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. *Enferm Bras.* [Internet]. 2018 [cited 2020 out 14];17(5):1-9. Available from: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1503/4148>
16. Melo LS, Figueiredo LS, Pereira JMV, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Efeito do programa educativo na qualidade do registro do Processo de Enfermagem. *Acta Paul. Enferm.* 2019;32(3):246-253. DOI: 10.1590/1982-0194201900034.

## CAPÍTULO 6

### QUALIDADE DE VIDA NA PERSPECTIVA DE ESTUDANTES QUE VIVENCIAM O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: FLORES E PEDRAS NO CAMINHO

Célia Regina Machado Recktenvald  
Crhis Netto de Brum  
Samuel Spiegelberg Zuge  
Ariane da Cruz Guedes

#### INTRODUÇÃO

O ingresso na Universidade tem sido um dos grandes desafios enfrentados pelos estudantes, especialmente, no que tange o local em que realizam o curso de graduação, pois normalmente é distante da sua cidade de origem, o que pode dificultar a sua adaptação. Esta adaptação remete, também, a sua inserção em uma nova cultura, a problemas financeiros e emocionais, que na maioria das vezes, podem levar o estudante a uma mudança em seu estilo e na sua qualidade de vida<sup>1</sup>.

A qualidade de vida é conceituada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Tal definição é composta de seis domínios: o físico, o psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e o espiritual<sup>2,3</sup>.

Assim, o cotidiano acadêmico acarreta modificações no estilo de vida pessoal, tais como: sedentarismo, poucas horas de sono, má alimentação, crises hipertensivas. Por vezes, faz-se necessário acompanhamento médico e uso de medicamentos<sup>4</sup>. Esses aspectos não são diferentes para o estudante de Enfermagem, uma vez que tais acadêmicos vivenciam sobrecargas de trabalho semelhantes à dos profissionais já inseridos no mercado de trabalho. Isso sinaliza para reflexões quanto a possíveis comprometimentos de saúde durante a vida acadêmica, profissional e pessoal<sup>4</sup>.

Além disso, o estudante de Enfermagem, na maioria das vezes, enfrenta situações de cunho financeiro, familiares, de saúde, assim como questões relacionadas ao cotidiano do curso, como sentimentos de dor, angústias e o encontro com a morte de pessoas que estão sobre seus cuidados. A Enfermagem é uma graduação que necessita de atividades práticas, as quais ocasionam, muitas vezes, por não se sentirem preparados, sentimentos como: estresse, medo,

ansiedade, bem como pelo fato de não ter experiência em vivenciar situações críticas e de desgastes físicos<sup>5</sup>. Nesse sentido, torna-se oportuno observar que o acadêmico do curso de Enfermagem se encontra em uma fase da vida com possibilidades de mudanças e de novas expectativas, o que pode causar profundos reflexos na sua qualidade de vida atual e futura<sup>4</sup>.

Justifica-se este estudo, pois é a partir do reconhecimento das situações presentes durante a formação do enfermeiro que se pode potencializar ou interferir na qualidade de vida, comprometendo a saúde física e mental, profissional, espiritual, social, política e econômica<sup>5</sup>.

Diante do exposto, apresenta-se como pergunta de pesquisa: qual a percepção sobre a qualidade de vida de estudantes que vivenciam o curso de graduação em Enfermagem? Diante disso, esse estudo objetivou compreender como os estudantes do curso de graduação em Enfermagem percebem a qualidade de vida em seu cotidiano de ensino-aprendizagem.

## **METODOLOGIA**

Investigação qualitativa exploratório-descritiva, desenvolvida com 16 estudantes matriculados no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Foram incluídos estudantes de Graduação em Enfermagem a partir da sexta fase do curso, em virtude de já terem realizado vivências/experiências sobre o cuidado de Enfermagem, como as aulas teórico práticas, participação em projetos de pesquisa e extensão, bem como estágio supervisionado em serviços de saúde. Foram excluídos da pesquisa os estudantes que estavam realizando algum componente do domínio comum e que estivessem desenvolvendo outra graduação, concomitante a de Enfermagem.

Destaca-se que a UFFS, em sua estrutura pedagógica, dispõe de três domínios para distribuição dos Componentes Curriculares (CCR), quais sejam: Domínio comum, que integra CCR como História da Fronteira Sul, Leitura e produção textual, dentre outros. Esse domínio perpassa todos os Cursos da Instituição. Já o Domínio conexo é um articulador entre os Cursos de uma mesma área, integrando CCR como patologia, farmacologia, genética entre outros. O Domínio específico versa sobre a singularidade e particularidade de cada curso em que o CCR se centra, no caso da Enfermagem, nas habilidades e competências do processo formativo para o ser enfermeiro como a exemplo: Contexto social e profissional I, II e III.

A etapa de campo foi desenvolvida concomitante a de análise, a fim de identificar a repetição das informações,<sup>6</sup> à qual contribuiu findar esse momento. Como a produção dos dados

foi desenvolvida por uma dinâmica grupal, os estudantes foram divididos, aleatoriamente, em dois grupos. O primeiro, contemplou nove estudantes e o segundo, sete acadêmicos.

Para a produção dos dados foi utilizada a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS), fundamentada no Método Criativo e Sensível (MCS)<sup>7</sup>. No presente estudo, foi desenvolvida a dinâmica do Mapa Falante, que se caracteriza como produção artística, visto que consiste na construção de um mapa desenhado pelos participantes a fim de explicitar o objetivo do estudo. Tal dinâmica propõe um espaço de discussão coletiva, em que a experiência vivenciada é abordada por meio de uma Produção Artística (PA)<sup>7</sup>.

A distribuição do tempo de cada dinâmica foi de aproximadamente uma hora: 15 minutos para a Apresentação e Esclarecimento sobre a DCS (1° e 2° momentos); 15 minutos para a PA (3° momento); 30 minutos para a apresentação da PA e codificação e decodificação - subtemas geradores de debate, análise coletiva e validação e recodificação (4° e 5° momentos), conforme Quadro 1.

As questões geradoras de debate foram: Como me vejo hoje como estudante(a) de graduação do curso de enfermagem? O que significa qualidade de vida para mim? Como é a minha qualidade de vida? Não houve necessidade de alteração nas questões.

Quadro 1 - Descrição da DCS Mapa Falante sobre a qualidade de vida de estudantes que vivenciam o curso de graduação em Enfermagem.

Questões geradoras de debate: Como me vejo hoje como estudante(a) de graduação do curso de Enfermagem? O que significa qualidade de vida para mim? Como é a minha qualidade de vida?							
Dinâmica Mapa Falante	Participantes na condução da dinâmica	Acadêmicos	Primeiro momento	Segundo momento	Terceiro momento	Quarto momento	Quinto momento
02 de setembro de 2014	1 coordenadora 2 auxiliares de pesquisa	5 da sexta fase 4 da oitava fase	Apresentação e Esclarecimento sobre a DCS. Apresentação dos participantes e entrega dos crachás	Elaboração da PA individual em grupo	Apresentação das produções Codificação e decodificação Subtemas geradores de debates	Análise coletiva	Validação
9 de setembro de 2014	1 coordenador 1 auxiliar de pesquisa	3 da sexta fase 4 da oitava fase	Apresentação e Esclarecimento sobre a DCS. Apresentação dos participantes e entrega dos crachás	Elaboração da PA individual em grupo	Apresentação das produções Codificação e decodificação Subtemas geradores de debates	Análise coletiva	Validação recodificação

Fonte: elaborado pelos autores.

Para manter o sigilo dos participantes, optou-se em denominá-los pela letra arábica “E” de estudante, E1, E2, E3, sucessivamente. O local para a realização da dinâmica, bem como o

horário foram predefinidos em conjunto com os potenciais sujeitos da pesquisa e pesquisadora, os quais utilizaram uma das salas do *Campus* da Universidade. Os dados foram analisados conforme a Análise de Discurso francesa<sup>8</sup>. Este processo consistiu em analisar as unidades do texto para além do conteúdo explícito da frase, o que possibilitou a leitura dos interdiscursos, valorizando a relação de sentidos na interação com o outro, levando em consideração sua historicidade. Salienta-se que a transcrição dos discursos produzidos no decorrer da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade consistiu no *corpus* da pesquisa<sup>8</sup>.

Em um primeiro momento foi conferida materialidade linguística extraídos do texto por meio de cores. A segunda etapa consistiu na explicitação do objeto discursivo, após sucessivos processos de leitura e releitura do material empírico. Nesta etapa identificam-se os recursos de linguagem adotados por seus enunciadores para dar sentido à sua fala, bem como os recursos do discurso, como o dito e o não dito<sup>8</sup>.

Ressalta-se que em virtude do conceito de qualidade de vida utilizado neste estudo, primou-se por pautar o desenvolvimento dos subtemas conforme os seis domínios do WHOQOL-100, descritos a seguir, agregando os discursos dos estudantes aos domínios: - Domínio I – Domínio físico: 1. Dor e desconforto; 2. Energia e fadiga; 3. Sono e repouso. - Domínio II – Domínio psicológico: 4. Sentimentos; positivos; 5. Pensar, aprender, memória e concentração; 6. Autoestima; 7. Imagem corporal e aparência; 8. Sentimentos negativos. - Domínio III – Nível de independência: 9. Mobilidade; 10. Atividades da vida cotidiana; 11. Dependência de medicação ou de tratamentos; 12. Capacidade de trabalho; -Domínio IV – Relações sociais: 13. Relações pessoais; 14. Suporte (Apoio) social; 15. Atividade sexual. Domínio V- Ambiente: 16. Segurança física e proteção; 17. Ambiente no lar; 18. Recursos financeiros; 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); 23. Transporte. Domínio VI - Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais: 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais<sup>2</sup>. O domínio VI não foi identificado neste estudo.

A seguir, o quadro com os temas geradores, subtemas e categoria analítica do Mapa Falante, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Mapa Falante: temas geradores, subtemas e categoria analítica.

	<b>Temas geradores</b>	<b>Subtemas</b>	<b>Categoria analítica</b>
<b>DCS Mapa Falante</b>	a) Tempo/pouco tempo/relógio correndo; b) Dinheiro/financeiro/se manter; c) Família/filhos/companheiro/esposo /pais; d) Colegas/amigos/outras pessoas/social; e) Lazer/sair; f) Alimentação/fruta/alimentos integrais/wafer; g) Sono/dormir/cansada; h) Caminho/pedras/dificuldades	1) Condição física: dedicar-se muito aos estudos; 2) Condição psicológica: esperança de que no dia nunca chova; 3) Nível de Independência: a faculdade mexeu com o cotidiano individual e familiar; 4) Relações Sociais: a universidade proporciona falta de tempo de estar com o outro; 5) Ambiente: também se pensa no financeiro.	<b>Percepção da qualidade de vida: flores e pedras no caminho</b>

Fonte: elaborado pelos autores

A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução de número 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS/SC sob o parecer número 753.435.

## **RESULTADOS E DICUSSÃO**

### **Categoria analítica – percepção da qualidade de vida: flores e pedras no caminho**

A partir da questão geradora do debate das DCS, os estudantes realizaram suas produções artísticas individuais, que posteriormente foram decodificadas e compartilhadas com o grande grupo. Assim, após a análise dos discursos emergiu a categoria analítica com seus respectivos subtemas: 1) Condição física: dedicar-se muito aos estudos; 2) Condição psicológica: esperança de que no dia nunca chova; 3) Nível de Independência: a faculdade mexeu com o cotidiano individual e familiar; 4) Relações Sociais: a universidade proporciona falta de tempo de estar com o outro e 5) Ambiente: também se pensa no financeiro, os quais estão descritos a seguir.

A definição desta expressão ‘flores e pedras no caminho’, utilizada para definir esta categoria analítica, foi escolhida a partir das falas permeadas pelas motivações e dificuldades encontradas pelos estudantes em sua graduação. Isso ocorreu no momento da dinâmica Mapa Falante, quando um estudante utilizou a expressão, e, em sequência, outros também a usaram, como uma metáfora das alegrias e desafios enfrentados no percurso formativo.

As pedras representaram os empecilhos, tendo sido citado: Sobrecarga pela grande demanda de compromissos que vão desde trabalhos, provas e projetos na universidade como todo o contexto de vida de cada estudante. Já as flores, por sua vez, representaram as portas que



se abrem e a perspectiva de chegar a um futuro sonhado. Além disso, o próprio sentimento de prazer pelas vitórias alcançadas ao longo do caminho, cada boa nota em prova, disciplina aprovada, projeto desempenhado, ou semestre cumprido com êxito.

### **Subtema 1 - Condição física: dedicar-se muito aos estudos**

Neste subtema apresentado, abordaram-se os seguintes aspectos: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso. Os estudantes mencionaram o quanto o estresse, a falta de tempo para dormir e o cansaço tem sido fatores que comprometem a vida diária de cada um, e principalmente daqueles que, além de estudar, precisam trabalhar à noite, explicitado na Figura 1.

[...]. Como me vejo hoje como estudante do curso de enfermagem, alguém que já trilhou algum caminho e tem um longo caminho ainda para trilhar, pedras e flores no caminho, alguém que sente um pouco sobrecarregada que tem uma grande demanda de compromissos e atividades. [...]. E, como é a minha qualidade de vida hoje? É a questão de estar sobrecarregada [...]. (E12)

Difícil de aguentar fisicamente, pra mim principalmente isso, a gente dorme muito pouco nessa rotina de trabalho que a gente tem, então as vezes tu tá na sala de aula, tu quer prestar atenção, tu quer participar, mas as vezes tu não aguenta fisicamente. [...] Essa vida, tem uma hora pra acordar, uma hora pra trabalhar, uma hora pra... (interrupção) Então assim, essa rotina de todo o dia, independente de fim de semana, tem que sair pra trabalhar, sendo que eu já tenho que vir pra faculdade cansada, isso é uma rotina que me cansa. (E8)

Figura 1: Condição física: dedicar-se muito aos estudos



Fonte: elaborado pelos participantes da pesquisa.

A literatura aponta que conciliar as demandas da condição de estudantes e de trabalhador é considerado um fator complicador para a permanência e para a conclusão do curso. Interfere na dinamicidade das atribuições imputadas pelo quantitativo de trabalhos, especialmente dos que trabalham e estudam em contrurnos. Diferentemente da condição do estudante que

vivencia o curso de maneira integral, que tem grande disponibilidade de tempo para realizar seus estudos, para aqueles que exercem atividades laborais, formais, durante o dia, o cansaço, o sono e até o esgotamento após o dia de trabalho, além da falta de tempo para estudar, são fatores que interferem no desempenho das atividades acadêmicas<sup>9</sup>.

Grande parte dos estudantes, durante a graduação, desenvolve hábitos preocupantes de sono, isso devido ao estilo de vida descompensado, em que as horas de sono são substituídas ou por momentos sociais associados ao consumo de álcool e tabaco, como também a realização de atividades extracurriculares como estágios, projetos, monitorias que contribuem para a diminuição do tempo de descanso<sup>1,3</sup>.

Nesse aspecto, é necessário reconhecer essas situações para então promover ações de educação em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade do sono desses estudantes e, conseqüentemente, na qualidade de vida, prevenindo assim doenças crônicas não transmissíveis advindas desse processo. Assim, é imprescindível destacar que a inserção de todo e qualquer estudante na rotina universitária pode ocasionar sentimentos de angústia, insegurança, medo e ansiedade. Especialmente, nos acadêmicos de Enfermagem, devido as experiências e vivências inovadoras e singulares relacionadas às condições precárias de trabalho, ao contato com indivíduos doentes e à realização de procedimentos podem ser mais impactantes<sup>10</sup>.

## **Subtema 2 - Condição psicológica: esperança de que no dia nunca chova**

No presente subtema, abordou-se as seguintes perspectivas: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência, e sentimentos negativos. Durante a graduação, são vários os sentimentos relatados pelos universitários, momentos de esperança por estar próximo ao final do curso, uma perspectiva de iniciar a carreira com um bom trabalho, e, por vezes, sentimento de impotência diante de vários obstáculos que a vida acadêmica trás, conforme apontado na Figura 2.

[...] mas eu acredito assim que eu tenho um pouquinho o acesso, a um pouquinho de tudo, eu faço o que eu gosto, eu tenho a possibilidade de ficar perto também das pessoas que eu gosto, então eu acredito que a minha qualidade de vida, claro, não é tudo aquilo o que eu queria, [...], mas eu acredito que eu tenho uma boa qualidade. Apesar dos apesares. (E2)

[...] mas o desejo que a gente tem de fazer outras coisas além de estudar e trabalhar, as vezes de não poder justamente pela falta de tempo [...]. E o sol? O que ele quer dizer? [...] Que a gente tem sempre uma esperança de que no dia nunca chova! (risos) enquanto a gente ta nesse caminho. (E13)

Figura 2: Condição psicológica: esperança de que no dia nunca chova



Fonte: elaborado pelos participantes da pesquisa.

Neste estudo os acadêmicos mencionam as motivações e dificuldades como sendo flores e pedras no caminho. Contudo, em outro referencial são usadas as expressões dificuldades e facilidades como: fatores que favorecem a qualidade de vida dentro da universidade e quanto aos fatores que comprometem a qualidade de vida<sup>11</sup>. Observa-se que entre as facilidades se destacam principalmente os novos relacionamentos com colegas do curso, o aprendizado, as vivências e possibilidade da carreira.

No entanto, destaca-se que os acadêmicos têm diferentes percepções sobre qualidade de vida. Alguns fatores favorecem e outros comprometem a qualidade de vida durante o período de graduação e podem configurar o perfil de saúde e adoecimento, associado especialmente ao estresse<sup>11</sup>. Nesse sentido, para que os estudantes apresentem melhorias em seu desempenho acadêmico e profissional, cabe salientar o papel relevante das relações no âmbito da academia. Essa situação corrobora na compreensão das alterações psicoemocionais do estudante, no decorrer da graduação, e da valorização de aspectos que parecem interferir em sua qualidade de vida<sup>1</sup>.

### **Subtema 3 - Nível de Independência: a faculdade mexeu com o cotidiano individual e familiar**

O subtema descrito aponta situações da percepção da qualidade de vida dos estudantes que envolvem: mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. No que se refere à vida cotidiana dos acadêmicos nas suas diversidades, é mencionada a rotina de manter a casa, para alguns, cuidar dos filhos, estudar e trabalhar, muitas vezes como um 'ciclo vicioso' que impede a realização de outras atividades no seu dia a dia conforme apresentado na Figura 3.

Como eu sou casada, tenho 2 filhos, a responsabilidade da casa é minha, [...] então, a faculdade não mexeu só com a minha qualidade de vida, mas com a qualidade de vida dos meus filhos, da minha família. [...] Então, dar conta de: limpar a casa, lavar a roupa, ajudar os filhos a, a fazer as atividades da escola, a estudar, a sair no final de semana com o esposo, para não deixar ele, ham... a sem, a, sem minha companhia, meus filhos também sem minha companhia[...]. (E1)  
[...] eu trabalho [...] então as vezes eu trabalho a noite, durante a madrugada, e de dia a gente está na faculdade. (E13)

Figura 3: Nível de Independência: a faculdade mexeu com o cotidiano individual e familiar



Fonte: elaborado pelos participantes da pesquisa.

Os estudantes conhecem e convivem com novas pessoas, incluem-se em contextos inovadores. Por outro lado, quando vínculos de amizade não são estabelecidos, os acadêmicos podem contar apenas com os próprios recursos psicológicos e o apoio das redes formadas anteriormente ao ingresso à universidade, as quais podem estar distantes. Muitos jovens, ao buscarem um curso superior, saem de suas cidades natais e passam a residir longe de seus familiares, um fator que também pode interferir na adaptação à realidade da formação profissional e quando já apresentam vínculos familiares enfrentam a dicotomia entre os afazeres da graduação e família o que impõe uma rotina cansativa e preocupante<sup>1</sup>. Para lidar com essa situação, muitos acabam por utilizarem medicamentos sem o devido rigor e acabam por desleixar do seu próprio cuidado<sup>4</sup>.

#### **Subtema 4 -Relações Sociais: a universidade proporciona falta de tempo de estar com o outro**

Tal subtema apresenta perspectivas sobre a falta de tempo dos estudantes para estar com a família, e explora as relações pessoais e suporte social. Para alguns acadêmicos, a vida particular, os relacionamentos pessoais são bastante afetados devido à dificuldade de manter a rotina maçante que envolve trabalho, estudos e relacionamento familiar. Para outros, a família

e os amigos quem dão maior suporte nos momentos de dificuldades conforme exposto na Figura 4.

[...] a gente tá longe da família e tal e ta aqui pra fazer a faculdade. [...] Ah, acho que a família é a base da gente né? Porque a gente gostaria de estar sempre perto da família da gente. Mas que, a gente tá, que nem, numa cidade diferente e tal muitos compromissos e não é sempre que a gente consegue ta perto da família. [...] Família! amigos, várias pessoas que quando eu vim pra cá acabei me distanciando[...]. (E12)  
[...]A universidade, a falta de tempo de estar com o outro. Isso afetou [...] como é minha qualidade de vida, é o que eu relaciono a casa menor, é que eu tenho muito pouco tempo de estar em casa, é muito pouco tempo que eu fico aqui. (E16)

Figura 4: Relações Sociais: a universidade proporciona falta de tempo de estar com o outro



Fonte: elaborado pelos participantes da pesquisa.

Para alguns acadêmicos, a vida particular e os relacionamentos pessoais são bastante afetados devido à dificuldade de manter a rotina maçante que envolve trabalho, estudos e relacionamento familiar. Para outros, a família e os amigos é quem dão maior suporte nos momentos de dificuldades. Família, saúde e estudo foram quesitos citados como prioridade na vida dos estudantes, tanto ingressantes como concluintes<sup>9</sup>.

Cabe destacar que, além de se pensar nos benefícios de um curso de graduação, deve ser lembrado que existem as dificuldades enfrentadas por estes estudantes no desenrolar de seu processo formativo, como tempo reduzido com a família, obstáculos contrários ao exercício do estudo extraclasse, dificuldade de aprendizado, muitas vezes relacionada com a carga horária de trabalho, sono reduzido e nível elevado de estresse. É evidente que a carga horária de trabalho associada a horas insuficientes de descanso interfere diretamente no rendimento acadêmico, familiar e laboral desse estudante, podendo provocar distúrbios físicos, emocionais e familiares<sup>12</sup>.

## Subtema 5 - Ambiente: também se pensa no financeiro

Neste subtema apontam-se os recursos financeiros, transporte, oportunidades de recreação/lazer e o ambiente físico. A questão financeira é citada pelos acadêmicos como um fator importante, e que se torna uma preocupação diária levando a privações, tendo que muitas vezes arrumar um trabalho para complementar a renda. Considerando que este subtema também envolve outras questões, além do financeiro, se insere a tentativa de manter um equilíbrio entre as atividades pessoais e universidade segundo a Figura 5.

É, pelo lado financeiro também. [...] hã, as vezes eu tenho, as vezes não, todo dia a gente tem dificuldade com o transporte [...]. (E2)  
A gente também pensa pelo financeiro [...], por exemplo, eu sou uma que não recebo bolsa de projeto, nem de nada! Então meus pais têm que me bancar e se virar trabalhando[...] pesa muito, o lado financeiro. (E7)

Figura 5: Ambiente: também se pensa no financeiro



Fonte: elaborado pelos participantes da pesquisa.

Em um estudo foi apontado que dentre os estudantes investigados no que diz respeito a a renda mensal, a maioria afirma ser insuficiente. Essa situação perpassa, especialmente, os estudantes dos Cursos da área da saúde que vivenciam atividade integrais de ensino. Pois exige dos estudantes a realização de inúmeras atividades, o que os ocupam para além dos horários regulares, requerendo quase que uma dedicação exclusiva. Nessa perspectiva tem-se um perfil de estudantes que de maneira geral não trabalham, mas têm que ter uma boa condição financeira para manter suas necessidades socioeconômicas<sup>13</sup> o que na realidade não prevalece necessitando realizar jornadas extensas, de trabalho, para seu sustento.

A questão financeira é citada pelos acadêmicos como um fator importante e que se torna uma preocupação diária levando a carências, tendo que muitas vezes arrumar um trabalho para

complementar a renda. Também a tentativa de manter um equilíbrio entre as atividades pessoais e universidade<sup>14</sup>. O trabalhar e o estudar são atividades dicotômicas, bastante comuns aos acadêmicos que ingressam na educação superior nos dias de hoje. Os motivos que levam os estudantes a trilharem tal caminho é a busca pela melhoria da condição financeira, aliada à realização profissional, características estas peculiares às pessoas possuidoras de uma ou mais atividades laborais que buscam pela educação superior, visto que estas visualizam a forma de alcançar a realização pessoal e profissional.

## **CONCLUSÃO**

No decorrer da análise do discurso dos acadêmicos, foi possível perceber que as situações vivenciadas pelo grupo deste estudo já apareciam com frequência em pesquisas anteriormente realizadas, seja com acadêmicos brasileiros como também em estudos desenvolvidos em outros países. Na verdade, o ingresso na Universidade em um curso de graduação da área da saúde, e em período integral, exige do estudante uma série de adaptações em seu cotidiano, que são necessárias para a sua formação profissional, assim como são importantes para a instituição formadora.

Algumas constatações decorrentes deste estudo podem ser enfatizadas. A iniciar, pelo estresse, o sono e a falta de tempo para dormir, relatados pela maioria dos acadêmicos e principalmente daqueles que, além de estudar, precisam trabalhar à noite, são fatores apontados como redutores da qualidade de vida. A variação de sentimentos relatados pelos acadêmicos, momentos de esperança por estar próximo ao final do curso, uma perspectiva de iniciar a carreira com um bom trabalho, e, por vezes, sentimento de impotência diante de vários obstáculos que a vida acadêmica traz também devem ser considerados.

No que se refere à vida cotidiana dos acadêmicos nas suas diversidades, é mencionada a rotina de manter a casa, para alguns, cuidar dos filhos, estudar e trabalhar, muitas vezes como um “ciclo vicioso” que impede a realização de outras atividades no seu dia a dia. Para alguns acadêmicos, a vida particular, os relacionamentos pessoais são bastante afetados devido à dificuldade de manter a rotina maçante que envolve trabalho, estudos e relacionamento familiar. Para outros, a família e os amigos quem dão maior suporte nos momentos de dificuldades. A questão financeira é citada pelos acadêmicos como um fator importante, e que se torna uma preocupação diária.



A própria experiência durante o período de graduação em enfermagem na UFFS, na vivência de situações de adaptação à grade curricular - por ter ingressado na universidade por meio de transferência de outra instituição - facilitou a compreensão das situações e particularidades na vida dos acadêmicos, inclusive os sentimentos relatados foram, por diversas vezes, também sentidos.

Diante disto, pensa-se ser necessário que se dê atenção a essa temática e continuidade nos estudos sobre a Qualidade de vida dos acadêmicos, porém com um olhar mais voltado para a resolução ou melhoria desse quadro. Isto poderá ser feito por meio de intervenções por parte da instituição de ensino e/ou em conjunto com os professores, considerando os meios que o próprio curso traz em seus componentes curriculares, como grupos de conversas, escuta ativa, projetos que trabalhem esse tema. Também é importante a criação de espaço terapêutico nas dependências da Universidade, que tenham como intuito único de auxiliar o estudante, e, quando necessário, encaminhá-lo a atendimento em serviços de saúde. A ideia de objetivo único, neste caso, é intencional, para que não represente nova demanda de atividades para acadêmicos já sobrecarregados, mas um ponto de referência para o estudante que necessita de apoio.

Por fim, torna-se interessante pensar em expandir esse estudo para além do curso de Graduação em Enfermagem na UFFS, com o propósito de melhorar o desempenho dos acadêmicos e tornar o período da graduação menos estressante, a fim de que estejam sendo preparados para assumir maiores desafios em suas vidas.

## REFERÊNCIAS

1. Anversa AC. et al. Qualidade de vida e o cotidiano acadêmico: uma reflexão necessária. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2018;26(3):626-31. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n3/2526-8910-cadbto-26-03-00626.pdf>.
2. World Health Organization (CH). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Berlin: Springer Verlag. 1994. p. 41-60.
3. Langame AP, et al. Quality of life of university students and their academic performance. Rev Bras Promoç Saúde. 2016; 29(3):313-25. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831863>.
4. Souza, JT, Felipe, RNR, Munhoz, CJM. Qualidade de vida e autocuidado dos acadêmicos de enfermagem. Rev Intern Saúde Coletiva. 2015;7(7):10-84. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S1983-1447201600020040700001&lng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1983-1447201600020040700001&lng=en)

5. Freitas ACMde et al. Intervening factors in the quality of life of nursing student. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(9):2376-85. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230110/29923>.
6. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
7. Cabral IE, Neves ET. Pesquisar com o método criativo sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. (Orgs.). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde*. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 325-350.
8. Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 7. ed. Campinas: Pontes, 2007.
9. Lamers JMS, Santos BS, Toassi RFC. Retenção e evasão no Ensino Superior público: estudo de caso em um curso noturno de Odontologia. *Educação em Revista*. 2017;33:1-26, 2017. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/edur/v33/1982-6621-edur-33-e154730.pdf>.
10. Moura IH, Nobre RS, Cortez RMA, Campelo V, Macêdo SF, Silva ARV. Quality of life of undergraduate nursing students. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(2):e55291. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160255291.pdf>.
11. Machado AS, Oselame GB, Neves EB. Avaliação do Perfil e qualidade de Vida do Acadêmico de Enfermagem. *Revista de Atenção à Saúde*. 2016;14(47):55-60. Available from: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/3417](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3417).
12. Barros M.J. et al. Avaliação da qualidade de vida de universitários da área da saúde. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*. 2017; 7(1):16-22. Available from: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/4235>.
13. Moritz AR et al. Quality of life of undergraduate nursing students at a Brazilian public university. *Invest. Educ. Enferm*. 2016; 34(3):564-72. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v34n3/2216-0280-iee-34-03-00564.pdf>.
14. Fontana RT, Brigo L. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha. *Saúde (Santa Maria)*. 2016;42(1):179-85. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20477/pdf>.

## **PARTE II**

### **TEMAS TRANSVERSAIS AO CUIDADO NO PROCESSO DE VIVER HUMANO**

## CAPÍTULO 7

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SÍFILIS EM GESTANTES NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS

Vanilla Eloá Franceschi  
Larissa Hermes Thomas Tombini  
Liane Colliselli  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Érica de Brito Pitilin

#### INTRODUÇÃO

Na década de 1930, as doenças transmissíveis figuravam como principal causa de mortes nas capitais brasileiras, respondendo por mais de um terço dos óbitos registrados nesses locais. As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias como as vacinas e os antibióticos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle fizeram com que esse quadro se modificasse bastante. No entanto, apesar da redução significativa da participação dessas doenças no perfil da mortalidade, ainda há impacto importante sobre a morbidade, principalmente por aquelas que apresentam estreita associação com causas ambientais, sociais e econômicas, como é o caso das infecções sexualmente transmissíveis (IST)<sup>1</sup>.

Presentes na história desde a antiguidade, essas doenças constituem ainda sério problema de saúde, acarretando danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão, especialmente entre mulheres e crianças. Neste contexto apresentam-se estratégias de prevenção, sendo o uso do preservativo masculino a forma mais difundida e eficaz<sup>2</sup>.

Diante da ocorrência de infecções transmitidas por via sexual e, em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sociedade científica e alguns países, recentemente o Ministério da Saúde (MS) brasileiro adotou o termo 'Infecções Sexualmente Transmissíveis' (IST) como terminologia de referência às doenças sexualmente transmissíveis. Assim, alerta a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção mesmo sem a presença de sinais e sintomas característicos das doenças<sup>3</sup>.

Segundo a OMS, entre 2009 e 2016 foram estimados 376,4 milhões de casos de IST curáveis<sup>4</sup>. Dentre estas, a sífilis merece destaque por afetar mais de 6,3 milhões de pessoas em todas as camadas sociais<sup>4,5</sup>. Ainda, sua eliminação, embora possível pelo tratamento disponível, continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde<sup>5</sup>.

A transmissão vertical da sífilis leva à sífilis congênita (SC), que ocorre a partir da mãe infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o bebê, em qualquer fase da gestação ou durante o parto, podendo variar de 30 a 100% a chance de contágio dependendo do estágio da doença na gestante<sup>4</sup>. Sua maior e principal consequência é o óbito fetal, pois leva a mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano no mundo e, além disso, aumenta o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças<sup>6</sup>.

Considerada a evolução do quadro de sífilis em gestantes e a transmissão da doença com graves implicações ao feto, uma das prioridades das regiões da América Latina e do Caribe em 2010, foi a eliminação da SC, com meta estabelecida de redução da incidência para menos de 50 caso por 100.000 nascidos vivos até o ano de 2015<sup>7</sup>. A meta foi mantida pela Estratégia Mundial do Setor Saúde Contra as IST 2016–2021, em pelo menos 80% dos países<sup>8</sup>. A estratégia inclui, ainda, a expansão de intervenções e serviços baseados em evidências para controlar as IST e diminuir seu impacto como problema de saúde pública, com redução de 90% na incidência da sífilis até 2030<sup>8</sup>.

Em nível mundial, são estimados um milhão de novos casos de sífilis em gestantes, alertando para falhas na detecção e no tratamento destas e de seus parceiros sexuais<sup>4-5</sup>. No Brasil, o aumento nos casos de sífilis (adquirida, em gestantes e congênita) na última década é observado e, ainda que esteja associado ao aprimoramento do sistema de vigilância e à ampliação da utilização de testes rápidos diagnósticos, cabe alerta às autoridades sanitárias.

Apesar de ser uma infecção de notificação compulsória desde 1986 e da existência de campanhas, percebe-se que o controle da sífilis é insuficiente no território nacional, persistindo altos índices de infecções não tratadas, das quais cerca de 40% atingem crianças de mães infectadas. Não obstante à alta incidência de SC observada no país em 2018, com taxa de 9,0 por 1.000 nascidos vivos, a mortalidade pela doença constitui grave problema ao atingir 8,2 óbitos/100 mil nascimentos neste mesmo ano<sup>4</sup>.

Diante da realidade nacional, consoante ao contexto global, o MS propõe estratégias de qualificação da assistência pré-natal por meio de políticas e programas instituídos. Estes visam, entre outros, a detecção e o diagnóstico precoces através da implantação de testes rápidos na atenção básica (AB), o manejo e o tratamento adequados de gestantes e parceiros, além de ações de prevenção e vigilância da sífilis<sup>4</sup>.

Neste contexto apresenta-se a Enfermagem, a qual desempenha importante papel na promoção da saúde dos indivíduos, na prevenção de IST e na assistência à sífilis em gestantes. O enfermeiro constitui ferramenta fundamental na garantia de um tratamento efetivo, pois o processo de investigação e a notificação ocorrem em nível de AB, onde o diagnóstico e a assistência pré-natal são realizados. É nesse âmbito e período de acompanhamento que o cuidado e a assistência de Enfermagem podem agir para evitar a transmissão vertical da sífilis e os casos de SC<sup>9-10</sup>. Da mesma forma, é na AB que o acolhimento, a escuta qualificada e o fortalecimento de vínculos entre enfermeiro e gestante se estabelecem.

Pensar a assistência de Enfermagem à gestante com sífilis nos espaços da AB requer, portanto, a compreensão, a consideração e a utilização de diferentes tecnologias para o cuidado efetivo, na perspectiva da integralidade e resolubilidade, as quais envolvem não somente os equipamentos, ferramentas e instrumentos de produção, mas, sobretudo o saber tecnológico e o processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado<sup>11</sup>. Neste sentido, o cuidar em saúde estabelece entre profissional/enfermeiro e usuário/gestante um espaço de interseção e encontros que permite a ambos estabelecer seus papéis no processo do cuidado.

No campo da AB e da assistência pré-natal, o estabelecimento de relações e vínculos entre enfermeira e gestante se apresenta como fundamental à qualidade da atenção, ao tempo em que permite a escuta e estabelece confiança. É também no espaço do encontro que o usuário/gestante tem maiores possibilidades de atuar, de interagir e de tornar-se corresponsável pelo seu cuidado e tratamento<sup>11-12</sup>.

Frente ao cenário de elevada incidência de sífilis em gestantes e sua manifestação congênita e, considerada a importância do cuidado e da assistência de Enfermagem a esta população, este estudo se propôs a analisar como é realizado o cuidado de Enfermagem à sífilis em gestantes na prática de enfermeiras<sup>1</sup> da rede municipal de saúde de um município do Oeste catarinense.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, cujo cenário foi composto por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Serviço de Referência em Atenção à Saúde da Mulher, componentes da Rede Municipal de Saúde de um município do Oeste catarinense. A partir da territorialização foram selecionadas para convite à participação na pesquisa, as

---

<sup>1</sup> O termo 'enfermeira(s)' foi usado para referência às profissionais de Enfermagem entrevistadas.

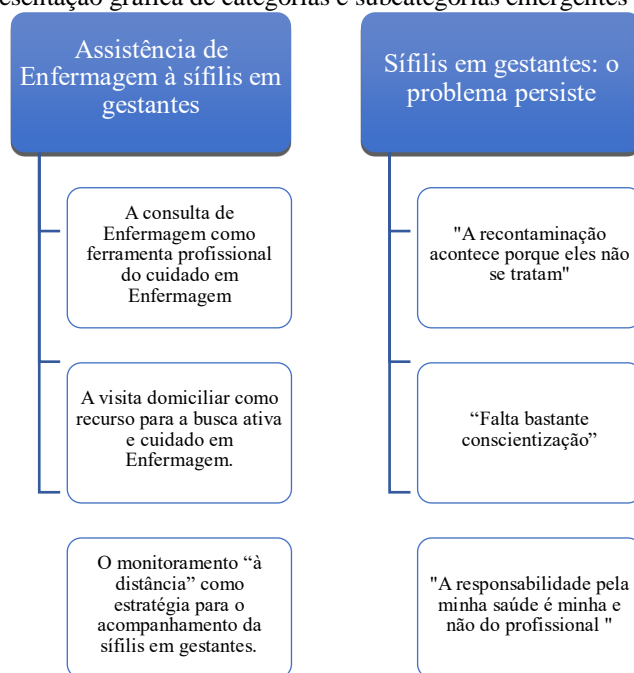
enfermeiras das equipes de saúde da família (eSF) das 06 UBS com maior ocorrência da sífilis em gestantes no ano de 2015. Participaram do estudo 10 enfermeiras assistentes no nível de atenção primária em saúde (UBS) e, ainda, duas enfermeiras assistentes do serviço de referência em atenção à saúde da mulher, que compõe o nível de atenção secundária.

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2016, por meio de entrevistas guiadas por instrumento semiestruturado. As participantes foram contatadas via telefone para agendamento de visita e entrevista, as quais foram realizadas conforme a disponibilidade de cada participante. As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados coletados organizados em planilhas elaboradas para esse fim e, posteriormente, analisadas para apresentação dos resultados. As participantes foram identificadas por numeração sequencial conforme a realização das entrevistas.

Para a análise dos dados coletados foi utilizada a Análise Temática proposta por Maria Cecília de Souza Minayo, em suas três etapas: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Os dados foram agrupados em tabela elaborada com representação das unidades de registros e de contexto, e posterior construção de categorias e subcategorias, as quais são apresentadas a seguir. A análise dos dados ocorreu a partir da identificação dos significados apontados pelas participantes nas entrevistas. Inicialmente foram identificadas as unidades de registro (palavras-chave) que, após, foram codificadas e classificadas. As reflexões e interpretação dos códigos, fundamentadas pelo referencial teórico, levaram à identificação de duas categorias representativas, apresentadas em subcategorias, a fim de melhor representar e contextualizar os temas em estudo, conforme Figura 1



Figura 1: representação gráfica de categorias e subcategorias emergentes da análise de dados



Fonte: dados da pesquisa.

As participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem sido esclarecidas sobre o estudo e terem suas dúvidas sanadas. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob parecer número 1.669.921.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistadas (12) apresentavam idade média de 37,6 anos oscilando entre 26 e 60 anos. A média de tempo de atuação profissional era de 12 anos, sendo que dez delas têm algum tipo de especialização. Seis enfermeiras têm especialização em Enfermagem obstétrica, três obtiveram a titulação de bacharéis em Enfermagem e outras três, são bacharéis em Enfermagem com ênfase em saúde pública. Quanto à área de atuação, seis atuam na assistência de Enfermagem e coordenação da UBS, cinco atuam somente na assistência de Enfermagem e uma atua somente na coordenação do serviço.

Ainda, sete enfermeiras concluíram a graduação em instituição privada e cinco delas em instituição pública. Na sequência, vêm apresentadas as categorias e subcategorias emergentes da análise de dados, bem como a discussão.

## **1 Assistência de Enfermagem à sífilis em gestantes**

A identificação e proposição da abordagem da assistência de Enfermagem à sífilis em gestantes foi feita por considerá-la como a base para o cuidado de Enfermagem no período pré-natal. Neste sentido, a ESF apresenta-se como importante recurso à qualificação da assistência pré-natal, ao tempo em que permite a vinculação, o acolhimento e a escuta das gestantes e famílias. Eleita como prioritária para o fortalecimento da AB, a ESF se destaca na assistência à gestante no pré-natal de baixo risco, fundamental para a prevenção de complicações e agravos ao binômio mãe/filho, incluído aí o controle da sífilis congênita<sup>13</sup>.

Para detecção e controle da doença, a enfermeira da equipe de saúde da família (eSF) se utiliza das potencialidades oferecidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), já que neste contexto tem acesso privilegiado à família, o que pode facilitar o diagnóstico e o tratamento do casal de acordo com o protocolo clínico e possibilitar a busca ativa de casos.

Na assistência à sífilis em gestantes cabe ressaltar o papel da enfermeira no acompanhamento e monitoramento da realização de pelo menos dois testes de triagem (VDRL) durante o pré-natal, com a consequente anotação clara e precisa dos resultados e do tratamento, caso o resultado seja positivo. Todas as anotações referentes ao tratamento devem constar no cartão da gestante, assim como o resultado do parceiro e seu tratamento, pois com este cartão ela dará entrada na maternidade<sup>14</sup>.

Baseada na importância da assistência de Enfermagem à gestante com sífilis e nos dados que surgiram nas entrevistas, fundamentaram-se a construção de três subcategorias de análise: a consulta de Enfermagem como ferramenta profissional de cuidado à sífilis em gestantes; a visita domiciliar como recurso para o cuidado em Enfermagem à sífilis em gestantes; o monitoramento “a distância” como estratégia para o tratamento da sífilis em gestantes. Tais subcategorias seguem apresentadas.

### **1.1 A consulta de Enfermagem como ferramenta profissional de cuidado à sífilis em gestantes**

Com o decorrer da história, a Enfermagem vem conquistando espaço, principalmente no que diz respeito à consulta de Enfermagem. No campo da assistência pré-natal de baixo risco, destaca o MS:

[...] a consulta de Enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma

abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. [...]14:49

O MS propõe, ainda, que as consultas de Enfermagem sejam intercaladas com a consulta médica. No entanto, o próprio MS destaca que ser portadora de doença infecciosa como sífilis pode indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco, não especificando as situações em que a gestante com sífilis poderia permanecer sob os cuidados da ESF<sup>14</sup>. Quando abordada a realização da consulta de Enfermagem na assistência pré-natal de gestantes com sífilis, os resultados apontaram para a realização de abordagem inicial às gestantes, a qual é chamada de ‘primeira consulta’.

[...] na verdade, a parte do enfermeiro era a primeira consulta [...] então, a maior parte que a gente tenta fazer é a orientação de Enfermagem no acolhimento da gestante [...] mas primeiro é o atendimento, solicitamos os exames. (Enf.1)  
O pré-natal inicia com nós (enfermeiros), na primeira consulta (Enf.2)  
[...] então, os primeiros exames são solicitados pelo enfermeiro na primeira consulta. (Enf.6)

A consulta de Enfermagem foi apontada por todas as enfermeiras entrevistadas como um método para assistência de Enfermagem à gestante com sífilis. No entanto, a profissional se limita à realização da primeira consulta, momento em que solicita exames laboratoriais, preenche a carteirinha da gestante, o cadastro no Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL), no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e a orienta sobre cuidados com possíveis doenças, incluindo orientações sobre sífilis em gestante e sífilis congênita. As consultas subsequentes são realizadas pelo médico da eSF e ou do serviço de referência, não retornando mais à enfermeira da eSF.

Os dados evidenciaram ainda que mesmo as enfermeiras obstetras não fazem consultas de pré-natal intercaladas com os médicos, quando estariam aptas a realizá-la.

[...] a enfermeira deveria fazer sim. Eu me sinto até mal, porque eu sou enfermeira obstetra [...] e eu sei fazer a consulta. Posso fazer, mas a gente enfrenta essa dificuldade, um pouco também tem resistência das gestantes. (Enf.2)

Em 2016, foi instituída Norma Técnica específica para assistência à gestante com sífilis pela Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo, a qual determina que todas as gestantes com sífilis sejam encaminhadas pela AB para acompanhamento e tratamento no serviço de referência. A normativa considera a sífilis gestacional como condição de alto risco, retirando as gestantes do acompanhamento direto pela eSF.

[...] então, a partir de agora, mesmo em discordância com a portaria [...]a gente tem de seguir [...] todos os profissionais, enfermeiros e médicos, discordam dessa portaria.

Por quê? Porque se a gente tem esse controle dela (gestante) aqui, a gente faz a busca de faltosos. Quando ela vai para clínica da mulher (serviço de referência), não deixa de ser nossa, porém, a gente não tem contato direto com ela, porque não temos o dia da consulta agendada. [...] (Enf.11)

Apesar da consideração da AB como espaço de atenção preferencial do usuário, onde o vínculo se torna um pilar no cuidado integral na perspectiva da ESF<sup>15</sup> e da orientação do MS sobre o ordenamento do cuidado pelas equipes, independentemente do nível de atenção em que o usuário/gestante é atendido, percebe-se que o encaminhamento da gestante para o serviço de referência fragiliza as relações dela com a eSF e o seu acompanhamento efetivo, comprometendo o sucesso do tratamento e a resolubilidade do cuidado de Enfermagem.

## 1.2 A visita domiciliar como recurso para a busca ativa e cuidado em Enfermagem

Na perspectiva da vigilância em saúde, a busca ativa de usuários/casos é uma forma de controlar as necessidades de saúde que transcendem os agravos de notificação compulsória, além de ter o intuito de identificar e investigar casos precoces para orientação adequada e aplicação de medidas de controle<sup>16</sup>. A estratégia se apresenta como atribuição da enfermeira e, no que se refere à gestante com sífilis, possibilita a captação do parceiro sexual para orientá-lo quanto ao tratamento e a sua participação no pré-natal, o que é importante para combater a transmissão vertical<sup>17</sup>.

Apesar de a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atribuir ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) a responsabilidade inicial pelas ações de visitas domiciliares nos territórios, estas devem se estender a outros membros da equipe como enfermeiras e médicos. Porém, esses profissionais restringem suas ações ao interior das UBS, delegando ao ACS a busca ativa<sup>15,18</sup>.

A visita domiciliar (VD) para busca ativa de gestantes com sífilis faltosas ao acompanhamento pré-natal se apresenta, neste estudo, como recurso para o cuidado de Enfermagem. No entanto, a ação é delegada ao ACS, a pedido da enfermeira assistente.

[...] a gente (enfermeira) registra busca ativa no sistema e encaminha para o agente comunitário de saúde [...] (Enf.1)

[...] a busca ativa com a agente de saúde. [...] (Enf.2)

[...] busca ativa através dos agentes de saúde. [...] (Enf.5)

[...] a busca ativa é o agente de saúde que faz [...] (Enf.6)

Ao abordar a busca ativa/VD para o controle e cuidado em saúde, o MS considera a ação uma atribuição de toda a equipe de AB. No entanto, situações como a sífilis em gestantes, considerado o risco de transmissão vertical e de complicações, requer atenção especial da

enfermeira da eSF que, utilizando-se da VD poderia estabelecer e/ou fortalecer o vínculo e a responsabilização pelo cuidado na perspectiva da atenção integral à gestante e parceiro.

Apesar de consistir em um instrumento importante para a enfermeira, a delegação da VD a outro profissional, mesmo na persistência da ausência da gestante e/ou parceiro ao pré-natal, compromete o efetivo cuidado de Enfermagem nesta situação. Uma abordagem baseada em esforços voltados para a captação e a orientação da gestante e do parceiro por parte da enfermeira poderia contribuir de maneira decisiva para a realização de ações eficazes para o combate da sífilis, além de possibilitar a criação de um vínculo entre gestante/parceiro/família e consequentes laços de confiança, responsabilidade partilhada e adesão ao tratamento, além da possibilidade de acompanhamento e controle efetivos<sup>17</sup>.

Este estudo evidenciou que a VD para busca ativa de gestantes com sífilis não consiste em prática das enfermeiras da ESF, que tampouco a visualizam como potencial ferramenta para a assistência de Enfermagem. A questão remete, portanto, à discussão da ESF como produtora de cuidado integral, promovendo a saúde e prevenindo agravos e complicações no espaço da vida e na saúde das pessoas.

### **1.3 O monitoramento “à distância” como estratégia para o acompanhamento da sífilis em gestantes**

O maior objetivo de controlar e monitorar a sífilis em gestantes é evitar a transmissão vertical. Assim, de acordo com o MS, a medida efetiva de controle consiste em oferecer um pré-natal com assistência adequada, que atenda a requisitos como: captação precoce da gestante para o início do pré-natal; realização de no mínimo seis consultas de pré-natal; realização do VDRL no primeiro e no fim do segundo trimestre de gestação; busca ativa dos testes reagentes; tratamento adequado da gestante e do parceiro; acompanhamento, documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis registrados na carteira da gestante e notificação dos casos de sífilis congênita<sup>3,14</sup>.

Ainda de acordo com o MS, o acompanhamento e monitoramento das gestantes com sífilis devem ocorrer mensalmente para que sejam avaliadas com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento devido a possibilidade de falha terapêutica<sup>3</sup>. Neste contexto, a enfermeira é fundamental para o sucesso do tratamento, pois é o profissional diretamente ligado à prevenção, assistência e vigilância, buscando ferramentas

para melhorar a qualidade do atendimento à gestante com sífilis e certificando-se do sucesso no tratamento.

Neste estudo, o monitoramento é realizado pelas enfermeiras por meio da utilização de recursos como o sistema informatizado de saúde da rede municipal de saúde e o livro de registros dos casos de sífilis em gestantes identificados e notificados.

[...] eu olhei no sistema. [...] a gente tem que ficar de olho nessa gestante [...] registra no sistema para melhorar o controle. [...] (Enf.1)

[...] a gente tem um livro de controle [...] (Enf.3)

[...] a gente até fez um livro preto aqui na unidade, para fazer os acompanhamentos [...] (Enf.4)

[...] acompanhamos através do Win-saúde para saber se ela está realizando o tratamento [...] (Enf.8)

[...] durante o pré-natal a gente faz todo o acompanhamento d gestante com sífilis pelo nosso caderno do controle [...] (Enf.10)

Além do controle pelo sistema informatizado e livros de registros, todas as enfermeiras relataram uma rotina para o controle do tratamento da sífilis em gestantes, a partir do monitoramento das prescrições e administrações medicamentosas nas farmácias/dispensários.

[...] é que a gente faz assim, via sistema, para ver se o tratamento foi prescrito. Então, ela (gestante) começa fazer as injeções aqui (UBS), vem fazer a primeira injeção, com a receita e a segunda via da receita fica retida na farmácia. A partir do momento que ela não venha naquele dia, a técnica da farmácia já conversa conosco, [...] ela e o esposo ou somente ela, [...] a gente já começa ligar pra vir. Se ela não vier, a gente vai atrás, já fica mais encima. [...] (Enf.4)

Nessa rotina, aparentemente sem contato entre as UBS e o Centro de Referência, todos fazem a vigilância do tratamento, posto que as receitas da gestante e do parceiro ficam retidas na farmácia/dispensário com as datas das aplicações subsequentes. Caso a gestante e ou o parceiro não compareça, a responsável pela farmácia/dispensário notifica a enfermeira, que realiza contato inicialmente pelo telefone e, se necessário após, solicita busca ativa pela ACS.

Situações como a fragilidade na dinâmica operacional dos serviços de saúde e a baixa qualidade da assistência pré-natal contribuem para a persistência da sífilis e dificultam o seu controle. Ainda, para o controle da sífilis congênita é necessário maior engajamento de profissionais que atuam na AB, cabendo a eles a adoção de condutas atualizadas e adequadas para o melhor tratamento e manejo da gestante com VDRL positivo, além de sua capacitação e comprometimento para uma assistência de qualidade<sup>14,19</sup>.

A utilização de recursos como sistemas informatizados e livros de registros, considerados como monitoramento à distância, assim como a delegação da captação das gestantes/parceiros a outros profissionais da equipe, na medida em permitem o possível controle

da administração medicamentosa, fragiliza o estreitamento de laços, vínculos e relações entre a enfermeira e gestantes/parceiros, o que pode impactar na adesão e na conclusão satisfatória do próprio tratamento.

## **2 Sífilis em gestantes: o problema persiste**

A recontaminação acontece porque eles não se tratam. (Enf.12)

Falta bastante conscientização [...]. (Enf.9)

[...] a responsabilidade pela minha saúde é minha e não do profissional [...]. (Enf.10)

Apesar de ter agente etiológico bem definido, formas de transmissão e período de incubação conhecidos, bem como tratamentos que possibilitam a cura, com o desenvolver deste estudo, observou-se a persistência dos casos de sífilis em gestantes e da transmissão congênita da doença no município em estudo.

Um dos principais motivos do registro contínuo de casos de sífilis em gestantes e sua manifestação congênita é a possibilidade de identificação de falha na assistência pré-natal, o que demanda ações de prevenção, como educação continuada, a fim de prestar maiores informações a gestantes e parceiros sobre a gravidade e o modo de transmissão da sífilis e de suas consequências para o feto<sup>20</sup>. Ainda, a atualização dos profissionais para o manejo das IST, bem como o compromisso destes com a assistência das gestantes com sífilis, é fundamental para o controle da doença.

Neste estudo observou-se que, conforme as entrevistadas, a persistência da sífilis em gestantes é atribuída à não adesão ao tratamento e ao tratamento dos parceiros, à falta de informação da gestante/parceiro, bem como à falta de autonomia e responsabilidade no tratamento, representadas pelas subcategorias que apresentaremos a seguir:

### **2.1 A recontaminação acontece porque eles não se tratam**

O tratamento do parceiro da gestante com sífilis é fundamental para evitar a reinfecção e a possível infecção do feto. Estudo identificou que participantes casados são os mais suscetíveis a contrair alguma infecção, devido a crença de que o fato de ter parceiro fixo eliminaria os riscos de doenças ou infecções, o que os eximiria do uso habitual do preservativo<sup>20</sup>. Outros estudos apontam para falha, ausência e não adesão ao tratamento por parte dos parceiros de gestantes com sífilis<sup>2,21</sup>.

A inclusão da abordagem, testagem e tratamento dos parceiros como parte do acompanhamento pré-natal constitui importante estratégia de abordagem às IST, a exemplo da



sífilis, que acometem o casal neste período, sendo fundamental para a eficácia do tratamento e a cura da mãe, o que conseqüentemente contribuirá para o fim do agravo<sup>22</sup>.

Assim como proposto pelo MS e instituído pelos municípios brasileiros, o chamado pré-natal do homem se refere a fazer o parceiro se sentir colaborador no planejamento reprodutivo, buscando romper e transformar, na prática, construções sociais de gênero que, por um lado direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças às mulheres e, por outro, afastam os homens tanto dos compromissos e dos deveres, quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam este universo. Além disso, propõem que a AB seja uma das principais portas de entrada para esta população, ressaltando a importância de ações orientadas à promoção, prevenção, autocuidado e à construção de uma qualidade de vida mais saudável<sup>23</sup>.

Desde 2015, o município em estudo considera a testagem de parceiros como forma de identificar condições sorológicas para sífilis/VDRL, Hepatite B e HIV como parte da rotina da assistência pré-natal, visando ao acompanhamento e tratamento adequados do casal. Considera também que o tratamento do parceiro deve ser concomitante ao da gestante, pois, sem isso, o tratamento materno seria inadequado. O casal recebe acompanhamento clínico e laboratorial e, para o parceiro, é obrigatória a realização do VDRL no primeiro e no terceiro trimestres de gestação da companheira.

Neste contexto, a enfermeira mais uma vez se apresenta como fundamental na captação, abordagem, testagem, orientação e acompanhamento da gestante e do parceiro. No entanto, neste estudo, o não tratamento do parceiro foi apontado pelas entrevistadas como fator de persistência da sífilis entre as gestantes e conseqüentes complicações como a sífilis congênita.

Uma das falhas da sífilis congênita é o não tratamento do parceiro. (Enf.2)  
[...] a gente tem mais dificuldade com o parceiro do que com a paciente. (Enf.3)  
[...] o parceiro em geral não quer vir e ele é uma chave bem importante [...] (Enf.4)  
[...] o parceiro tem dificuldade em ser tratado junto com a esposa [...] (Enf.5)  
[...] os homens não procuram o serviço, sempre são as mulheres, a parte da saúde do homem está ficando em falta em algum aspecto, tanto que a recontaminação acontece porque eles não se tratam [...] (Enf.9)  
[...] o serviço está todo organizado, os tratamentos estão acontecendo, mas falta aderência da gestante e do companheiro [...] (Enf.10)

Ao considerar a não vinculação dos parceiros à rotina pré-natal, assim como a não adesão deles ao tratamento da sífilis, nos remetemos novamente ao cuidado efetivo na perspectiva da ESF e ao papel da enfermeira. O MS afirma que, para realizar um pré-natal de qualidade na AB, o parceiro tem o direito ser cuidado antes, durante e após a gestação, bem

como à realização de consultas, exames e acesso à informação, cabendo à profissional enfermeira e à equipe multiprofissional estimular a sua participação durante as atividades de consulta e de grupo, como parte do planejamento familiar e preparo do casal para o parto<sup>14</sup>.

Para uma boa adesão dos parceiros ao tratamento, alguns elementos são necessários, tais como o acolhimento, a empatia, a comunicação eficaz, ações essenciais para a construção do vínculo entre profissionais da atenção básica e usuários<sup>23</sup>. O vínculo é de fundamental importância para a melhoria do atendimento, pois é a partir dele que a enfermeira estabelece uma relação de confiança com o usuário no cotidiano<sup>23</sup>.

As enfermeiras têm maior vínculo com a comunidade e são vistas como um dos principais veículos de informação na AB, podendo colaborar para um desfecho favorável da sífilis, contribuindo na elaboração de estratégias que apontem caminhos para uma assistência de qualidade<sup>24</sup>. Reafirma-se, portanto, o vínculo e as relações estabelecidas entre enfermeira, gestante e parceiro como determinante para o desfecho desejado – a adesão do casal e tratamento adequado da sífilis na gestação.

Outro recurso referido como importante à adesão ao tratamento foi a informação, cuja falta foi, da mesma forma, destacada pelas entrevistadas como fatores para a persistência da sífilis em gestantes e para a sífilis congênita.

## **2.2 Falta conscientização**

De acordo com o MS, a informação é importante ferramenta para o sucesso dos tratamentos e cuidados em saúde, sendo a educação o principal meio para atingir o objetivo desejado. Na perspectiva do cuidado em saúde, o acesso à informação e a educação em saúde reforçam a promoção da saúde dos usuários, ressaltando o estímulo e o fortalecimento do protagonismo do indivíduo no processo de saúde doença, bem como sua autonomia e corresponsabilidade, tornando-o capaz de intervir na sua qualidade de vida<sup>25</sup>.

A educação em saúde como metodologia assistencial no campo da Enfermagem é extremamente difundida e utilizada para orientação e informação de indivíduos, famílias, grupos e comunidades visando a tomada de consciência, empoderamento e adoção de hábitos e atitudes saudáveis. Uma das atribuições da enfermeira é desenvolver atividades educativas, individuais ou em grupos, para a equipe (educação permanente) e para a comunidade em geral (educação em saúde)<sup>26-27</sup>. Porém, as enfermeiras encontram dificuldades para realizar estas atividades, tais como resistência à mudança e aceitação de um novo modelo assistencial.

A orientação, a informação e a conscientização das gestantes sobre a sífilis foram abordadas pelas entrevistadas como desafios à redução e eliminação da sífilis congênita em âmbito municipal.

[...] esse desconhecimento da população, essa coisa de não praticar o sexo seguro, da importância de fazer os exames antes da gravidez, do parceiro, da mulher [...] (Enf.2)  
[...] acho que falta bastante conscientização, porque as pessoas não têm noção da gravidade do problema [...] (Enf.9)  
[...] conscientização da população [...] você tem que, nas suas orientações, ter uma forma muito agressiva para conseguir fazer com que aquela gestante se conscientize [...] é ignorância das pessoas no sentido de informação. (Enf.12)

Ao mesmo tempo em que o desconhecimento e a conscientização ou a falta dela são remetidos à responsabilidade dos usuários, há o reconhecimento da orientação como papel do profissional de saúde e da comunicação entre a equipe.

[...] eu acho que vem muito da questão da orientação do profissional para aquele paciente [...] talvez ela (gestante) não recebeu a orientação correta. (Enf.1)  
[...] foi falha de comunicação na própria equipe [...] realmente falha da equipe. (Enf.6)

No entanto, apesar da falta de informação ter sido apontada como um dos motivos da persistência da sífilis em gestantes e do crescente aumento da sífilis congênita, assim como o reconhecimento do papel educativo da profissional enfermeira, estratégias de educação em saúde como grupos ou cursos para gestantes e casais foram referidas por uma das 12 enfermeiras entrevistadas, ainda com destaques à não efetividade da ação.

[...] estava fazendo um grupo de gestantes no início deste ano, mas a gente tem uma séria dificuldade. (Enf.1)

Este estudo aponta que a informação sobre sífilis gestacional e sífilis congênita oferecida pelas enfermeiras às gestantes, restringe-se ao momento da primeira consulta de Enfermagem, realizada na abordagem inicial e muitas vezes sem o diagnóstico estabelecido de sífilis. Orientações subsequentes ficam no encargo do médico obstetra que segue o acompanhamento pré-natal.

[...] se o resultado vem reagente passamos para o médico. (Enf.1)  
[...] a partir do momento que deu o exame de sífilis, ela já está em acompanhamento com o médico. (Enf.4)

O desconhecimento e a falta de sensibilização sobre o problema de saúde e suas implicações levam à não responsabilização das gestantes no seu próprio acompanhamento e no tratamento adequado, também referido pelas entrevistadas.

### 2.3 A responsabilidade pela minha saúde é minha e não do profissional

A falta de responsabilidade pelo tratamento e cuidado foi citada por algumas enfermeiras como importante fator para a persistência dos casos de sífilis congênita, seja pela não procura do serviço de saúde pela gestante, pela não adesão ao tratamento ou pela não utilização do preservativo como meio de prevenção de reinfecção.

[...] eles se recusam a vir, é falta de interesse, é não ver a sífilis como uma real complicação [...] (Enf.4)

[...] é que a gente não tem aderência da população, a responsabilidade é do serviço, hoje a responsabilidade é nossa de dar o tratamento de cuidar, de ir atrás de fazer e acontecer. (Enf.10)

Neste contexto, problematizamos a autonomia dos sujeitos. É de suma importância que a enfermeira desenvolva ações voltadas para intensificar a autonomia dos usuários para que estes sejam realmente comprometidos no cuidado com sua saúde.

A autonomia como habilidade de autodeterminação, ou seja, como poder e habilidade do indivíduo de decidir ou agir sobre si próprio<sup>22</sup> remete ao respeito às suas pretensões, ao autogovernar-se e a sua participação ativa no cuidado com sua saúde. A importância da orientação às gestantes com sífilis é consenso, pois a falta de orientações sobre a doença e do uso de preservativos, são indicadores de qualidade e efetividade para a redução da transmissão vertical da sífilis<sup>21</sup>.

Entretanto, é importante considerar que, em tratando-se de mulheres e muitas vezes de baixa renda e pouca escolaridade, as questões de gênero estão presentes, manifestadas especialmente na persistência dos papéis tradicionais femininos, nos quais a submissão ao homem e a suas decisões é central.

Grande parte das enfermeiras pesquisadas refere-se à desinformação das gestantes sobre a sífilis e suas complicações. No entanto, ressaltam a importância da responsabilidade destas pelo tratamento e de realizá-lo completa e corretamente, bem como o de seus parceiros.

[...] o paciente também tem sua parcela de responsabilidade. (Enf.1)

[...] ela (gestante) tem se conscientizar de que realmente necessita fazer o tratamento até o fim, de que o marido também precisa fazer isso. (Enf.8)

[...] é dado orientação de que a responsabilidade é dela em fazer o tratamento. Então, a gente não tem como obrigar as pessoas a realizar o tratamento. Hoje a responsabilidade é nossa (ESF) de dar e fazer o tratamento. (Enf.10)

[...] o que acontece é que você identifica um caso, você inicia o tratamento, você fornece tudo que tem direito e a pessoa some [...] (Enf.12)

Assim, evidenciamos que as gestantes e seus parceiros necessitam compreender que, além da informação, sua participação, compromisso e envolvimento no tratamento são

fundamentais. É necessário ainda que as enfermeiras estejam envolvidas neste processo, informando, criando vínculos e incentivando a autonomia dos usuários, para despertar sentimento de responsabilização pelo feto e no sucesso do tratamento.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo, conforme as categorias e subcategorias apresentadas, a lembrar: 1. Assistência de Enfermagem à sífilis em gestantes: a consulta de Enfermagem como ferramenta profissional do cuidado em Enfermagem; a visita domiciliar como recurso para a busca ativa e cuidado em Enfermagem; e o monitoramento “à distância” como estratégia para o acompanhamento da sífilis em gestantes e, 2. Sífilis em gestantes - o problema persiste: a recontaminação acontece porque eles não se tratam; falta bastante conscientização; e a responsabilidade pela minha saúde é minha e não do profissional, revelam lacunas na assistência de Enfermagem às gestantes com sífilis e seus parceiros.

A consulta de Enfermagem, como atividade privativa da enfermeira, fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de Enfermagem e elaboração do plano assistencial como meios para melhor assistir a gestante. Oferece também oportunidade para a criação do vínculo entre profissional e usuário. Ao identificar a realização de somente uma consulta de Enfermagem na UBS no pré-natal de gestante com sífilis, apontamos para a fragilidade no estabelecimento das relações entre as enfermeiras e gestantes.

A problematização deste contexto pode ser atribuída ao modelo assistencial médico-centrado que se desenvolve no município em que o estudo foi desenvolvido, sendo este profissional o responsável pela assistência direta/consultas de rotina à gestante durante todo o período gravídico. Não distante da realidade de muitos municípios brasileiros que, apesar dos avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde e pela Estratégia Saúde da Família, mantêm modelo de atenção à saúde centrado no saber médico e nas habilidades e conhecimentos que privilegiam o campo das tecnologias duras e leve duras, em detrimento das relações que se estabelecem entre usuário/profissional.

Discutir a assistência de Enfermagem à sífilis em gestantes na perspectiva da ESF/ordenadora do cuidado requer referências à utilização de tecnologias leves, aquelas que privilegiam as relações estabelecidas permeadas pelo vínculo, pelo acolhimento e escuta. Além disso, tais tecnologias valorizam a utilização de metodologias assistenciais como a consulta de Enfermagem, a visita domiciliar e a educação em saúde como recursos para a assistência de

Enfermagem resolutiva e de qualidade. Neste cenário, a fragilidade das relações enfermeiras/gestantes e das práticas de Enfermagem na assistência pré-natal foi observada.

Uma das principais causas apontada para a transmissão da sífilis congênita foi a não adesão do parceiro ao tratamento. Mesmo problematizado pelas enfermeiras, não houve relato de estratégias para o acolhimento adequado deste usuário ou de sua participação ativa no pré-natal masculino.

No que diz respeito à educação em saúde, apesar de ser uma ferramenta facilitadora no processo de capacitação da gestante/parceiro para o sucesso no tratamento e de contribuir para a promoção da saúde desses indivíduos, não houve referências à realização de atividades como grupos ou cursos para casais, mesmo frente ao reconhecimento da falta de informação dos usuários.

A transcrição dos resultados e a representação destes em categorias e subcategorias, não se restringem ou se limitam à discussão ora apresentada, cabe ao leitor compreender a dinâmica do processo que envolveu esta pesquisa e a proposta metodológica voltada ao cenário local, podendo ser aplicada a outras realidades.

Sugerem-se estudos que aprofundem as discussões e apontem para o resgate e investimento na qualificação e formação de enfermeiras para a assistência pré-natal de baixo risco, mediante criação de rotinas, procedimentos operacionais, fluxos e protocolos.

Cabe às universidades desenvolver projetos de pesquisa e extensão de forma a fomentar o desenvolvimento profissional e a qualificação das práticas em desenvolvimento nos serviços voltados à atenção de saúde no âmbito do SUS.

## REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação da Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis no Brasil- cap. 6. Brasília - DF. Ministério da Saúde, 2004. 39 p.

2 Magalhães DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública. 2013 ;29(6):1109-1120. Doi: 10.1590/S0102-311X2013000600008

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília - DF. Ministério da Saúde, 2016. 124 p.



- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Sífilis 2019. 2019;4(36). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>.
- 5 World Health Organization. Guidelines for the treatment of treponema pallidum (syphilis). Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis-treatment-guidelines/en/>.
- 6 Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect. Dis.* 2017;(8):e235-e279(2017.). Doi: 10.1016/S1473-3099(17)30310-9
- 7 Organização Pan-Americana da Saúde, UNICEF, Iniciativa regional para a eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e sífilis congênita na América Latina e no Caribe: estratégia de monitoramento regional. 2010; OPAS: Washington, DC
- 8 World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09. Geneva: WHO; jun. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>. Acesso em: 15 out. 2020.
- 9 Nunes JT, Marinho ACV, Davim RMB, Silva GGO, Felix RS, Martino MMF. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017;11(12):4875-4884. Doi: 10.5205/1981-8963-v11i12a23573p4875-4884-2017
- 10 Silva PTB, Magalhães SC, Lago MTG. A assistência do profissional enfermeiro frente ao diagnóstico da sífilis no período gestacional: uma revisão bibliográfica. *Rev. Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa.* 2019;1(35):78-92. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/998>.
- 11 Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandatino ACS, Gomberg E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde.* São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.
- 12 Oliveira MAG, Leite-Araújo MA, Matsue RY, Lima VB, Alves FO. Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil. *Rev. Salud Pública.* 2017;19(1):73-78. Doi: 10.15446/rsap.v19n1.49295
- 13 Araujo MAL, Barros VL, Moura HJ, Rocha AFB, Guanabara MAO. Prevenção da sífilis congênita em Fortaleza, Ceará: uma avaliação de estrutura e processo. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(3):300-306. Doi: 10.1590/1414-462X201400030012
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Ao Pré-Natal De Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n° 32.* Brasília - DF. Ministério da Saúde, 2012. 320 p.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*, 22 set 2017.
- 16 Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, [Internet].* 2010;1(1):282-295. Disponível em:



[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&tlng=pt).

17 Oliveira DR, Figueiredo MSN. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. *Enfermagem em Foco*, [Internet]. 2011;2(2):108-111. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/106>

18 Elias AN, Mandú ENT, Araújo LMA. Vigilância à saúde reprodutiva na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*. 2014;18(3):456-458. Doi: 10.5935/1414-8145.20140065.

19 Silva DMA, et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto Contexto - Enferm*. 2014;23(2):278-285. Doi: 10.1590/0104-07072014000510013

20 Ximenes IPE, Moura ARF, Freitas GL, Oliveira NC. Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. *Rev. Rene*, 2008;9(3):74-80. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5067/3716>

21 Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2013;47(1):147-157. Doi: 10.1590/S0034-89102013000100019

22 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde*. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

23 Vasconcelos MIO, Oliveira KMC, Magalhães AHR, Guimarães RX, Linhares MSC, Queiroz MVO, et al. Estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para tratamento simultâneo do casal. *ATAS Investigação Qualitativa em Saúde*. 2016;1:1584-1592. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/918/902>

24 Rodrigues ARM, Silva MAM, Cavalcante AES, Moreira ACA, Mourão Netto JJ, Goyanna NF. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. *Rev Enferm UFPE On line*. 2016;10(4):1247-1255. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031600>

25 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

26 Lazarini FM, BDA. Intervenção educativa na Atenção Básica para prevenção da sífilis congênita. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25: e2845. Doi: 10.1590/1518-8345.1612.2845

27 Jacob LMS, Mafetoni RR, Figueira MCS, Lopes MHBM, Shimo AKK. Ações educativas para prevenção de complicações relacionadas à gestação. *Rev. Enfermagem Atual in Derme*. 2019;87:25. Disponível em: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/197/98>

## CAPÍTULO 8

### DA MESMA FORMA QUE EMPURRARAM A BEBÊ, TIRARAM A PLACENTA: PARTURIÇÃO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Joice Moreira Schmalfluss  
Dauana Marchioro  
Tassiana Potrich  
Crhis Netto de Brum  
Eleine Maestri

#### INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, os processos de parir e nascer já passaram por inúmeras modificações. Tradicionalmente e durante muito tempo, o acompanhamento das gestantes era realizado por parteiras leigas, comadres ou aparadeiras que prestavam assistência domiciliar por meio do empirismo<sup>1</sup>, com conhecimentos adquiridos a partir das próprias experiências gestacionais e parturitivas<sup>2</sup>.

Visto como algo natural, “a arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da própria humanidade e, particularmente, da história da mulher”<sup>3:280</sup> e, em assim sendo, por muitos anos o fenômeno de dar à luz manteve a medicina distante do cenário de parturição<sup>3</sup>. Este fato permitiu que as parteiras fossem as principais atuantes neste contexto, sendo consideradas, por longa data, as principais *expertises* de assuntos relacionados à gravidez, ao parto, ao nascimento e ao puerpério.

Então, nos séculos XVII e XVIII, a medicina começou a penetrar neste espaço, intitulado a prática de parir de ‘arte obstétrica’. Assim, o profissional formado por essa arte foi denominado de parteiro ou médico-parteiro. Este processo teve seu início na Europa, seguindo para o Brasil em 1808 (século XIX), com a implantação das primeiras escolas de medicina na Bahia e, posteriormente, no Rio de Janeiro. As escolas focavam o ensino relacionado à parturição como um evento biológico, cujo principal objetivo era salvar a vida da mulher<sup>1</sup>. Assim, o parto era visto e entendido “como um mero problema técnico de retirar um objeto vivo (bebê) de dentro de um tubo (o útero), fazendo-o descer por um outro tubo (o canal vaginal) para ir parar, então, nas mãos do médico”<sup>2:160</sup>.

A institucionalização do parto, aliada a um modelo biomédico que considera que este evento deve ser medicalizado, pautou o atendimento em técnicas, rotinas e protocolos, tornando-o mecânico, robotizado e, por vezes, com intervenções demasiadas e condutas

inadequadas. Eis que surge o que, hoje, conceitua-se como violência obstétrica. No Brasil, esta modalidade de violência começou a ser evidenciada na segunda década do século XXI e

apesar de ser considerado um tema “recente” ou um “novo” campo de estudo, o sofrimento das mulheres com a assistência ao parto é registrado em diferentes momentos históricos, ainda que sob denominações diversas, encontrando respostas em distintos contextos, e frequentemente tendo um impacto importante na mudança das práticas de cuidado no ciclo gravídico-puerperal<sup>4</sup>:1-2.

Conceitualmente, a violência obstétrica é caracterizada por atos cometidos em relação à saúde sexual e reprodutiva da mulher. Pode ser praticada por profissionais da saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas ou qualquer outra pessoa<sup>5</sup> que tenha contato com a mulher antes, durante ou após a prestação de um serviço de saúde. Esse tipo de violência pode assumir caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e/ou midiático<sup>5</sup>. A expressão ‘violência obstétrica’ também foi considerada como um agrupamento de todos os tipos de violências e danos causados à mulher, por um profissional e no período obstétrico<sup>6</sup>.

Uma Lei Orgânica publicada em 2007, na Venezuela, foi a primeira a tipificar a violência obstétrica dentre os outros tipos de violências cometidas contra mulheres. Nesta Lei, entende-se violência obstétrica como a apropriação do corpo feminino e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, manifestados por tratamento desumano, uso abusivo de medicações e abordagem de processos naturais como patológicos. Tais atos e manifestações podem resultar na perda de autonomia e capacidade das mulheres decidirem livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida<sup>7</sup>.

A violência obstétrica também é entendida

como um evento manifesto nos atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder e pelo conhecimento técnico científico que naturalizam e banalizam sua ocorrência no cenário obstétrico. Assim, a violência obstétrica retrata uma violação dos direitos humanos e constitui um grave problema de saúde pública<sup>8</sup>.

No Brasil, no ano de 2010, a Fundação Perseu Abramo, juntamente com o Serviço Social do Comércio (SESC), realizou uma pesquisa sobre gênero com mulheres brasileiras em espaços públicos e particulares. Os resultados evidenciaram que 25%, ou seja, 1/4 das mulheres que participaram do estudo sofreram algum tipo de violência durante a gestação, tanto em consultas de pré-natal quanto no momento do parto. As agressões estiveram relacionadas à repreensão, humilhação, gritos por não obedecerem a ordens, exames dolorosos em demasia (toque vaginal), discriminação por cor ou classe social<sup>9</sup>.

Nesse sentido, iniciativas vêm sendo implementadas mundialmente com o objetivo de coibir atos que caracterizam violência obstétrica. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma declaração intitulada ‘Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde’. Nela, ressalta-se que, em todo o mundo:

muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação<sup>10:1</sup>.

Por meio desta declaração, a OMS “convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos”<sup>10:1</sup>. Em Santa Catarina (SC), estado onde este estudo foi realizado, a Lei número 17.097 entrou em vigência em janeiro de 2017 e dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica<sup>11</sup>. Mesmo assim, casos de violência obstétrica continuam ocorrendo. Diante do exposto, delinearam-se as seguintes questões de pesquisa: qual o conhecimento de mulheres primíparas sobre violência obstétrica? Elas identificam ter sofrido esse tipo de violência? Logo, este estudo objetivou analisar o conhecimento de mulheres sobre a violência obstétrica, a partir de suas primeiras vivências de parturição.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A pesquisa foi realizada com usuárias cadastradas em um Centro Integrado de Saúde, localizado em um município do Oeste de Santa Catarina. Este serviço de saúde contava com o atendimento de gestantes e puérperas que, à época em que o estudo foi realizado, eram assistidas por uma enfermeira obstetra e uma médica ginecologista obstetra durante o acompanhamento pré-natal e puerperal.

Participaram do estudo quatro mulheres, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser primípara (justifica-se este critério, pois acredita-se que primíparas possuem vivências diferentes das múltiparas, já que é a primeira experiência com a gestação e, conseqüentemente, com o pré-natal, parto e puerpério); ter sido submetida a parto vaginal (justifica-se este critério, pois as mulheres submetidas a uma operação cesariana recebem uma assistência diferente, até mesmo em função da equipe que presta o atendimento, bem como o local que o procedimento ocorre, no bloco cirúrgico do hospital e não no centro obstétrico); ter tido filho há menos que seis meses (este critério de inclusão justifica-se pelo fato de que se a

mulher for entrevistada após um longo período em que o episódio da violência aconteceu, a lembrança poderá não ser fidedigna ao que realmente e como ocorreu); ter mais de 18 anos; ter cadastro no centro de saúde onde a pesquisa foi realizada, bem como no Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL). Foram excluídas do estudo: mulheres que tiveram casos de gestação interrompida anterior decorrente de um aborto ou uma perda fetal e mulheres que realizaram o pré-natal ou tiveram o parto particular ou pela rede privada de saúde.

Na etapa de coleta de dados as usuárias foram identificadas com o auxílio de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), seguindo informações colhidas ao longo de visitas domiciliares. Após essa identificação inicial foi realizado contato com as possíveis participantes que atendiam aos critérios de inclusão, por telefone ou pessoalmente. A coleta de dados ocorreu nos domicílios das mulheres, em horário e data escolhida por elas, nos meses de outubro e novembro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas foram audiogravadas com um gravador digital do tipo *MP3 Player* e, posteriormente, transcritas.

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, o que compreendeu três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação<sup>12</sup>.

Todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos foram respeitados<sup>13</sup>. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) sob parecer número 838.601. Cada participante entrevistada foi nomeada com a letra P e números que contemplaram a ordem das entrevistas (P1, P2, P3 e P4).

As quatro participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento para Fotografia, Filmagem e Gravação. As autoras comprometeram-se a manter a confidencialidade das informações coletadas nos prontuários e carteiras de pré-natal das mulheres, assim como o anonimato das entrevistas, de acordo com o Termo de Compromisso para Utilização de Dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As quatro participantes do estudo tinham idade média de 21,25 anos, variando entre 18 e 27 anos. Com relação à escolaridade, três delas (75%) concluíram o ensino médio (segundo grau) e uma (25%) estava em fase de conclusão, mas em função da gravidez teve que adiar o término dos estudos. Três participantes exerciam trabalho remunerado (auxiliar de classe,

atendente de balcão e operadora de caixa) com vínculo empregatício e uma exercia trabalho autônomo (manicure). Em relação à situação conjugal, duas mantinham união estável com o parceiro, uma era solteira e outra casada.

A análise temática dos dados coletados resultou em um tema geral, sendo este denominado de violência obstétrica e apresentado na sequência. Nos relatos coletados nas entrevistas, quando as participantes detalharam seu trabalho de parto, parto e pós-parto, a dor sentida durante o processo remeteu a algo difícil, bem como a uma experiência negativa.

O parto foi bem doloroso [...] foi bem complicado ter que passar pela dor, foi ruim [...] (P1)  
Eu só tive que esperar bastante, aguentar a dor. (P2)  
Porque ali, na hora da dor, a gente fica, sabe, eu pelo menos aguentei firme até um certo ponto, depois eu não aguentava mais. (P4)

A dor permanece sendo vista como aspecto que influencia negativamente a experiência de parturição das mulheres<sup>14</sup>. No entanto, ressalta-se que a forma como a mulher lidará com a dor durante o processo de parturição está diretamente relacionada a fatores de ambiência, apoio e empatia por parte dos profissionais que estão prestando a assistência, presença ou não de acompanhantes durante todo o processo, bem como uso de métodos não farmacológicos e/ou farmacológicos para o alívio da dor.

Nesse sentido, um fato mencionado como positivo para uma das entrevistadas foi a presença do seu esposo durante todo o processo de parturição.

Meu marido teve toda a hora comigo até a hora de eu ir pro quarto, toda a hora. [...] Ele me deu força. (P3)

No entanto, para outra entrevistada um acompanhante se fez presente em parte do período de internação e, outro relato, deixou claro que ninguém acompanhou uma das participantes.

Acompanhante só depois na internação, que daí meu marido ficou junto até depois que eu fui pro quarto. (P1)  
Tava só eu na sala. Eu tava sozinha. (P2)

Desde o dia 7 de abril de 2005, a Lei número 11.108 garante às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde e para os atendimentos particulares<sup>15</sup>. A Lei número 17.097, de Santa Catarina, no seu artigo 3º - inciso IX deixa claro que “impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto” se configura em violência obstétrica<sup>11</sup>.

Desta forma, considerando o dossiê da violência obstétrica publicado pela Rede Parto do Princípio, o descumprimento das duas Leis mencionadas se enquadra em um tipo de violência de caráter institucional. Segundo o dossiê, são atos caracterizadores desta violência “ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam ações ou serviços, de natureza pública ou privada”<sup>5:61</sup>.

O uso de medicações durante o trabalho de parto também foi mencionado pelas entrevistadas, variando de acordo com o tipo de terapêutica, efeito esperado, local de aplicação e momento de utilização.

Medicação eu lembro que eles me deram duas no braço antes [do parto]. (P1)  
[...] era um anti-inflamatório e o paracetamol, acho que era pra dor. Mas antes me colocaram um soro, mas o nome eu não sei, mas não é aquele soro pra vim [o bebê]. (P4)

Em relação à utilização de medicações no trabalho de parto, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal orientam que métodos não farmacológicos para o alívio da dor sejam oferecidos antes de fármacos<sup>16</sup>. Além do uso de medicações com a finalidade de aliviar a dor causada pelas contrações uterinas, duas participantes relataram receber uma medicação chamada ocitocina durante o trabalho de parto.

Me colocaram no soro [...] aí as contrações aumentaram e não me deram medicamento nenhum [...]. (P1)  
Daí me internaram num quartinho e daí me botaram soro pra vim mais forte as dores. (P3)

Nessa perspectiva, um estudo qualitativo realizado no Peru acerca das experiências de 14 primigestas no trabalho de parto constatou que a utilização de ocitocina sintética foi prática rotineira no atendimento das gestantes<sup>17</sup>. Outras pesquisas desenvolvidas no Brasil e que objetivaram avaliar as boas práticas obstétricas, bem como as intervenções realizadas durante o trabalho de parto averiguaram um percentual significativo de gestantes que receberam ocitocina endovenosa durante o trabalho de parto, sendo que um estudo evidenciou o uso dessa substância em 40% das gestantes atendidas<sup>18</sup> e o outro em 60% das grávidas<sup>19</sup>.

O uso da ocitocina com o objetivo de acelerar o processo de parturição deve considerar uma série de cuidados por parte do profissional. Estes cuidados dizem respeito desde as orientações fornecidas à parturiente sobre os efeitos desta medicação sobre o seu corpo e processo de parturição, bem como vigilância das doses e repercussões do seu uso para a mulher e/ou feto<sup>16</sup>. No entanto, estes cuidados nem sempre são considerados.



Outro ponto observado em um dos relatos demonstrou que nem sempre as participantes sabiam que medicação estava sendo aplicada, qual era a sua finalidade e/ou motivo que justificasse seu uso.

Aí depois do parto elas me deram uma [medicação] no quadril, mas não me falaram qual era [...]. (P1)

Ressalta-se que, quando se trata da administração de medicamentos, o item ‘orientação certa’ deve ser respeitado. No entanto, assim como se observou no presente estudo no qual houve falha em relação à orientação dada à participante quanto ao uso de uma medicação específica, este fato também foi constatado em outra pesquisa. Nela, a orientação certa não foi cumprida por muitos profissionais que negligenciaram informações quanto ao “medicamento administrado, nome e efeitos esperados, independentemente do nível de consciência ou presença de acompanhante”<sup>20:7</sup> do paciente que estava em atendimento.

Quando medicações não foram utilizadas, as participantes do estudo citaram algumas formas de alívio da dor do trabalho de parto, que são os métodos não farmacológicos, a exemplo da deambulação e de banhos quentes. Estes, além de proporcionarem uma sensação de relaxamento com conseqüente diminuição da sensação de dor, também auxiliaram no progresso do trabalho de parto e/ou parto e nascimento.

Eles me mandaram caminhar, umas duas horas e meia, aí já tava com quatro centímetros [dilatação]. (P1)

Me botaram no chuveiro pra acalmar um pouco [a dor] e daí nasceu. (P3)

Os benefícios dos métodos não farmacológicos para alívio da dor são cientificamente comprovados e estimulados por diversos materiais do Ministério da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde, por artigos publicados em periódicos, entre outros. Mesmo assim, empiricamente, ainda se observa que existe certa resistência, em alguns cenários obstétricos, quanto ao uso destes meios para amenizar a dor do processo de parturição.

Nesse âmbito, pesquisa transversal do tipo inquérito realizada em hospitais públicos do Distrito Federal avaliou a adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, entre médicos, enfermeiros e residentes atuantes em programas de residência em obstetrícia. Os resultados demonstraram diferenças significativas ( $p < 0,01$ ) quando o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor foi comparado entre enfermeiros e médicos<sup>21</sup>. Um maior percentual de enfermeiros e enfermeiros residentes utilizou os métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, do que médicos e médicos residentes<sup>21</sup>.

Nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal está claro que, independentemente do método de alívio da dor escolhido pela gestante (deambulação, relaxamento, banheira, chuveiro, massagem, estimulação elétrica transcutânea, acupuntura, música etc.), este deve ser apoiado pelo profissional de saúde que está prestando o cuidado<sup>16</sup>.

Quando questionadas sobre a assistência que receberam enquanto estavam internadas, as participantes manifestaram divergências, até mesmo em relação aos diferentes profissionais que transitaram em distintos turnos de trabalho.

Fui bem atendida [...] eu fui para o hospital meio-dia e fui ganhar ela nove e meia da noite. (P2)

Bom, cheguei aí tinha só uma enfermeira que tava lá que ela era bem... como que eu posso dizer? Ignorante sabe... Mas aí depois trocou de plantão, o médico também não gostou de mim [...] Daí foi o... Ai, não lembro dele, mas foi bem querido comigo, me deixou calma, me passou tranquilidade e a enfermeira também [...] Mas depois que trocou o plantão, que foi às 7 horas da manhã, mas antes não foi assim. (P4)

Ao detalhar os acontecimentos do processo de parturição, a entrevistada P1 relatou ter vivenciado situações desagradáveis, mas inicialmente não associou tais eventos à violência obstétrica.

Aí depois a placenta não queria sair, foi daí que tiraram a força [...] A bebê também eles empurraram, eles forçaram embaixo do peito, aí a placenta tava contraída e não conseguiam tirar, tiraram à força. Da mesma forma que empurraram a bebê, tiraram a placenta [...] não queriam me dar anestesia. As enfermeiras falavam para o médico dar anestesia e ele falou que não, que era assim mesmo. (P1)

Esta fala deixa claro que várias foram as violências cometidas contra a participante e estas envolveram desde a adoção de práticas não recomendadas (como a manobra de Kristeller) até mesmo a naturalização de intervenções que podem repercutir em danos para a mulher e/ou para o feto (como a dequitação não espontânea da placenta e o não oferecimento de medicações para o alívio da dor). Ressalta-se que a recomendação é de que “a manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto<sup>16:26</sup>.

Esta manobra de pressão do fundo do útero durante o trabalho de parto ou parto, além de ser um tipo de violência obstétrica, pode causar danos à mulher e à criança, tais como: fratura de clavícula no bebê, hemorragia e laceração perineal na gestante, além da dor e do desconforto de pressionar o bebê para nascer. Para além disso, o fato de a manobra de Kristeller não ser entendida como um ato de violência obstétrica pode acarretar submissão da gestante ao profissional de saúde ao considerar que tal conduta é normal e necessária para o nascimento do bebê.

Ainda no que tange à manobra de Kristeller, importante estudo realizado a partir de dados da pesquisa ‘Nascer no Brasil’ avaliou o uso das boas práticas e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual. Tal manobra foi considerada uma intervenção durante o trabalho de parto, sendo constatada a sua incidência em 37% da população participante, com maior frequência em primíparas<sup>18</sup>, mesma população do presente estudo.

Outro estudo que objetivou avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal constatou que, quando a manobra de Kristeller foi realizada, na maior parte dos casos não foi registrada em prontuário<sup>19</sup>. Esse fato pode repercutir em subnotificação desta intervenção e, por consequência, prejudicar o conhecimento sobre a incidência dessa forma de violência obstétrica, gerando dificuldade em coibir a manobra e enfrentar o problema.

Nesse contexto, documento da OMS enfatiza a importância de que dados relacionados a práticas desrespeitosas na assistência à saúde das gestantes sejam produzidos na tentativa de prevenir e eliminar abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde<sup>10</sup>. Nessa mesma direção, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) emitiu importante decisão (DECISÃO COREN-RS Nº 095/2016) homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), vedando “a participação de profissionais de Enfermagem na realização da Manobra de Kristeller” (artigo 1º) e determinando “que os profissionais de Enfermagem registrem a não participação na realização da Manobra de Kristeller no prontuário da mulher, de modo a assegurar seus direitos e evitar qualquer tipo de responsabilidade pelo ato” (artigo 2º)<sup>22</sup>. Desta forma, acredita-se que iniciativas como as recém mencionadas possam contribuir para o banimento desse tipo de intervenção obstétrica considerada danosa.

Acredita-se que o fato de a entrevistada P1 inicialmente não identificar ter passado por episódios de violência obstétrica, mesmo comprovando-se diversas violências por meio de suas falas, se dá pelo desconhecimento do que se configura este ato ou, ainda, por estar vivenciando um processo de negação.

Em outras falas também se percebeu que há lacunas no conhecimento das mulheres em relação aos atos de violência obstétrica, evidenciadas por uma importante limitação conceitual. Salienta-se que, para algumas, esta prática caracteriza-se apenas quando o médico fala de maneira grosseira com elas.

Ah, sei lá, das enfermeiras, que, ah eu não sei, não tem paciência. Muita gente fala que tem enfermeira, até médico mesmo que não dão aquela tranquilidade, só falam tipo, grosso com a pessoa, eu acho que isso não é certo, né? Sei lá [...] (P4)

Mesmo com relatos como esse, algumas participantes não identificaram que tratamentos desse tipo se configuram em violência obstétrica. Reforçando tal pensamento, uma pesquisa refletiu acerca desta problemática ressaltando que a carência de informação por parte das parturientes pode fazer com que elas acabem adotando uma postura de passividade perante os profissionais, seja por acreditarem que eles sabem o que fazem, ou que faz parte do trabalho deles ou, até mesmo, por temerem represálias<sup>17</sup>.

Quando questionadas sobre o que conheciam ou já tinham ouvido falar sobre violência obstétrica, algumas respostas das participantes remeteram, novamente, à disseminação de informações para essas mulheres. Por quais meios de informações elas ouviram sobre esse fenômeno e formularam a sua opinião? E, ainda, será que essa falta de informação não omite dados importantes, tais como indicadores de qualidade da assistência, taxas de complicações pós-parto e outras iatrogenias? Reflete-se que quando ocorre omissão das mais diversas formas de manifestação da violência obstétrica, há uma falsa ideia de que a rede de atenção ao parto não necessita de mudanças.

Ademais, buscando compreender a violência obstétrica na visão das entrevistadas, quando questionadas especificamente sobre isso, foi associada por uma participante a atos de cunho sexual ou verbal.

O médico meio que violenta a mulher. Faz sexo com ela, sei lá, uma coisa assim. (P3)

A fala da participante três revela que algumas mulheres vinculam a violência obstétrica apenas a atos de cunho sexual. Quando questionada sobre ter passado por algum episódio de violência obstétrica, a participante negou, pois para ela a violência direcionada a gestantes é sinônimo de abuso de ordem sexual.

Nesse seguimento, revisão integrativa que visou a identificar os tipos de violência institucional no parto relatados pela mulher, pelo acompanhante de parto e por profissionais de saúde verificou que a violência obstétrica do tipo sexual não foi registrada em nenhum dos 33 estudos analisados. Já a violência institucional do tipo psicológica foi a mais frequente, citada em 84,8% dos artigos, seguida da estrutural, em 57,6% dos estudos, e da física, em 57,6% das análises. As violências verbal e discriminatória apareceram em menor percentual, em 30,3% e 27,2% das análises, respectivamente<sup>23</sup>.

E o mais interessante é que, mesmo relatando no decorrer da sua entrevista ter sido submetida ao uso de ocitocina sintética para adiantar seu trabalho de parto e não ter recebido medicação para aliviar a dor, tal participante não se sentiu violentada.

Outra entrevistada, percebeu que algumas situações vivenciadas durante o trabalho de parto e parto tiveram potencial danoso.

É, da mesma forma que não queriam me dar anestesia ou pelo forçar... fazer a força... Sei lá [...] aí foi por isso que deu hemorragia, porque eles forçaram a passagem. (P1)

Esta fala remete a pensar que certas condutas adotadas pelos profissionais de saúde que atenderam esta participante se distanciaram das boas práticas obstétricas, causando iatrogenia a ponto de gerar consequências como um quadro hemorrágico.

Nesse sentido, por acharem alguns procedimentos normais ou aceitáveis, as mulheres muitas vezes não refletem sobre o que passaram, sobre o que consideram violência, sobre o que julgam ser certo ou errado, calando-se diante das perguntas feitas ou, simplesmente, não querendo lembrar o que aconteceu durante o período de assistência.

Em relação ao momento e ao profissional que cometeu a violência, a primeira entrevistada relata que um dos episódios ocorreu quando ela estava em trabalho de parto e que os perpetradores foram o médico e os enfermeiros.

No parto, que ele [médico] não quis fazer a cesárea de jeito nenhum, eu não ia aguentar. (P1)  
Foi os enfermeiros mesmo. (P1)

Um estudo de revisão mostrou que em 18,1% dos artigos analisados, profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e técnicos de Enfermagem foram autores ou testemunhas de algum tipo de violência contra parturientes em seu ambiente de trabalho<sup>23</sup>.

As demais mulheres não identificaram ter passado por tais situações, desconsiderando algumas práticas como atos caracterizadores de violência obstétrica e, dessa forma, não identificando cenário e contexto dos atos. Acredita-se que a própria equipe de assistência ao parto pense que o ato caracterizador da violência esteja exclusivamente atrelado a quem o aplicou e não a quem o ordenou. No entanto, mesmo que a ordem tenha sido disparada por um profissional e o ato tenha sido aplicado por outro, a violência foi perpetrada por ambos os profissionais.

Nesse sentido, torna-se imperativo pensar em alternativas de prevenção e enfrentamento deste agravo. Um trabalho que teve por finalidade discutir e mapear os espaços digitais no

formato de sites, blogs e redes sociais que possibilitem a denúncia, interação, diálogo e empoderamento das mulheres que sofreram violência obstétrica no Brasil, considerou “que os ambientes virtuais e as redes colaborativas são dispositivos potentes para a transformação social”<sup>24:10</sup>. Outro estudo propôs iniciativas que envolvam a formação acadêmica, a conscientização das mulheres, a mobilização social, bem como a criação de leis e políticas públicas<sup>8</sup>.

Seguindo uma mesma linha, pesquisa que buscou subsídios para verificar a ocorrência da responsabilização civil médica pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, nos casos caracterizados como violência obstétrica pela Lei Estadual número 17.097, de 2017, sugere a educação como forma de fiscalização e cobrança acerca do desempenho dos profissionais envolvidos na assistência às mulheres<sup>25</sup>. Outro estudo sugere a reestruturação da rede de atenção ao parto e uma formação profissional em saúde embasada no respeito aos direitos da mulher no parto<sup>23</sup>.

Independente da estratégia utilizada para prevenir e enfrentar a violência obstétrica, o foco do cuidado deve estar pautado numa assistência digna, respeitosa e qualificada, no qual a mulher deve ser a protagonista da história do seu parto e nascimento do seu filho, de forma a vivenciar uma experiência gestacional, parturitiva e puerperal positiva. E, finalmente, a mudança do atual modelo obstétrico deve ser investida diariamente nos cursos de graduação da área da saúde, na sociedade como um todo e na formação continuada dos profissionais que formam a linha de frente no atendimento dessas mulheres.

## CONCLUSÃO

A partir desta pesquisa foi possível compreender que as primíparas entrevistadas desconhecem o que é violência obstétrica, tão pouco identificam ter passado por tal situação, mesmo que tenha sido possível identificar em suas falas atos caracterizadores desse tipo de violência. Esse fato é preocupante, visto que acaba por dificultar ou anular reclamações e/ou denúncias por parte da mulher violentada.

A falta de informação ou informações equivocadas, infelizmente, acarretam a submissão das mulheres no momento da parturição, já que estas podem passar a aceitar de forma consciente ou inconsciente ações danosas/iatrogênicas a sua saúde.

Portanto, tornam-se cada vez mais necessárias mudanças no modelo da assistência obstétrica existente, não só por parte da Enfermagem, mas também por parte da Medicina, duas

profissões diferentes, porém complementares, que atuam fortemente no cenário de assistência à gestante, parturiente e puérpera.

As mudanças nas condutas da equipe de saúde poderão contribuir para uma assistência mais digna e humana, reforçando as políticas já existentes sobre humanização no pré-natal, parto e nascimento, fazendo com que as mulheres se tornem protagonistas de todo o processo, tendo liberdade e autonomia para, acima de tudo, decidir sob os seus direitos e deveres, além de reivindicar por eles.

Espera-se que este estudo auxilie a anular ou diminuir a ocorrência de violência obstétrica e, ainda, ampare as mulheres que sofreram este tipo de violência a exigirem uma assistência digna no sentido de criar possibilidades para o seu empoderamento, garantindo-lhes um cuidado respeitoso e qualificado, além de humanizado. Também se expectativa que os profissionais que praticam ou já praticaram algum tipo de violência obstétrica implementem um cuidado mais humanizado na sua assistência, permitindo o protagonismo das mulheres nesse momento tão importante de suas vidas, o período gravídico-puerperal.

Ainda, espera-se suprir as lacunas de conhecimento existentes sobre essa temática, já que se trata de um assunto crescente e em constante pulsar, que cada vez mais vem sendo discutido, inclusive como pauta de políticas públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1 Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saúde Pública. 1991;7(2):135-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>
- 2 Helman CG. Gênero e reprodução. In: \_\_\_\_\_. Cultura, saúde e doença. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 147-69.
- 3 Wolff LR, Vasconcelos Moura MA. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2004;8(2):279-85. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713016>
- 4 Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. Journal of Human Growth and Development. 2015;25(3):377-85. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- 5 Parto do Princípio. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa; 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>



- 6 Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-12. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013)
- 7 República Bolivariana de Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: UNFPA; 2007.
- 8 Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26:e3069. Doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069
- 9 Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/SESC-SP; 2013.
- 10 Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=45F361FC545B40D85B159D90AC8C88F6?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=45F361FC545B40D85B159D90AC8C88F6?sequence=3)
- 11 Governo do Estado de Santa Catarina. Lei número 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Assembleia Legislativa de Santa Catarina (ALESC), 2017. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html)
- 12 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- 14 Rett MT, Oliveira DM, Soares ECG, DeSantana JM, Araújo KCGM. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. *ABCS Health Sci*. 2017;42(2):66-72. Doi: <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.v42i2.1005>
- 15 Brasil. Lei número 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Governo da República Federativa do Brasil, 2005.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

- 17 Rueda AVZ. Experiencias de primigestas en el trabajo de parto y del cuidado profesional que reciben [tesis]. Lambayeque, Chiclayo, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Escuela de Postgrado Maestría en Ciencias de Enfermería; 2019. 100 p.
- 18 Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(Supl.1):S17-S47. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- 19 Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26:e2988. Doi: 10.1590/1518-8345.2177.2988
- 20 Llapa-Rodriguez EO, Silva LSL, Menezes MO, De Oliveira JKA, Currie LM. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017;38(4):e2017-0029. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0029>
- 21 Carvalho EMP, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2135-45. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>
- 22 Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS). Decisão COREN-RS Nº 095/2016 - Veda a participação de profissionais de Enfermagem na realização da Manobra de Kristeller. Porto Alegre: COREN-RS, 2016. Disponível em: [https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao\\_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf](https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf)
- 23 Marrero L, Brüggemann OM. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(3):1219-28. Doi: 3):1152-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>
- 24 Garcia Junior CAS, Ceccon RF, Cruz DVN. Violência obstétrica: estratégias de produção do cuidado em ambientes virtuais no Brasil. *Revista Rizoma*. 2019;4(1):48-58. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/rizoma/article/viewFile/6657/6657>
- 25 Réus LS. A responsabilidade civil médica em casos de violência obstétrica: uma análise da jurisprudência e da legislação catarinense [trabalho de conclusão de curso]. Criciúma, Santa Catarina: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2019. 55 p.

## CAPÍTULO 9

### A EXPERIÊNCIA DE MULHERES SUBMETIDAS A BRAQUITERAPIA PARA O TRATAMENTO ONCOLÓGICO SOBRE A ESTENOSE VAGINAL

Silvânia Fabicz  
Debblye Pikula  
Rafael de Lima Carmo  
Eleine Maestri  
Jeferson Santos Araújo  
Vander Monteiro da Conceição

#### INTRODUÇÃO

Câncer é a denominação empregada a diversas doenças que têm em comum o crescimento celular anormal, sendo atualmente a segunda maior causa de morte mesmo nos países mais desenvolvidos, ocasionando altos custos hospitalares, medicamentosos e tecnológicos. Dentre os tipos de câncer com maior incidência feminina na atualidade, destacam-se o de corpo do útero e o de colo uterino, como problema de saúde pública e importante causa de morbimortalidade feminina<sup>1</sup>.

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Gomes de Alencar (INCA), somente no ano de 2018, ocorreram cerca de 16.370 novos casos de câncer de colo de útero no Brasil. Estima-se que o carcinoma de colo cervical entre a população feminina brasileira, ocupa a terceira colocação de neoplasia mais incidente, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres<sup>2</sup>.

Na Europa, no ano de 2018, foi estimado 3,9 milhões de novos casos de câncer, sendo que a incidência em mulheres foi de 47%, ou seja, cerca de 1,85 milhão. O câncer do corpo de útero foi estimado em 122 mil casos cerca de 6% da população feminina, perdendo somente para o câncer de mama com um total de 28,2%, colorretal 228 mil, com uma taxa de 12,3% dos casos, e de pulmão com um percentual de 158 mil casos e taxa de 8.5%. Já o número de mortes ocorridos no continente Europeu em 2018 foi de 1,93 milhões, com porcentagem de 44% em mulheres, totalizando 850 mil obitos<sup>3</sup>.

Contudo, o câncer do corpo do útero possui menor incidência no Brasil, sendo representado por 6.600 casos para cada ano, com um risco estimado de 6,22 casos a cada 100 mil mulheres. Dessa forma, ele ocupa a sétima colocação de neoplasia mais incidente. Em níveis de regiões, vale ressaltar que o câncer do corpo do útero é o sexto mais incidente no

Sudeste, com porcentagem de 7,66% a cada 100 mil mulheres. Já na Região Sul a taxa é de 7,17% a cada 100 mil mulheres, sendo o sétimo mais frequente. Nas regiões Centro-oeste (5,65/100 mil) e Nordeste (4,98/100 mil), ocupam a oitava posição; enquanto na Região Norte (2,11/100 mil), ocupa a décima posição<sup>2</sup>.

Depois do câncer não melanoma, o carcinoma do colo de útero é o de maior prevalência nas regiões brasileiras. Essa neoplasia ganha maior destaque no norte do país, com incidência de 25,62 casos a cada 100 mil mulheres. Nas Regiões Nordeste e Centro-oeste a predominância do câncer de colo de útero é a segunda neoplasia mais constante, Nordeste com estimativa 20,47/100 mil e Centro-oeste com estimativa de 18,32 /100 mil mulheres. Entretanto, nas regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil) o câncer de colo de útero destaca-se como a quarta neoplasia mais incidente<sup>2</sup>.

Os fatores de risco relacionados ao câncer cervical estão associados principalmente à infecção pelo Papiloma vírus Humano (HPV), disseminado por relações sexuais. Em relação ao câncer do corpo do útero, os fatores desencadeantes estão associados à predisposição genética, obesidade, diabetes mellitus, hiperplasia endometrial, falta de ovulação crônica, o uso de estrogênio para reposição hormonal após início da menopausa, menarca precoce, menopausa tardia<sup>2</sup>.

Os tratamentos para as neoplasias do colo do útero e do corpo do útero são: cirurgia, radioterapia (interna ou externa) e quimioterapias. O tipo de tratamento depende do estadiamento, tamanho da doença e fatores pessoais, tais como idade, e o desejo de ter filhos<sup>2</sup>.

Dentre as diversas formas de tratamento citadas destaca-se a braquiterapia, uma terapia antineoplásica aplicada diretamente no tumor, através de moldes, cateteres ou implantes, a qual permite a irradiação de volumes-alvo com elevada dose de radiação, considerada uma das principais terapias para tratamento de cânceres do sistema reprodutor<sup>4</sup>.

Contudo, episódios de complicações podem acontecer resultantes do tratamento. Esses efeitos são caracterizados por: irritabilidade vesical, diarreia, alterações cutâneas, fístulas intestinais ou vesicais e fibrose vaginal<sup>1</sup>.

A complicação mais comum da braquiterapia para o tratamento de neoplasias no sistema reprodutor feminino é a estenose vaginal, que afeta negativamente o comportamento em saúde e resposta sexual das mulheres, pois as mudanças físicas afetam a libido e o prazer sexual<sup>5</sup>.

A estenose vaginal é consequência do acometimento da mucosa vaginal, dos tecidos conectivos e dos pequenos vasos sanguíneos, acarretando diminuição da umidade vaginal e consequente diminuição da capacidade de elasticidade da vagina, induzindo o estreitamento da luz vaginal, o que consequentemente promove dificuldade na penetração durante o ato sexual e exames ginecológicos com a utilização dos espéculos<sup>6</sup>.

O acontecimento da estenose vaginal é um problema que repercute não somente na saúde física da mulher, mas também de diversas formas em sua vida de modo geral, principalmente no espectro cultural, podendo sentir-se inferiorizada como mulher, por entender que não corresponde a todos os conceitos e funções estabelecidos culturalmente. Dessa forma, torna-se de grande valia investigar acerca da temática, a fim de aperfeiçoar o atendimento em saúde, contemplando os cuidados fisiológicos e culturais das mulheres nesta situação, com intuito de minimizar repercussões negativas acerca da doença.

Nesse contexto, nota-se que mesmo com risco para o desenvolvimento da estenose vaginal, a braquiterapia é um tratamento fundamental para mulheres acometidas pelo câncer ginecológico. Assim, surgiu como questão de pesquisa: Qual é a percepção das mulheres submetidas à braquiterapia para o tratamento oncológico sobre a ocorrência da estenose vaginal? Para responder a esta indagação traçou-se o objetivo de identificar o perfil sociocultural e clínico das mulheres submetidas à braquiterapia e descrever os sentidos empregados à estenose vaginal em mulheres que realizaram braquiterapia antineoplásica.

## **METODOLOGIA**

O presente capítulo tem abordagem metodológica qualitativa de caráter exploratório. Para auxiliar na compreensão do fenômeno em investigação optou-se por utilizar o referencial teórico voltado para a cultura e todas as ideias que a cerca, como forma de entender o impacto da doença na vida pessoal e social dessas mulheres. Desta forma, a doença não é apenas vista como um processo biológico/corporal, mas o resultado da influência do contexto cultural e da experiência subjetiva de que o corpo está com problemas.

Para fins de compreensão do referencial, pode-se relacioná-lo com a Antropologia Médica, que é a aplicabilidade de conceitos das ciências humanas e sociais para fins de compreensão de fenômenos na área da saúde. Para o referencial adotado, há necessidade de compreender o fenômeno do adoecimento, que se trata não somente de abranger o efeito da doença em si a partir de seus processos biológicos, mas do adoecimento, ou seja, das

transformações sociais que ocorrem desde o surgimento de sinais e sintomas característicos de uma doença, do diagnóstico, da sua experiência com os tratamentos, e a sua vida após a doença (sobrevivência)<sup>7</sup>.

O estudo foi realizado no Serviço Ambulatorial de Radioterapia do Hospital Regional do Oeste (HRO), gerenciado pela Associação Hospitalar Leonir Vargas Ferreira (AHLVF), localizado na cidade de Chapecó, na Região Oeste de Santa Catarina. A AHLVF realiza atendimento de urgência e emergência, serviços de diagnóstico, atendimento nas áreas de oncologia, neurocirurgia, ortopedia, serviços de internação, procedimentos de alta complexidade, dentre outros, atuando como referência na Região Oeste de Santa Catarina.

Para a realização da pesquisa, foram entrevistadas sete mulheres que estavam em tratamento braquiterápico em detrimento de qualquer câncer ginecológico, que residiam em municípios próximos de Chapecó, tendo vista os recursos limitados para deslocamento para outras regiões mais distantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser mulher com câncer ginecológico, ter idade superior a 18 anos e estar em tratamento braquiterápico; ter sido diagnosticada com estenose vaginal após início do tratamento braquiterápico; apresentar condições clínicas e funções cognitivas preservadas, avaliadas por perguntas como: nome, endereço, idade e data de nascimento; residir no município de Chapecó ou proximidades, de maneira efetiva ou temporária, sendo considerada residência temporária nesta investigação as mulheres que residiriam em Chapecó até três meses após a abordagem dos pesquisadores, uma vez que para a metodologia proposta, é necessário o aprofundamento dos dados coletados; ser apresentada aos objetivos do estudo; concordar com os termos da pesquisa e ratificar seu interesse em participar da investigação por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram definidos os seguintes: mulheres que mesmo atendendo aos critérios de inclusão apresentassem-se vulneráveis psicologicamente para expressar sua experiência em relação ao fenômeno estudado; mulheres que residam em Chapecó, porém em área de risco que dificultasse o acesso dos pesquisadores a sua residência.

Para a coleta dos dados empregou-se a entrevista, cuja técnica consiste em entrevistas pouco estruturadas e podem abranger alguns aspectos, porém, com detalhamento. Com essa técnica, o pesquisador busca ir além da superfície do tópico em discussão, explora o pensar e o

fazer dos participantes. Por este tipo de entrevista, podem-se obter narrativas que permitem criações pautadas em circunstâncias, ações, causas, relações, objetivos e meios, o que proporciona ao pesquisador uma postura interpretativa, com vista a promover reciprocidade entre os pensamentos populares e científicos<sup>8</sup>.

Deste modo, foi elaborado um roteiro de entrevista com as seguintes arguições: Para você, o que é a estenose vaginal? Como ela acontece? Quem ou o que a produz? Por que isso aconteceu? Qual o tratamento? A sua vida mudou após a estenose vaginal? Caso sim, o que mudou? Por quê? Como é conviver com a estenose vaginal? Qual(is) os seus planos para o futuro?

Ressalta-se que os questionamentos descritos são um roteiro para guiar o pesquisador durante o processo de investigação, porém outros questionamentos foram realizados para que pudesse gerar uma aproximação da experiência das participantes, como proposto pela técnica adotada. Além do roteiro de entrevistas foi aplicado um instrumento de coleta dos dados socioculturais e clínicos para a realização do perfil das participantes do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2019, sendo que as mulheres foram abordadas nos dias agendados para o tratamento braquiterápico, mais especificamente na sala de espera do Serviço Ambulatorial de Radioterapia do HRO/AHLVF, por ser referência no tratamento oncológico no Sul do Brasil. É válido destacar que a primeira abordagem em serviço ocorreu apenas para identificar a concordância da participante com o estudo, sendo que as entrevistas foram realizadas em domicílio, por se tratar de um ambiente de maior conforto ao participante, a menos que fosse de desejo da participante que a entrevista ocorresse em outro espaço.

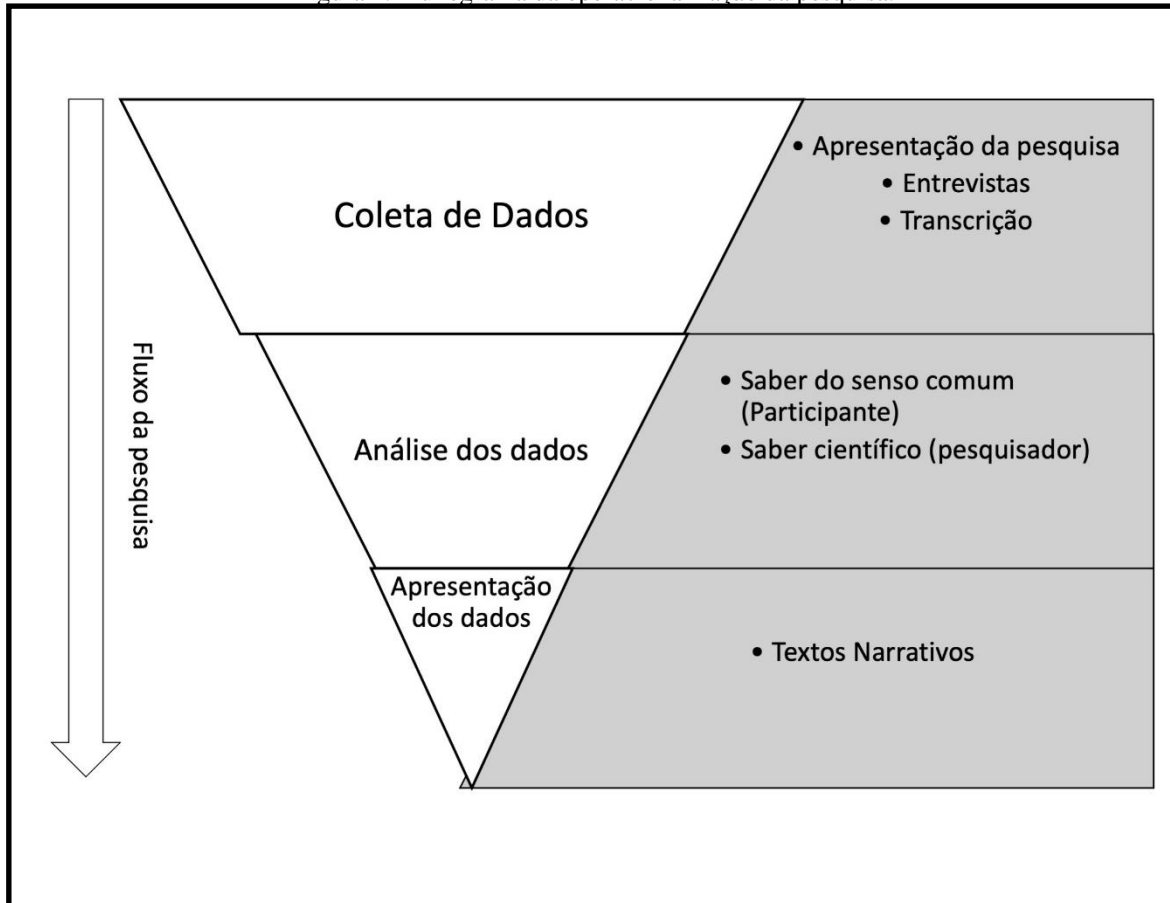
Devido a considerações metodológicas, as entrevistas foram realizadas no mínimo duas vezes com cada participante, assim como, foram audiogravadas e tiveram duração média de uma hora. A coleta de dados, realizada pela pesquisadora principal sob supervisão de seu orientador, foi interrompida quando o *corpus* de dados produzido foi suficiente para responder aos objetivos propostos, sendo utilizado o círculo hermenêutico para auxiliar na compreensão dos dados e interrupção da coleta<sup>9</sup>.

O processo de análise dos dados qualitativos foi realizado segundo a análise temática indutiva<sup>10</sup>. Tal análise está dividida em cinco fases: 1) Familiarização com os dados após a transcrição, elaborando textos referentes a cada participante; 2) Geração de códigos por meio



de leituras de cada texto individualmente, e do conjunto destes, identificando conteúdos semânticos ou latentes; 3) Reunião de diferentes códigos em temas; 4) Revisões contínuas dos temas à medida que novos vão sendo elaborados; 5) Definição e nomeação dos temas finais<sup>10</sup>. Para melhor compreensão do fenômeno estudado, bem como a condução da pesquisa em campo, foi realizado uma representação gráfica (figura 1) para melhor exemplificar o processo metodológico.

Figura 1. Fluxograma da operacionalização da pesquisa.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A pesquisa “Avaliação e classificação da estenose vaginal em mulheres pós-braquiterapia ginecológica em um serviço ambulatorial de radioterapia” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos sob número de parecer 3.593.385 de 23/09/2019.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterizando o perfil das participantes

Foram entrevistadas sete mulheres, residentes nos municípios do estado de Santa Catarina: Chapecó, Xanxerê, Xaxim, Palmitos e Quilombo.

A idade das mulheres entrevistadas variou de 25 a 60 anos, o maior número concentrou-se na faixa etária de 29 e 32 anos de idade, com dois casos para cada faixa etária. Nas idades de 48, 52 e 56 anos de idade houve apenas uma entrevistada cada.

Considerando o estado civil das mulheres entrevistadas, quatro delas eram casadas, duas divorciadas/separadas e uma solteira. A solteira tinha filhos e teve convivência com companheiro. Quanto ao número de filhos, três das mulheres entrevistadas possuíam dois filhos, duas participantes com dois filhos, uma com 3 filhos e somente uma delas sem filhos.

A escolaridade das mulheres entrevistadas variava em ensino fundamental incompleto (02), fundamental completo (01), nível médio incompleto (01), ensino médio completo (01), uma delas possuía dois cursos técnicos completos e uma, nível superior completo. Com relação a proporção do tipo de neoplasia das mulheres que realizaram o tratamento braquiterapêutico, cinco das entrevistadas tiveram câncer do colo do útero, uma o câncer de endométrio e uma delas há dez anos desenvolveu câncer de colo de útero, porém no momento possuía câncer de exocervix.

Referente ao tratamento realizado três foram submetidas à cirurgias, 04 à radioterapia, 01 à cirurgia e radioterapia. Todas as sete entrevistadas complementaram com o tratamento quimioterápico e braquiterapêutico. Quanto ao tratamento braquiterapêutico, as sete pacientes entrevistadas realizaram quatro sessões, sendo divididas em completa e de fundo vaginal: cinco das mulheres realizaram sessões de braquiterapia completa e duas delas braquiterapia de fundo vaginal.

### **Unidades temáticas**

A análise deu origem a duas unidades temáticas: “Nós conhecemos e cuidamos da nossa enfermidade” e “Repercussões do tratamento no cotidiano”.

#### **Nós conhecemos e cuidamos da nossa enfermidade**

Esta unidade temática representa a relação entre as orientações realizadas durante as consultas de Enfermagem relacionadas a braquiterapia, e sua adesão (ou não) pelas participantes.

É que nem ela falou, fecha que nem fosse ficar virgem de novo. É quando tipo se você não fizer o exercício que a enfermeira ensina a você, ela vai ressecando e fechando depois aí é só com cirurgia. Porque se não praticar o exercício, ela fecha por causa da radiação da braquiterapia. (Lucia).

Ela deu uma prótese para fazer um exercício que é para não fechar porque como é uma parte que foi bastante agredida por raios e o tratamento bem extensivo é para não

ocorrer o fechamento. Então tem que fazer o exercício frequentemente para não fechar. Não, mas eu mantenho relação sexual de três a quatro vezes por semana. Então como a gente mantinha relação eu achei desnecessário. (Ana).  
[...]. É que se não faz o exercício ela vai fechando porque você não exercita para ela voltar ao normal, [...]. É que vai endurecendo o canal da vagina, e vai atrofiando, não volta ao normal depois só com cirurgia. (Maria).

## Repercussões do tratamento no cotidiano

As experiências com o tratamento e o despertar de sentimentos como medos e ansiedades vivenciadas durante o processo terapêutico foram agrupados nesta categoria.

A princípio eu achei que o mundo desabou. Eu até perdi o ânimo de fazer certas coisas. É engraçado dizer, mas eu perdi a minha vontade de sair quero ficar mais em casa. Às vezes, eu tenho que aceitar, procuro não pensar muito na dor né. Incomoda, porque antes eu não dependia de ninguém hoje eu dependo, tem coisas que eu não consigo fazer sem ajuda de alguém. (Eva).

Às vezes eu fico triste penso que não estou boa. Mas eu não pude fazer cirurgia porque a bolsinha do xixi e do cocô teriam que ser uma de cada lado, aí seria meio arriscado à cirurgia. Às vezes me bate uma tristeza e penso o que será que eu tenho. Ai assim a gente fica inseguro se a gente sente alguma dor, já vem bobagem na cabeça. (Mônica). Um desconforto é bem ruim! Eu não sei, às vezes, eu penso vai que eu vou lá (hospital) e me volta tudo de novo, [...]. Eu fico nervosa quase nem durmo direito de noite só em ficar pensando. (Vera).

Na unidade temática “*Nós conhecemos e cuidamos da nossa enfermidade*” inclui as comunicações acerca das orientações realizadas durante as consultas de Enfermagem atreladas à braquiterapia e sua adesão às recomendações recebidas. Observa-se que as pacientes entrevistadas desconheciam o que era a estenose vaginal e a importância do exercício de dilatação vaginal. Sentiu-se ao abordá-las uma resistência, pois no momento da consulta de Enfermagem, elas recebiam uma prótese peniana para a realização da dilatação vaginal, algo que demonstrou constrangê-las.

Acerca do conhecimento referente ao que era a estenose vaginal, metade das mulheres tinha dificuldade em recordar sobre sua definição, relatavam que ouviam muito a enfermeira falar sobre o “*fechamento vaginal*”. Por sua vez, as mulheres não sabiam que ambas as expressões tinham o mesmo significado.

Embora a prática da educação em saúde é de extrema importância, é observado que tem sido colocada em segundo plano, já que a atuação da Enfermagem se ocupa de outras tarefas, estando as práticas dos enfermeiros, em sua maioria, voltadas aos serviços assistenciais e de gerência, realizando as atividades educativas com menor frequência<sup>11</sup>.

Conforme autores<sup>12</sup>, uma das habilidades do enfermeiro é a educação em saúde, que objetiva emancipar a liberdade da pessoa, amenizando dúvidas e preocupações. Portanto, a atuação do enfermeiro como integrador e educador em saúde está direcionada para o autocuidado, e dentro dessa prática, tornar -se o paciente mais independente e seguro, onde o profissional precisa evidenciar quais serão as reais mudanças ocorridas e suas consequências, levando em consideração a singularidade de cada sujeito<sup>12</sup>.

Outro autor<sup>13</sup>, expõe sua opinião referente ao modelo biomédico de saúde, em que reflete a percepção da separação de mente e corpo, passando a ideia de que o corpo é uma aparelho que pode ser totalmente entendido em termos da organização e do funcionamento de suas peças. Conforme este modelo, uma pessoa saudável seria como um instrumento bem construído e em perfeitas condições mecânicas, já uma pessoa doente, um instrumento cujas peças não estão funcionando apropriadamente<sup>13</sup>.

Para este estudo foi observado que a adesão aos cuidados de Enfermagem, orientados para a prevenção da estenose vaginal, destacou-se a dificuldade de compreensão das participantes, uma vez que frente aos profissionais, a mulher pode sentir-se constrangida de relatar que não está realizando a conduta correta. É de grande valia que a relação paciente e profissional com estreitamento de vínculos torne-se necessária, proporcionando a mulher liberdade para expor dificuldades na adesão ao tratamento.

Na unidade temática definida como “*Repercussões do tratamento no cotidiano*” foram reunidos relatos de experiências com o tratamento que causaram sentimentos de medo, ansiedade e dúvidas, tornando o início do processo terapêutico mais traumático a essas mulheres.

De acordo com o modelo biomédico de saúde, a doença possui um valor negativo, pois impõe uma ruptura em relação ao estado normal e esperado de saúde, assim como exige do adoecido a necessidade de cura. As mudanças no cotidiano só acontecem porque o adoecido entende que está doente, geralmente devido a incapacidade de executar tarefas comuns do cotidiano. Portanto o adoecimento é a representação de um valor negativo ao julgamento que o sujeito faz sobre sua vida, ou seja, sobre seu modo de viver<sup>14</sup>.

Pesquisadores expressam que corporeidade é como o ser se mostra, se concebe, se relaciona e como busca compreende os acontecimentos do mundo, deixando o entendimento do corpo como um objeto para trás. Deste modo, buscar entender corporeidade remete à

compreensão de uma educação vivida como experiência humana que busca a aprendizagem permeado de um contexto cultural<sup>15</sup>.

No entanto, para outros descrevem que a definição de corporeidade destina-se a compreender o fenômeno humano, percorrendo na busca de uma educação que expresse a afirmação de que o ser humano não aprende apenas com sua inteligência, mas também com seu corpo, sua sensibilidade e imaginação<sup>16</sup>.

Para alguns autores<sup>17</sup>, o sofrimento moral pode ser compreendido quanto dor e/ou angústia que abala a mente, corpo, em resposta a uma ocasião em que o indivíduo identifica sua responsabilidade moral diante dos conflitos e faz uma análise a respeito da conduta correta a ser tomada. Contudo, observa-se impedido de colocá-la em prática, devido a repressão, que impedem sua participação moral. Diante disso, o sofrimento moral também pode ser exposto como um afastamento entre os princípios da pessoa e suas ações, traduzindo-se em aflições psicológicas, ocasionadas por sentimentos dolorosos<sup>17</sup>.

Neste sentido, o indivíduo identifica sua responsabilidade, constrói seu julgamento moral, escolhe o comportamento considerado mais adequado, porém não encontra condições para praticar de acordo com seus julgamentos e valores, compreendendo como inadequada sua participação moral. Na presente pesquisa observou-se que a maioria das mulheres entrevistadas se sentiam impotentes com a sua enfermidade perante a sociedade, por acreditarem que o adoecimento era um acontecimento negativo sobre a sua vida.

Alguns autores<sup>18</sup> discutem sobre como a percepção do câncer pela sociedade auxilia neste pensamento de impotência e inferioridade, já que a grande parte da população relaciona o câncer com o fim da vida ou sofrimento constante, podendo ocasionar doenças mentais como a depressão. Esta percepção está ligada as imposições culturais na forma de agir e ser<sup>18</sup>.

Em detrimento deste entendimento, o enfrentamento da doença se torna mais difícil, como descreve estudos<sup>18</sup>, o momento do diagnóstico gera angústia, medo, sentimento de impotência, entre outros. Durante o tratamento esses sentimentos podem permanecer ou serem diminuídos, dependendo da forma como esse paciente é acolhido pelos profissionais que os acolhem<sup>18</sup>.

Em relação a mulheres com câncer ginecológico, a pressão cultural é ainda maior, pois a doença influencia diretamente nas funções culturais estabelecidas, gerando ainda mais essas repercussões negativas<sup>18</sup>. Quando em relações a mulheres que após o tratamento do câncer

ginecológico apresentam estenose vaginal, os efeitos negativos da pressão cultural são dilatados, pois além do sentimento de impotência, gera-se um sentimento de inferioridade, principalmente por não conseguirem desempenhar o papel sexual e social, estipulado pela sociedade, de forma efetiva<sup>19</sup>.

Consequentemente a adesão as recomendações de Enfermagem para o tratamento da estenose vaginal são diminuídas, por serem principalmente relacionadas ao exercício de dilatação realizado com próteses, pois culturalmente essa prática é vista de forma negativa<sup>19</sup>. Essa afirmação pode ser observada nos resultados deste estudo, onde algumas das mulheres que participaram relatam não aderirem as recomendações, por entenderem que não são necessárias ou por medo.

## CONCLUSÃO

Entende-se que as mulheres entrevistadas sentiam-se impotentes com a sua enfermidade por acreditarem que o adoecimento era um acontecimento negativo na sua vida. Para elas a descoberta da doença culminava em enfrentamento negativo, por acreditarem não merecer vivenciar esse processo.

Deste modo, reforça-se a importância do suporte educacional, psicológico e social para a mulher desde o diagnóstico de câncer ginecológico, durante e após o tratamento braquiterápico, desmitificando crenças e promovendo mudanças positivas nos comportamentos em saúde.

O estudo destacou aspectos a serem abordados durante o cuidado de Enfermagem, por meio da compreensão de como as mulheres vivenciam o processo de adoecimento e tratamento braquiterápico.

Além disto, com o estudo desvelou-se como se comporta a adesão das mulheres as recomendações de Enfermagem, sendo por diversas vezes ignoradas e não realizadas, causando uma regressão ou estagnação no tratamento da estenose vaginal. Vale salientar que algumas vezes a recomendação não é realizada por falta de informação. Desta forma, urge a necessidade de explicar, por parte do profissional enfermeiro, de forma clara e objetiva todos os procedimentos recomendados as pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Soares MLCA, Trezza MCSF, Oliveira SMB, Melo GC, Lima KRS, Leite JT. O custo da cura: vivências de conforto e desconforto de mulheres submetidas à braquiterapia. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(2): 317-23. DOI: 10.5935/1414-8145.20160043.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2018.
3. Ferlay I, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, *et al.* [Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018]. *European Journal of Cancer*. 2018; 103(S.I.): 356-87. DOI: 10.1016/j.ejca.2018.07.005 English.
4. Branco I, Lima F, Antunes P, Yoriyaz H, Bellezzo M, Fonseca G, *et al.* Desenvolvimento de software de cálculo de dose pontual em Braquiterapia baseado em simulações de Monte Carlo. *Revista Brasileira de Física Médica*. 2018; 12(1): 2-9. DOI: 10.29384/rbfm.2018.v12.n1.p2-9.
5. Silva RDN, Rosa LM, Radünz V, Cesconetto D. Evaluation and classification of vaginal stenosis in brachytherapy: instrument content validation for nurses. *Texto & Contexto Enferm*. 2018; 27(2): e5700016. DOI: 10.1590/0104-070720180005700016.
6. Pessi MR, Feuerchutte KK, Rosa LM, Hammerschmidt KSA, Radünz V, Alvarez AM. Prevenção da estenose vaginal pós-braquiterapia: intervenção de enfermagem. *Rev Enferm UEPE Online*. 2016; 10(9): 34985-502. DOI: 10.5205/reuol.9571-83638-1-sm1009201639.
7. Menéndez EL. [Antropologia médica em América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional]. *Salud Colectiva*. 2018; 14(3): 461-81. DOI: 10.18294/sc.2018.1838 Spanish.
8. Santos, GT, Oliveira FILHO, VH, Royer RR, AFP. Método para aplicar entrevistas em profundidade: avaliando causas de baixo desempenho em um operador logístico. *Revista Gestão Industrial*. 2016; 12(4): 103-26. DOI: 10.3895/gi.v12n4.5012.
9. Sebold LF Locks MOH, Hammerschmidt KSA, Fernandez DLR, Tristão FR, Girondi JBR. Círculo hermenêutico heideggeriano: uma possibilidade de interpretação do cuidado de enfermagem. *Texto contexto – enferm*. 2017; 26(4): e2830017. DOI: 10.1590/0104-07072017002830017.
10. Braun V, Clarke V. [Using thematic analysis in psychology: Qualitative Research in Psychology]. 2006; 3(2): 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
11. Lima VX, Brito MEM. Percepções da equipe de enfermagem acerca da prática da educação em saúde em um centro de tratamento de queimados. *Rev Bras Queimaduras [Internet]*. 2016 [cited 2018 nov 24]; 15(2): 110-115. Available from: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/303/pt-BR/percepcoes-da-equipe-de-enfermagem-acerca-da-pratica-da-educacao-em-saude-em-um-centro-de-tratamento-de-queimados>.



12. Lima GCBB, Guimarães AMDAN, Silva JRS, Otero LM, Gois CFL. Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus. *Saúde debate*. 2019; 43(120): 150-158. DOI: 10.1590/0103-1104201912011.
13. Aragão SR. O Modelo Biomédico X o Modelo Biopsicossocial na Explicação da Depressão. *Psicologado* [Internet]. 2016 [cited 2019 dez 01]; [S.I.]. Available from: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/saude-mental/o-modelo-biomedico-x-o-modelo-biopsicossocial-na-explicacao-da-depressao>
14. Neves TI. O universalismo da cura em Freud. *Ágora*. 2020; 23(1): 21-29. DOI: 10.1590/1809-44142020001003.
15. Sobreira V, Piccolo VLN, Moreira WW. Do corpo à corporeidade: uma possibilidade educativa. *Cadernos de Pesquisa*. 2016; 23(3): 68-77. DOI: 10.18764/2178-2229.v23n3p68-77.
16. Gonçalves-Silva LL, Souza MCRF, Simões RM, Wagner W. Reflexões sobre corporeidade no contexto da educação integral. *Educação em Revista*. 2016; 32(1): 185-209. DOI: 10.1590/0102-4698144794.
17. Cardoso CML, Pereira MO, Moreira DA, Tibães HBB, Ramos FRS, Brito MJM. Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no cotidiano. *Rev esc enferm USP*. 2016; 50(spe): 89-95. DOI: 10.1590/S0080-623420160000300013.
18. Castro EHB, Cardoso MJB, Alcântara CC, Ferreira FS, Braga JS, Guimarães PRG. Angústias, dores, temores e superação em mulheres com câncer ginecológico. *Revista Educação e Humanidades* [Internet]. 2020 [cited 2020 out 19]; 2(1): 478-501. Available from: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/reh/article/view/7935/5653>.
19. Morris L, Do V, Chard J, Brand AH. Radiation-induced vaginal stenosis: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2017; 9(spe): 273-279. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S106796>.

## CAPÍTULO 10

### A VIDA APÓS A MASTECTOMIA: MUDANÇAS QUE PROMOVEM A SAÚDE

Maraisa Manorov  
Jeane Barros de Souza  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Daniela Savi Geremia  
Vander Monteiro da Conceição

#### INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença estigmatizada como aterrorizante, sendo facilmente associado à morte<sup>1</sup>. Sentimentos negativos são gerados diante da necessidade de realização de tratamentos dolorosos<sup>2</sup>, o que impacta a vida de mulheres que ao receber um diagnóstico tão agressivo como o câncer de mama, torna-se ainda mais temido por ocorrer em um local valorizado do corpo feminino, podendo alterar a beleza feminina<sup>1</sup>.

O câncer de mama é a doença que mais acomete mulheres no Brasil e no mundo e os índices de mortalidade cresceram consideravelmente nas últimas décadas, representando a primeira causa de morte por câncer na população feminina<sup>3</sup>. No Brasil, pressupõem-se, aproximadamente, 66,280 mil casos da doença para cada ano do triênio 2020-2022<sup>4</sup>.

Nesse contexto, estratégias vêm sendo implementadas no Brasil com a finalidade de reduzir incidência, mortalidade e morbidade do câncer, por meio de programas que contemplem a prevenção primária, a fim de reduzir ou eliminar fatores de risco, detecção precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos<sup>3,5</sup>.

Entre as estratégias de detecção precoce para o câncer de mama estão as ações de rastreamento, que dizem respeito à identificação em pessoas assintomáticas e de diagnóstico precoce, ou seja, identificação de sinais e sintomas suspeitos na Atenção Primária em Saúde (APS) para classificação de risco e encaminhamento para investigação diagnóstica nos demais níveis assistenciais<sup>5</sup>.

A população feminina de cada país apresenta um determinado risco padrão de desenvolver câncer de mama. Para tanto, a mamografia é uma ação de rastreamento da doença para essa população. Esse exame é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro a todas as mulheres com idade entre 50 (cinquenta) e 69 (sessenta e nove) anos, sem sintomas suspeitos ou histórico familiar de câncer de mama, as quais devem fazê-lo a cada dois anos<sup>5</sup>. Segue na mesma linha de orientação, a Organização Mundial da Saúde (OMS)

incentivando que 70% das mulheres nessa faixa etária realizem o exame de rastreamento mamográfico<sup>6</sup>.

No entanto, muitas mulheres têm dificuldades para acessar precocemente os serviços de saúde, o que pode ser resultado da demanda reprimida de consultas especializadas e exames característicos dos níveis secundários e terciários de atenção, o que pode contribuir para o avanço da doença e estadiamento avançado, comprometendo um diagnóstico favorável à sobrevida dessas mulheres. Além disso, é essencial que as equipes de saúde sejam compostas por recursos humanos capacitados e preparados para prestar uma assistência efetiva, humanizada e qualificada, especialmente no que tange as ações de rastreamento para o diagnóstico precoce<sup>7</sup>. Ainda, é essencial que os profissionais que prestam assistência a mulheres com câncer identifiquem os sentimentos por elas vivenciados, instigando o seu empoderamento para que possam enfrentar o diagnóstico e o tratamento<sup>1</sup>.

A notícia do diagnóstico de câncer de mama pode impactar a vida da mulher e de sua família, pois trata-se de um momento repleto de sentimentos como sofrimento, medo, angústia e ansiedade<sup>8</sup>. O seio simbolicamente representa a sensualidade, a maternidade e a identidade feminina, podendo gerar alterações psicossociais nas mulheres e alterar a sua autoimagem e o autoconceito, sentindo-se desvalorizadas e envergonhadas. Portanto, diante da mastectomia, sentimentos de angústia poderão surgir pela dificuldade em lidar com o próprio corpo<sup>9</sup>.

Após a realização da mastectomia, quando as mulheres retomam sua rotina, depois de superarem o medo da morte, surgem as preocupações relacionadas ao seu corpo, seus relacionamentos sociais, atividades de lazer, trabalho e família<sup>8</sup>. A mastectomia pode gerar prejuízos nas habilidades sociais, funcionais e profissionais. As principais queixas são cansaço, desconforto e restrições de movimento no braço correspondente à mama extraída, as quais acarretam mudanças nos hábitos diários, nos diversos papéis exercidos pela mulher, o que pode gerar prejuízos ou o fim da sua carreira profissional<sup>9-10</sup>.

Diante de todos os sentimentos gerados durante a vivência do câncer de mama é necessário que os profissionais de saúde atuem de maneira empática, promovendo uma atenção individualizada, diferenciada e humanizada. Entre esses profissionais, o enfermeiro tem papel fundamental em auxiliar na promoção de conforto e apoio emocional, buscando minimizar o sofrimento no transcurso da doença, propiciando que a mulher tenha forças para enfrentá-la, acreditando no sucesso do tratamento, no restabelecimento da saúde e de sua qualidade de vida<sup>1,11</sup>.

Neste cenário, torna-se imprescindível que durante a graduação em Enfermagem, os acadêmicos sejam instigados a pensar sobre o modo de cuidar, reconhecendo as necessidades e dificuldades emocionais das mulheres e de seus familiares, a fim de planejar uma assistência incluindo ações preventivas e de promoção da saúde, estimulando o conforto, autocuidado e a redução de danos<sup>12</sup>.

Durante a formação acadêmica, após a realização de um projeto de pesquisa envolvendo mulheres com câncer de mama, concluído no ano de 2017, somado à experiência pessoal de câncer de uma das autoras, despontou o desejo de continuar estudando a temática e assim conhecer outras mulheres que superaram o câncer e vivenciaram os mesmos sentimentos de angústia frente ao diagnóstico de uma doença repleta de estigmas, que necessitaram de uma assistência resolutiva e humanizada de saúde e, por fim, conquistaram a cura e o despertar para seu autocuidado para prosseguir a jornada da vida.

Torna-se fundamental compreender de que forma a mulher promove sua saúde após a vivência do câncer de mama, a fim de refletir sobre a assistência em saúde ofertada para este público, na percepção das próprias usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que grande parte dos estudos que abordam tal temática discutem diversas interfaces na assistência à mulher com câncer, com destaque para a descoberta da doença e seu tratamento, com estudos escassos acerca das condições de vida da mulher após a mastectomia.

Esse capítulo constitui um recorte de um macroprojeto de pesquisa, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que teve como questão norteadora: como é a trajetória do câncer de mama, nas percepções de mulheres mastectomizadas, familiares e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde?

Neste sentido, este capítulo desvela apenas uma parcela desta pesquisa matricial, tendo como objetivo compreender a percepção das mulheres mastectomizadas quanto ao seu autocuidado na promoção de sua saúde, após a superação do câncer.

## **METODOLOGIA**

Estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na cidade de Chapecó, Santa Catarina (SC), com a participação de dez mulheres mastectomizadas. Como critérios de inclusão, considerou-se as mulheres acima de 18 anos que foram submetidas à mastectomia no período entre 2012 e 2018. Como critérios de exclusão considerou-se as mulheres que realizaram todo o processo de diagnóstico e tratamento

no sistema de saúde particular. Para identificar e contatar com as participantes do estudo, contou-se com o apoio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do município.

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2018, por meio de entrevistas realizadas na casa das participantes, de forma pré-agendada, prezando por um espaço apropriado e tranquilo. Utilizou-se um roteiro com questões semiestruturadas sobre o perfil, a forma que elas detectaram o câncer de mama, o tempo entre o aparecimento dos primeiros sintomas até a realização da mastectomia, bem como as percepções das mulheres sobre a promoção de sua saúde. Antes de iniciar as entrevistas, disponibilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que as entrevistas foram gravadas e transcritas para organização e análise.

A organização e análise dos dados ocorreram por meio do método de análise de conteúdo, composta por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens<sup>13</sup>.

A primeira etapa, constituída pela pré-análise, correspondeu ao período de intuições, com objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de modo a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Para tanto, neste momento, realizou-se a leitura flutuante dos dados obtidos nas entrevistas, escolhendo documentos para a constituição do “corpus”, que é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos<sup>13</sup>.

No segundo momento, explorou-se o material de análise, por meio da organização da codificação, entendida como a transformação realizada de acordo com regras precisas dos dados brutos do texto, permitindo assim atingir uma representação do conteúdo. A exploração do material compreende três escolhas, a saber: O recorte: escolha das unidades; A enumeração: escolha das regras de contagem; A classificação e agregação: escolha das categorias<sup>13</sup>.

O recorte consistiu na escolha das unidades de análise, em que algumas categorias definidas “a priori”, seguiram os temas das perguntas do instrumento de coleta de dados. A enumeração referiu-se a escolha das regras de contagem e tendo nas mãos as categorias provisórias, foram enumerados os dados mais evidentes. Primeiramente, foram transcritos todos

os relatos e então agrupados de acordo com as perguntas, para finalmente realizar a contagem das respostas<sup>13</sup>.

A classificação e agregação compreenderam a redefinição das categorias, em que mais uma vez, realizou-se a leitura das entrevistas e a contagem das respostas, observando as categorias definidas “a priori” (tema das perguntas). A partir de então, classificou-se e agregou-se de acordo com suas particularidades, surgindo três categorias e subcategorias no estudo.

Neste capítulo será apresentado uma categoria, denominada Revivendo a vida após a mastectomia, com duas subcategorias: Tempo de mudanças: a vida após a mastectomia; e (Re)construindo caminhos na assistência a mulher com câncer de mama.

Para manter o anonimato das participantes, optou-se por codinomes de heroínas de histórias infantis, a saber: Mulher Hulk, Mulher Maravilha, Feiticeira Escarlata, Ravena, Batgirl, Fênix, Gamora, Tempestade e Estelar, considerando que para vencer o câncer de mama e todas as dificuldades impostas pela doença e tratamentos, essas mulheres lutaram bravamente, tornando-se as heroínas de suas próprias vidas. Este estudo foi aprovado sob o parecer número 2.634.165 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo dez mulheres, usuárias do SUS, com faixa etária entre 42 e 79 anos que realizaram mastectomia entre os anos 2012 e 2018. Das participantes, sete eram brancas e três pardas. Sete mulheres eram casadas, duas viúvas e uma separada, sendo que a maioria convivia com familiares e apenas duas residiam sozinhas. No que se refere à mastectomia, uma das mulheres a realizou em 2012, quatro em 2014, duas em 2016, duas em 2017 e uma em 2018. Das participantes, quatro mulheres fizeram a cirurgia de reconstrução mamária.

Quanto a ocupação, cinco declararam-se do lar, três pensionistas e duas aposentadas. Assim, a renda familiar variou entre zero a quatro salários-mínimos. Com relação ao nível de escolaridade: quatro possuíam ensino fundamental incompleto, uma delas tinha ensino fundamental completo, duas referiram ensino médio completo, uma com ensino superior completo e duas mulheres eram analfabetas.

## Tempo de mudanças: a vida após a mastectomia

A vivência do câncer implica em diversas adaptações na vida da mulher e de sua família. Elas passam a refletir e questionar sobre a vida pregressa e futura à doença e como o comportamento afeta a saúde e então, inicia-se um processo de reconstrução de identidade e um novo significado é atribuído à vida, caracterizado por mudanças no estilo de vida, como os hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, cuidados consigo mesmo e reavaliação de conceitos e atitudes pré-existentes<sup>14</sup>.

Alterações de estilo de vida foram relatadas pelas mulheres desse estudo, principalmente relacionadas aos seus hábitos alimentares e de seus familiares:

[...] Tô me cuidando agora, [...] passei por nutricionista e eu sei que tem que se cuidar [...] uma vez por semana só eu como doce, nem café doce, nada, mas eu tomo (Mulher Hulk);

[...] Na alimentação eu me cuido mais, [...] eu procurei uma nutricionista, a gente pesquisa bastante coisa sobre a doença, se envolve mais, presta atenção mais até na casa, até a dieta da família mudou bastante, [...] eu tirei bastante coisa, refrigerante, essas coisas [...], que a gente sabe que faz mal (Ravena);

[...] Antes a gente comia [...] qualquer coisa, era tudo misturado [...], mas agora a gente cuida (Batgirl);

[...] Cuido em tudo, desde a alimentação, tudo que a gente não dava importância antes agora cuido bem mais (Supergirl);

[...] Estou com a nutricionista a cada 2 meses, a minha alimentação praticamente mudou tudo (Mulher Maravilha).

As mudanças alimentares se devem, em parte, ao acompanhamento realizado com nutricionista durante o período de tratamento, visto que a maioria das mulheres entrevistadas relatou ter recebido orientações nutricionais. Além desse aspecto, após a experiência da doença e de ter a saúde fragilizada, passaram a pensar mais em si, cuidando de aspectos relacionados ao seu bem-estar, como manter alimentação mais saudável<sup>15</sup>.

Associada às mudanças alimentares, as participantes referenciaram a inclusão de atividades físicas em sua rotina:

[...] Sempre que eu tenho mais tempo, que o tempo está bom eu vou fazer minhas caminhadas (Ravena).

Faço a hidroginástica (Mulher Maravilha).

O indivíduo em tratamento oncológico que realiza exercícios físicos consegue voltar a suas atividades diárias mais rapidamente<sup>16</sup>. A prática de atividade física ocasiona diversos benefícios, como a promoção da saúde, melhora da autoestima, da qualidade de vida, além de prevenir doenças e agravos não transmissíveis<sup>17-18</sup>.



Outro aspecto é que a vivência de doenças graves como o câncer de mama provoca impactos psicológicos e emocionais nas mulheres, instigando a reflexão sobre vários aspectos de sua vida que até então não eram valorizados, construindo novas definições sobre ser mulher<sup>14</sup>. Nesse sentido, a heroína Fênix relatou que, após a experiência da doença, passou a pensar em sua vida de outra maneira, valorizando sua saúde e seu autocuidado:

[...] Eu não me cuidava, como eu era sozinha pra trabalhar eu nem pensava, me doía as costas, chorava a noite inteira, mas levantava de manhã e ia pra roça e esquecia, [...] passava veneno no fumo, com a máquina que era furada do lado esquerdo (lado da mastectomia), acho [...] que motivou a minha doença [...] depois que passa tu começa a pensar, podia ter sido diferente [...] e vale muito isso de se cuidar (Fênix).

Essas reflexões caracterizam a ressignificação dos sentimentos da mulher, que passam a valorizar aspectos até então considerados banais, priorizando o viver bem, ponderando sobre fatores que não contribuem para uma vida saudável, como se estressar com fatos irrelevantes e ser impaciente.

A modificação de hábitos que influenciam a saúde mental e adoção de novas práticas para manter a mente ocupada, estimulando o bem-estar, foi relatado por Gamora:

[...] Hoje eu aprendi que eu só guardo pra mim o que é bom, o que não é bom eu não escuto, não guardo e aprendi a certas coisas ignorar [...] procurei manter minha mente bem ocupada, [...] fazendo curso de teclado, curso bíblico, estou ajudando na igreja três vezes por semana (Gamora).

Nesse contexto, cada indivíduo, de modo singular, passa a reorganizar e ressignificar sua vida com novas estratégias e valores, pensando em si, de modo a promover seu autocuidado<sup>2</sup>. Outra questão destacada pelas entrevistadas foi a religiosidade, que associada às mudanças de hábitos, as auxiliou muito na vivência do câncer:

[...] Outra coisa também que [...] me fortaleceu bastante foi ler [...] a bíblia (Gamora).  
[...] Comecei a frequentar uma igreja evangélica [...] me ajudou bastante, me deu bastante força (Supergirl).

A religiosidade foi apontada como fonte de apoio, ofertando força e esperança na superação da doença, como uma expressão de espiritualidade<sup>19</sup>. A baixa espiritualidade é causadora de maior desespero e sofrimento diante da descoberta da doença e da necessidade de mastectomia<sup>8</sup>. A trajetória do câncer é um processo dolorido e a busca pelo conforto espiritual ameniza o estresse causado pela dor e pelas mudanças impostas pela doença. Nessa perspectiva, a espiritualidade pode ser compreendida como uma forte aliada no enfrentamento da doença, recuperação, reestruturação de estilo e qualidade de vida<sup>19</sup>.

Todas as mudanças descritas pelas mulheres, após o câncer, refletem um novo sentido relacionado à vida e a importância de ter e manter a saúde pelo medo de recidivas. Ressalta-se

que cada mulher reage de maneira distinta a essas situações conforme sua história de vida, contexto social e econômico, apoio familiar e religioso<sup>8</sup>. Ainda, é importante destacar que tais mudanças no estilo de vida decorreram do acompanhamento multiprofissional que essas mulheres receberam durante a vivência do câncer, evidenciando a importância dessa assistência.

### **(Re)construindo caminhos na assistência a mulher com câncer de mama**

Na perspectiva de melhorar a saúde da população brasileira, em 2006 foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos relacionados aos seus determinantes, entre os quais citam-se as condições de trabalho, moradia, meio ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais<sup>20</sup>. Os determinantes da saúde podem ser definidos como os fatores que influenciam e determinam a saúde dos indivíduos e da coletividade. O processo saúde-doença é determinado por uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, biológica, cultural e ambiental. No entanto, mesmo diante da influência de fatores externos ao indivíduo, nem sempre foram incluídos na formulação de políticas relacionadas com a saúde<sup>21</sup>.

A PNPS estimula “a inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo<sup>21:20</sup>”. Para isso, ressalta a necessidade de capacitar os trabalhadores de saúde abordando conteúdos de promoção à saúde, na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo<sup>21</sup>.

Quando questionadas sobre os serviços que contribuem e/ou poderiam contribuir para a promoção da sua saúde e de seus familiares, as mulheres mencionaram principalmente os grupos de atividades físicas ofertados na APS:

[...] Fui fazer ginástica no Posto de Saúde que tinha, eu ia duas vezes por semana, [...] aquilo me ajudava bastante (Mulher Hulk).  
Tem os alongamentos na quarta-feira de manhã (Tempestade).  
Eu só participava da fisioterapia, e fiquei sabendo essa semana que tem outras coisas, dos grupos [...] de ginástica (Gamora).

A atividade física beneficia a população no que concerne a prevenção de doenças por meio da promoção da saúde e melhora da qualidade de vida, assim como possui o potencial de “fortalecer a equidade, a autonomia, o empoderamento e protagonismo do sujeito, além de contribuir para a integralidade e sustentabilidade do cuidado no sistema de saúde<sup>16:1836</sup>”.

Para incentivar o contato com o meio ambiente e prática de atividades físicas, o município de Chapecó possui diversos parques e praças, os quais foram lembrados pela Mulher Maravilha:

Tem o verdão [...], o Ecoparque, tem essas academias ao ar livre (Mulher Maravilha).

Na maioria desses locais, academias ao ar livre estão disponíveis à população. Tais espaços, de acordo com o MS, objetivam contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis<sup>22</sup>. Além das academias, existem as quadras de esporte e espaços para lazer com amigos e família.

Ainda, alguns profissionais da rede municipal realizam grupos de alongamento e caminhadas para a população nesses ambientes, como descrito por Tempestade:

[...] Nós temos no Parque das Palmeiras, toda segunda-feira alongamento e caminhada. Vem duas gurias lá da prefeitura fazer [...] eu gosto (Tempestade).

Outro local indicado pelas entrevistadas foi a ‘Cidade do Idoso’, espaço que atende cerca de 1800 pessoas com mais de 60 anos, com vistas a trazer qualidade de vida, bem-estar e assistência no município de Chapecó. Na Cidade do Idoso são oferecidas diversas atividades, como oficinas de informática, dança, ginástica, musculação, pilates, grupo vocal, caminhada orientada, hidroginástica, campeonatos, palestras educativas, jogos de mesa e de bocha e, ainda, os usuários recebem refeições diárias, atendimento na área da saúde, entre outros serviços<sup>23</sup>.

Eu vou duas vezes por semana na Cidade do Idoso fazer exercícios [...], gosto e me sinto bem lá. Faço as atividades, converso bastante (Batgirl).  
Essa semana uma amiga minha convidou para ir na Cidade do Idoso. Eu vou. (Estelar).

Identifica-se nas falas que Batgirl gosta e se sente bem nesse local, onde faz exercícios e conversa com seus amigos. Estelar ainda não conhecia a Cidade do Idoso, mas é possível inferir que a amiga que a convidou gosta de integrar o grupo e, portanto, estendeu o convite a Estelar, para que possa desfrutar dos serviços disponibilizados. Neste sentido, cabe destacar que a população vem envelhecendo, sendo que há maior proporção de mulheres que de homens na população idosa, retratando o fenômeno do envelhecimento feminino, que também merece atenção dos profissionais da saúde<sup>24</sup> para promover a qualidade de vida deste público, que carece de informações e ações, como participação em diferentes grupos, para se manterem saudáveis e ativos.

Os grupos viabilizam que pessoas com condições de vida semelhantes façam companhia umas para as outras, compartilhando experiências, criando vínculos, instigando o sentimento de pertencimento àquele grupo, sendo elementos que oportunizam a melhora da condição física, espiritual e social<sup>25</sup>. Portanto, as atividades em grupo surgem como estratégias que podem ser amplamente utilizadas na promoção da saúde, visto a sua aceitabilidade e a participação da população.

Outros grupos foram citados pelas mulheres, como grupo de idosos e outro criado em um aplicativo do celular:

O grupo de idosos que nós temos aqui no parque, todas as quintas-feiras nós vamos lá, tomar o chá, escutar palestra [...] (Tempestade).  
[...] Eu tenho um grupo no celular de mulheres que tiveram câncer de mama, aí a gente conversa, [...] é bem bom, tem coisas ali que a gente tira dúvidas, uma lê a história da outra (Ravena).

A partir dos relatos reflete-se que Tempestade e Ravena sentem-se satisfeitas em participar dos grupos. Essas atividades permitem o desenvolvimento da autonomia, a troca de saberes, afetos, vínculo entre participantes e profissionais da saúde, a promoção da saúde e de cuidado<sup>26</sup>. Contudo, algumas mulheres mencionaram não conhecer nenhum serviço voltado para a promoção da saúde e oferecido pelas unidades de saúde às quais pertencem:

Aqui eu não ouvi falar que tem alguma coisa, acho que não (Ravena).  
Nunca falaram de lugar nenhum, acho que nem tem ali, ou tem? (Estelar).

Pelas falas das heroínas desse estudo, verifica-se a falta de informações quanto à realização de grupos na APS. Ademais, nenhuma mulher apontou conhecer ou participar de algum programa ofertado exclusivamente para mulheres que vivenciaram o câncer de mama, ou mesmo para usuários oncológicos. Existe uma carência de programas ou grupos voltados principalmente a usuários oncológicos, devido à falta de profissionais qualificados, de recursos financeiros e pelos problemas relacionados a divulgação das ações pelas equipes de saúde<sup>15</sup>.

Após a mastectomia, as mulheres podem necessitar de auxílio para desenvolver as atividades, tendo dificuldades de agir como eram antes do início do câncer, como evidencia-se no relato de uma das participantes do estudo:

Ultimamente eu não tô fazendo nada, quem faz o meu serviço aqui dentro de casa é o meu piá [...] antes eu trabalhava, eu era um espoleta e depois não teve mais jeito [...] se eu fizer alguma coisa, por exemplo, varrer a calçada, tenho câibra, me judia, aí eu tenho que mexer e sentar, passar remédio [...] não tem nada a ver com o que eu era antes, nada [...] (Feiticeira Escarlata).

A situação de ter dificuldade de realizar os afazeres domésticos devido a limitação ocasionada pela mastectomia, bem como a impossibilidade de retomar a profissão pode ser minimizada ao ofertar grupos de assistência multiprofissional, considerando as necessidades e individualidades de cada mulher, com apoio psicológico para superar a doença, ressignificação e retomada de suas vidas<sup>25</sup>.

Essa questão foi abordada por Ravena, ao apontar sobre a relevância de formar um grupo com mulheres que vivenciaram o câncer de mama, com vistas a compartilhar suas experiências, buscando apoio e conforto para superar as dificuldades, limitações e retomar a vida após a doença:

[...] Seria bom uma pessoa que passou pelo problema conversar com a outra e cada um contar e uma passar para outra o que passou (Ravena).

A realização de grupos com atuação da equipe multiprofissional a mulheres que vivenciaram o câncer de mama constitui uma nova maneira de se olhar para a produção de cuidados, visto que os aspectos subjetivos de cada indivíduo fortalecem o vínculo, elemento essencial para a adesão às atividades. Além do mais, possibilita a participação ativa e responsável, exercitando a oferta e recebimento de apoio, amenizando o sofrimento, ansiedade, depressão e isolamento ocasionados pela doença, melhorando a resiliência, qualidade de vida e autonomia das mulheres<sup>25, 27</sup>.

Diante das referências positivas quanto a realização dos grupos, percebe-se a importância de mais espaços como esses, que permitam a troca de vivências, oportunizem a criação de vínculos, estimulem o bem-estar dos indivíduos e como consequência promovam a saúde da população.

Todavia, torna-se necessário que esses grupos ofertem mais ações além de exercícios físicos, considerando o indivíduo integralmente, abordando os aspectos biopsicossociais. Ainda, ressalta-se a importância de ampliar a oferta de grupos, com vistas a abranger um público maior, a exemplo de mulheres mastectomizadas, assim como divulgar mais informações sobre a execução dessas ações na comunidade.

A partir dos relatos, percebeu-se que as mulheres modificaram diversos hábitos de vida após vivenciarem o câncer de mama. Essas mudanças refletem a busca pela prevenção de recidiva da doença e pela promoção da saúde. A promoção da saúde consiste no processo de capacitação da comunidade no sentido de atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com a finalidade de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Para

promover a saúde, é necessário a efetivação de estratégias e ações desenvolvidas pelo indivíduo em parceria com os setores sociais, econômicos, de saúde, autoridades e mídia, em todas as esferas de vida<sup>28</sup>.

Para tanto, a Enfermagem e demais profissionais de saúde devem buscar estratégias para promover a saúde de mulheres mastectomizadas, por meio de uma atenção integral, individualizada e humanizada, considerando as reais necessidades desta população. Deve-se compreender que a vivência do câncer é singular e por isso cada mulher tem seu próprio tempo, necessitando de cuidados que vão além da técnica e procedimentos, mas de um olhar, apoio, carinho, sendo percebida “não como uma pessoa que têm câncer de mama, mas como um ser de possibilidades”<sup>11:15</sup>.

## **CONCLUSÃO**

As mulheres buscam mudar seus hábitos de vida após o adoecimento pelo câncer de mama e do tratamento, sobretudo após a mastectomia, sendo notório que as experiências de vida permitem ao indivíduo refletir sobre seus atos e tomar decisões que, na sua perspectiva do mundo social, permitirá mudar sua história. Entretanto, de acordo com esta pesquisa, não basta apenas o desejo de mudança, é necessário apoio social, uma vez que as mulheres recorreram a espaços e serviços públicos como instrumentos para manutenção de sua vida saudável, tais como parques públicos e programa de atenção à saúde disponível na rede. Este aspecto demonstra que há necessidade de políticas de saúde que fortaleçam e apoiem mulheres após o adoecimento e tratamento, visando a promoção da saúde.

Nesse contexto, devido a carência de programas direcionados a mulheres mastectomizadas, se faz necessário incluir, nas propostas da rede de atenção, modelos de projetos com ações objetivando auxiliá-las em todas as fases da trajetória da doença, contribuindo para a superação dos obstáculos, retomar e ressignificar suas vidas, de modo a promover a saúde dessa população.

## **REFERÊNCIAS**

1. Barros AES, Conde CR, Lemos TMR, Kunz JA, Ferreira MLSM. Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. *Rev enferm UFPE*. 2018;12(1):102-11. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23520p102-111-2018>

2. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2017;27(3):433-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000300004>
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Available from: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>
4. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
5. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Available from: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao\\_precoce\\_CANCER\\_MAMA\\_INCA.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao_precoce_CANCER_MAMA_INCA.pdf)
6. World Health Organization. Early detection. Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 3. Geneva (CH): World Health Organization; 2007. Available from: <http://www.who.int/cancer/modules/Early%20Detection%20Module%203.pdf>
7. Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad. saúde colet*. 2016;24(2):185-191. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020026>
8. Oliveira FBM, Silva FS, Prazeres ASB. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. *Rev enferm UFPE*. 2017;11(Supl. 6):2533-40. DOI: 10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201707
9. Manorov M, Soares RB, Urio A, Souza JB, Celich KRS. Após a mastectomia, o que esperar da vida pessoal, familiar e profissional? *Enferm Bras*. 2019;18(3):321-9. Available from: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i3.1381>
10. Silva JB, Ferreira CB, Ferro JS, Rocha LOM, Cavalcante KD. Percepção das mulheres mastectomizadas sobre a cirurgia reconstrutiva da mama. *Rev enferm UFPE* 2017;11(Supl. 5):2056-66. DOI: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201710
11. Paiva ACPC; Salimena AMO. O olhar da mulher sobre os cuidados de enfermagem ao vivenciar o câncer de mama. *HU Revista*. 2016;42(1):11-7. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2275/843>
12. Ribeiro AA, Pimentel BJ, Santos SJ. Ações de enfermagem a pacientes mastectomizadas acometidas por linfedema. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde*. 2016;4(4):74-82. Available from: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/07/A%C3%A7%C3%B5es-de-enfermagem-a-pacientes-mastectomizadas-acometidas-por-linfedema-v-4-n-4.pdf>
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011. 280p.



14. Rocha JFD, Cruz PKR, Vieira MA, Costa FM, Lima CA. Mastectomia: as cicatrizes na sexualidade feminina. *Rev enferm UFPE*. 2016;10(Supl. 5):4255-63. DOI: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612
15. Capelari P, Ceni GC. Comportamento alimentar e perfil nutricional de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Demetra*. 2018;13(1): 223-40. DOI: 10.12957/demetra.2018.30309
16. Piucco P, Alvarez BR, Bom FC, Mazone J. A importância dos programas de exercício físico para mulheres com câncer de mama. *Revista UNILUS*. 2017;14(36): 107-114. Available from: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/876/u2017v14n36e876>
17. Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciêns saúde coletiva*. 2016;21(6):1829-38. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07482016
18. Edib Z, Kumarasamy V, Abdullah N binti, Riza AM, Al-Dubai SAR. Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016;14:26 DOI 10.1186/s12955-016-0428-4.
19. Sampaio AD, Siqueira HCH. Influência da espiritualidade no tratamento do usuário oncológico: olhar da enfermagem. *Ensaio Cienc*. 2016;20(3):151-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2016v20n3p%25p>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)
21. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saude soc*. 2017;26(3): 676-89. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html)
23. Chapecó. Prefeitura Municipal de Chapecó. Cidade do Idoso completa 10 anos. Available from: <https://www.chapeco.sc.gov.br/noticia/1078/cidade-do-idoso-completa-10-anos>
24. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(11):e00173317. DOI: 10.1590/0102-311X00173317
25. Nogueira ALG; Munari DB; Fortuna CM; Santos LF. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2016;69(5):964-971. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>

26. Becker APS, Rocha NL. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da psicologia. *Mental*. 2017;11(21):339-55. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a04.pdf>

27. Wu PH; Chen SW, Huang WT, Chang SC, HSU MC. Effects of a Psychoeducational Intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *The Journal of Nursing Research*. 2018;26(4). DOI: 10.1097/jnr.0000000000000252

28. Carta de Ottawa. Conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa, novembro de 1986. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)

## CAPÍTULO 11

### PRESENÇA DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR E PERFIL ALIMENTAR: UMA INVESTIGAÇÃO COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Fabiana Brum Haag  
Débora Cristina Fávero  
Aline Massaroli  
Érica de Brito Pitilin  
Gelson Aguiar da Silva Moser  
Eleine Maestri

#### INTRODUÇÃO

O ambiente acadêmico é oportuno ao estudante universitário para o desenvolvimento de valores associados à sua vida pessoal e profissional, pois as vivências durante o período da graduação poderão contribuir para um futuro profissional e pessoal satisfatório e de sucesso. Nesse âmbito também envolve as questões referentes a hábitos saudáveis, entre eles os alimentares.

A alimentação saudável e o bem-estar físico, social e emocional são fatores que contribuem para uma boa qualidade de vida e são assuntos discutidos constantemente nos diversos espaços da sociedade, pois influenciam diretamente na promoção da saúde e conseqüentemente no desenvolvimento da sociedade<sup>1</sup>.

A alimentação é um fator primordial para a sobrevivência do ser humano. Os hábitos alimentares decorrem do convívio na sociedade em que se está inserido, sendo assim, sofrem modificações constantes. Na atualidade a maioria dos alimentos são processados, o que acarreta perda nutritiva. Com base nisso, deve-se ter cautela na hora de consumir certos produtos/alimentos que podem causar prejuízos à saúde.

Uma alimentação equilibrada, com base em alimentos escolhidos cuidadosamente, pode prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida, conforme demonstrado no estudo sobre a prevenção primária de doenças cardiovasculares com base na dieta mediterrânea, evidenciou que uma dieta complementada com uso do azeite de oliva extra virgem, que é uma gordura monoinsaturada, ajudaria a manter as artérias saudáveis, bem como aos demais componentes ricos em fibras e antioxidantes derivados de vegetais, legumes e frutos secos e pobres em gorduras saturadas<sup>2</sup>.

A alimentação realizada por estudantes universitários apresenta riscos relacionados à saúde, principalmente associados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), apesar deste

público possuir nível de escolaridade elevado e estar ciente da importância de uma alimentação saudável e equilibrada, além das complicações relacionadas aos maus hábitos alimentares<sup>3</sup>.

Considerando que prevalência de obesidade e demais fatores de risco cardiovascular aumentam em virtude do avanço da idade dos seres humanos, tornando-os vulneráveis a eventos cardiovasculares, ressalta-se a importância da obtenção e manutenção de hábitos saudáveis, sendo estes um conjunto de fatores que devem ser iniciados na juventude e sustentados até a idade mais avançada<sup>4</sup>.

As DCNT constituem a principal causa de morte no mundo, que no Brasil correspondem ao maior problema de saúde pública, chegando a 72% do total de óbitos, atingindo fortemente os grupos mais vulneráveis<sup>5</sup>. Em 2014, foram registrados 1.170.498 óbitos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), sendo que 800.118 desses óbitos foram em decorrência das DCNT, entre estas, as doenças cardiovasculares (DCV) corresponderam a 30,4% dos óbitos.

Os fatores de risco para DCNT são classificados em dois seguimentos: os modificáveis e os não modificáveis. Estão inclusos nos modificáveis a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus (DM), elevado consumo de álcool, sedentarismo, tabagismo, obesidade, estresse e dislipidemias. Entre os fatores não modificáveis estão o sexo, raça e hereditariedade.<sup>6</sup> Para a construção do escore de risco cardiovascular é necessário a análise do perfil lipídico, glicemia de jejum, aferição da pressão arterial (PA) e pesquisa de tabagismo.<sup>7</sup> No entanto, nesta pesquisa, por questões logísticas, institucionais e financeiras para risco cardiovascular considerou-se os seguintes parâmetros: Índice de Massa Corporal (IMC), Circunferência Cervical (CC), Circunferência Abdominal (CA), Hereditariedade, Gênero e Sedentarismo.

São vários modelos existentes que tratam sobre o risco cardiovascular, sendo validados para populações distintas e com variáveis diferentes. O primeiro e mais conhecido estudo foi o de Framingham (norte americano), após, surgiram outros como o Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) (países europeus), Qrisk (Inglaterra) e o PROCAM (Alemanha). No Brasil, nenhum estudo foi desenvolvido ou adaptado para a realidade brasileira, no entanto, pela semelhança dos números e causas das doenças com os países onde são realizadas as pesquisas, os gestores do sistema de saúde sugerem a utilização dos modelos baseados em Framingham.<sup>7</sup>

A hereditariedade e o sedentarismo também são fatores que contribuem para o risco de eventos cardiovasculares, como mostra o estudo de Gomides et al.<sup>8</sup>, em que os fatores

hereditariedade e sedentarismo estão entre os mais prevalentes de riscos em estudantes universitários.

Peso e altura são duas medidas antropométricas que concede índices relevantes na avaliação do estado nutricional. O peso dividido pela altura ao quadrado resulta no IMC de cada indivíduo, sendo que este cálculo é utilizado para o diagnóstico do estado nutricional como obesidade e desnutrição<sup>9</sup>. Os pontos de corte de IMC estabelecidos para o adulto são: menor que 18,5 baixo peso; maior ou igual que 18,5 e menor que 25 eutrófico; maior ou igual a 25 e menor que 30 considera-se sobrepeso; e maior ou igual a 30 configura-se obesidade. Para complementar o diagnóstico nutricional dos indivíduos, utiliza-se a CA, a qual mostra a distribuição do tecido adiposo no corpo, sendo que quando esse tecido se concentra na região central/abdômen tem relação direta com a morbimortalidade. Assim, considera-se normal para homens CA de até 94cm e para as mulheres até 80cm.

De acordo com Preis et al.<sup>10</sup> a CC aumentada predispõe ao acúmulo de gordura na parede das artérias carótidas, o que oportuniza o desenvolvimento de DCV. Os valores de referência utilizados para a classificação da CC foram 37 cm para homens e 34 cm para mulheres. A CC assim como o IMC, CA e relação cintura-quadril também é considerada como marcador antropométrico determinante para risco cardiovascular, apesar de ser de verificação simples, é um marcador importante na prática clínica. Esse estudo contribuiu na identificação dos hábitos alimentares dos universitários da Universidade Federal da Fronteira Sul e o reconhecimento de sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Este manuscrito é parte de um Trabalho de Conclusão de Curso que teve como questão de pesquisa investigar as implicações dos hábitos alimentares de universitários nos fatores de risco cardiovasculares. Dito isso, o objetivo deste estudo foi investigar os hábitos alimentares de universitários e a presença de fatores de risco cardiovascular.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal, de abordagem quantitativa dos resultados, realizado com 76 estudantes da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Chapecó, matriculados nos cursos com horários integrais, sendo: Agronomia, Enfermagem e Engenharia Ambiental. Foi identificado por meio do Questionário-Guia Alimentar (QGA) o perfil alimentar dos estudantes. Após a aplicação do questionário, foram aferidas as medidas antropométricas, seguindo o procedimento padrão de normas técnicas para cada medida.

Os critérios de elegibilidade foram: universitários matriculados regularmente entre o quinto e oitavo semestre da graduação e autodeclarar-se não ser portador de doença cardiovascular prévia, quando questionados pela pesquisadora nos momentos que antecederam a coleta de dados, aqueles que relataram ser portador de doença cardiovascular foram automaticamente eliminados. E como critério de exclusão, os universitários menores de 20 anos devido à população para que o QGA foi elaborado e aqueles com recusa para aferição das medidas.

A amostra foi selecionada por conveniência dos pesquisadores de forma sequencial e não intencional, abrangendo todos os estudantes que atenderam aos requisitos e estavam presentes no momento da coleta de dados, totalizando 76 universitários.

Foi realizado contato com os representantes das turmas e com os professores das disciplinas, e acordado o melhor horário para coleta de dados. A abordagem aos estudantes foi realizada em sala de aula, iniciando com a apresentação da pesquisa e assinatura do TCLE pelos participantes, em seguida foi aplicado o questionário e realizado as medidas antropométricas.

Para a coleta de dados foi utilizado o QGA, o qual dispõe perguntas sobre hábitos alimentares diários e apresenta uma pontuação específica a partir das respostas selecionadas para cada uma das 18 perguntas as quais foram somadas ao final. Com o resultado da soma das perguntas do questionário foram atribuídas a três categorias: acima de 43 pontos satisfatório; 29 a 42 pontos regular e insatisfatório até 28 pontos. O consumo alimentar foi categorizado para fins estatísticos em dois grupos: grupo regular e satisfatório e grupo irregular. Ao instrumento foram acrescentadas perguntas demográficas e sociais, idade, gênero, estado civil, antecedentes familiares com histórico de doença cardíaca familiar, mudança de moradia ao ingressar na universidade, desenvolvimento de atividade remunerada e meio de transporte utilizado para chegar até a universidade.

Para a avaliação antropométrica foram obtidos parâmetros associados a risco cardiovascular, como o IMC, CA e CC, os quais foram coletados após a aplicação do questionário em outra sala disponível e aplicados sempre pelo mesmo pesquisador. O peso dos universitários foi aferido com roupas leves, utilizando-se balança eletrônica com graduação de alta precisão da marca Cadence®, modelo BAL161 com precisão de 0,1 kg e capacidade de até 150 kg devidamente calibrada.

Para a medida da estatura, os participantes ficaram de pé, em posição ortostática, com o corpo erguido em extensão máxima, cabeça ereta, olhando para frente, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostados à parede e os pés juntos, à medida em centímetros foi obtida com fita distensível modelo Balke® com intervalos de 0,1 cm e 100 cm de extensão fixada em parede plana, a 50 centímetros do chão. Para a verificação da CA os participantes foram medidos em posição ortostática, com os braços afastados, com a camisa levantada até a altura do diafragma e abdome relaxado. Foi utilizada uma fita métrica de material metálico flexível e inextensível marca Balke®, posicionada no ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela e descartado o ponto mais estreito do abdome (cintura), assim como recomendado pela OMS. Para a aferição da CC, a medida foi feita com o indivíduo em posição ortostática, utilizando-se a mesma fita métrica, no ponto médio da altura do pescoço minimizando variações sobre essa variável antropométrica. O IMC foi calculado dividindo o peso pela altura elevada ao quadrado e categorizado segundo critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para verificar o risco cardiovascular foram considerados seis Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV) contemplados no questionário: IMC, CA, CC, histórico familiar de doença cardíaca, perfil alimentar e sedentarismo. A partir da identificação desses fatores no indivíduo foram definidas quatro classes: risco muito baixo quando nenhum ou um fator existente; risco baixo quando presente dois ou três fatores; risco moderado quando quatro ou cinco fatores existentes e risco elevado quando presente os seis fatores alterados.

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2017. Os dados e os gráficos foram tabulados e editados no editor de planilhas Microsoft Office Excel pelos pesquisadores. A análise estatística foi realizada utilizando programa SPSS versão 24. As variáveis qualitativas foram descritas através de frequência absoluta e relativa, enquanto as variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio padrão. A variável dependente nesse estudo foi o perfil alimentar e a independente foi o risco cardiovascular.

O estudo desenvolveu-se somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul, com parecer número 2.130.640. Todos os participantes assinaram o TCLE.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra total foi composta por 76 universitários, da UFFS - Campus Chapecó, dos cursos de Agronomia, Enfermagem e Engenharia Ambiental. Esse estudo apresenta a predominância do sexo feminino na sua amostra com 53 (70%), e migração de outros estados



e cidades antes de ingressar na universidade de 45 (59%) (Tabela 1), o que reforça a ideia destes como responsáveis pela sua vida e principalmente pela sua alimentação.

Em relação ao meio de transporte utilizado até a universidade, 54 (71%) atestaram utilizar transporte coletivo, enquanto 17 (22%) utilizam transporte próprio ou carona e 5 (7%) fazem uso de transporte fretado (Tabela 1). Segundo Dumith<sup>11</sup>, a definição de indivíduo ativo e inativo em relação a atividades físicas abandona informações importantes do efeito de respostas ligadas a atividade física, desta forma, propõe uma definição para a prática de atividades físicas semanais, sendo 0 minuto inativo, 1 a 149 minutos insuficientemente ativo, 150 a 299 minutos ativo e 300 ou mais muito ativo. Portanto, mesmo que não haja prática de exercício efetivamente, mas, atividades que levem o indivíduo a movimentar-se, são considerados ativos e não necessariamente sedentários. Esta pesquisa sinaliza que a maioria dos universitários não possui carro próprio, instigando estes a caminhar até os pontos de ônibus, dentro do campus universitário e até mesmo na realização de tarefas diárias no meio urbano.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos universitários.

<b>Variáveis</b>		
Gênero	70% feminino	30% masculino
Nacionalidade	99% brasileira	1 % outras
Estado Civil	85,5% solteiro	14,5% casado
Migração antes do ingresso no ensino superior	59% sim	41% não
Desenvolvimento de atividade remunerada	72% não	28% sim
Meios de transporte até universidade	71% transporte coletivo	22% transporte próprio ou carona

Fonte: elaborado pelos autores.

A média de idade dos indivíduos foi de 23,5 anos, variando entre 20 e 44 anos, o que mostra ser um público predominantemente adulto jovem. Embora a maioria dos estudos tragam que os jovens apresentam pelo menos um FRC, outros expressam que os universitários não possuem risco cardiovascular presente nesta idade. Todavia se considerarmos o risco atribuível ao tempo de 10 anos conforme o score de Framingham, este torna-se efetivo e preditivo de doença cardiovascular, uma vez que tempo de exposição e evento são proporcionais, como apontado por Sandoval et al.<sup>12</sup> em seu estudo, em que afirmam que durante a vida do jovem universitário ocorrem mudanças nos hábitos, sendo que a repercussão destas irão se manifestar após 10 ou 15 anos com a ocorrência de sobrepeso, obesidade e hipertensão.

O IMC encontrado variou de 18,4 a 36,2 kg/m<sup>2</sup>, a CA apresentou variação de 62,5 a 104cm, enquanto a CC variou entre 30,0 e 46,0cm. As médias destas variáveis juntamente com peso, altura e idade estão dispostas na Tabela 2.

Tabela 2 – Média das variáveis antropométricas e idade dos participantes.

Variáveis contínuas	Média
Idade	23,5 anos
Peso	67,9 kg
Altura	169,4 cm
IMC	23,6 kg/m <sup>2</sup>
Circunferência Abdominal	75,1cm
Circunferência Cervical	33,5 cm

Fonte: elaborado pelos autores.

Em Relação ao consumo alimentar, as informações estão no gráfico abaixo, onde foi subdividido em insatisfatório e satisfatório, sendo este último a junção do consumo alimentar regular e consumo satisfatório.

Gráfico 1 – Consumo alimentar



Fonte: elaborado pelos autores.

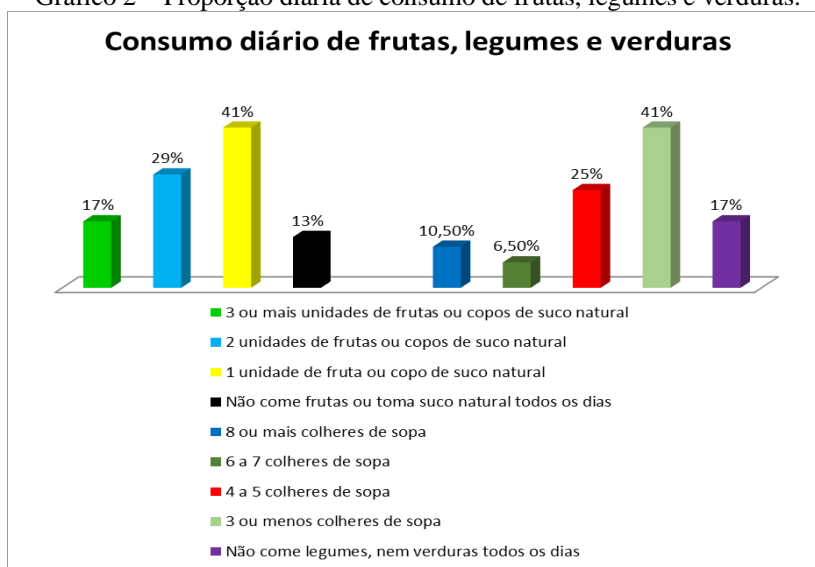
O consumo alimentar obtido a partir do QGA, dividido em variáveis categóricas que resultaram em 13 (17%) dos universitários possuem uma alimentação insatisfatória, 61 (80%) alimentação regular e 2 (3%) alimentação satisfatória, representadas no gráfico acima.

A maioria dos estudos apresenta o consumo alimentar de universitários como insatisfatório, como afirma Teo et al.<sup>13</sup>, em seu estudo realizado com estudantes ingressantes em uma universidade comunitária do Oeste de Santa Catarina, o qual concluiu que o padrão alimentar desse público está em um nível agravante e que isso se deve ao ritmo de vida atualmente, levando ao alto consumo de alimentos ultraprocessados, deixando de lado alimentos essenciais de alto valor nutritivo.

Em contrapartida, a pesquisa de Busato et al.<sup>14</sup> com estudantes da área da saúde afirma que os universitários procuram preservar uma alimentação saudável, mantendo consumo moderado de doces e frituras e proporcionam a ingestão de saladas e frutas. Os autores acreditam que a influência da manutenção de bons hábitos se deve a maioria dos participantes do estudo realizar as refeições junto à família.

Neste estudo evidenciou-se um consumo alimentar regular na maioria dos participantes da pesquisa. Este público tem disponível restaurante universitário (RU), localizado no campus da universidade, onde são disponibilizados alimentos saudáveis fornecidos pela agricultura familiar e preparados apenas com temperos naturais. O trabalho do RU é acompanhado por nutricionistas, o que garante um cardápio variado e com qualidade nutricional. Ainda assim a alimentação dos estudantes pesquisados está abaixo do satisfatório em 97% da amostra.

Gráfico 2 – Proporção diária de consumo de frutas, legumes e verduras.



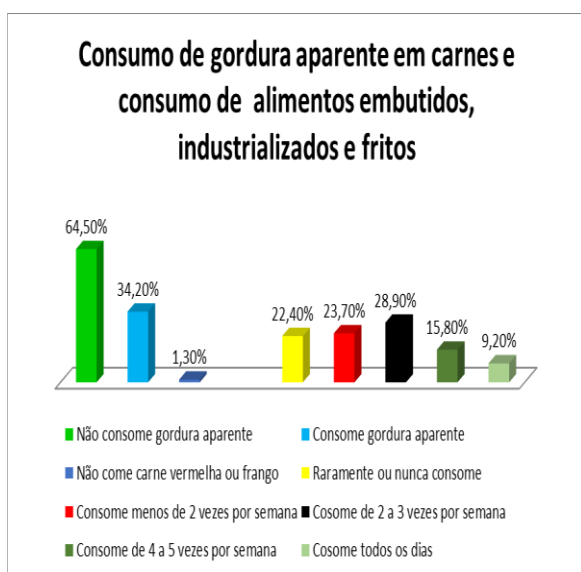
Fonte: elaborado pelos autores.

O consumo de legumes, verduras e frutas conferem proteção contra doenças do coração. O efeito benéfico desses alimentos é devido a combinações de nutrientes e compostos químicos, portanto, deve-se considerar o conjunto de alimentos consumidos e não o alimento isoladamente.<sup>15</sup> O consumo de frutas, legumes e verduras manteve-se moderado na alimentação dos universitários, 31 (41%) da amostra referiram comer uma fruta ou beber um copo de suco de fruta ao dia, e em relação ao consumo de legumes e verduras o mesmo número de participantes referiram consumir três ou menos colheres de sopa por dia, conforme apresenta o Gráfico 2.

De acordo com Brasil<sup>16</sup>, o necessário para uma boa alimentação são três porções de frutas e três porções de legumes e verduras diárias, sendo assim, o consumo dos universitários desta pesquisa está abaixo do recomendado, apenas 13 (17%) da amostra se enquadra nos padrões desejados de consumo e praticamente a mesma porcentagem de alunos não consome esses alimentos diariamente. A dieta mediterrânea afirma que é necessário possuir bons hábitos alimentares desde a infância e mantê-los ao longo da vida.<sup>2</sup>

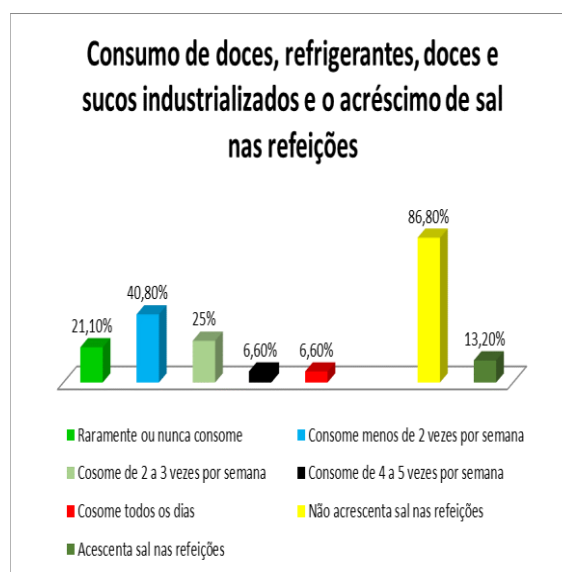
Gráficos 3 e 4 – Proporção de consumo de gordura aparente em carnes e alimentos embutidos, industrializados e fritos, e proporção de consumo de doces, alimentos industrializados e acréscimo de sal nos alimentos já preparados.

3)



Fonte: elaborado pelos autores

4)



Fonte: elaborado pelos autores

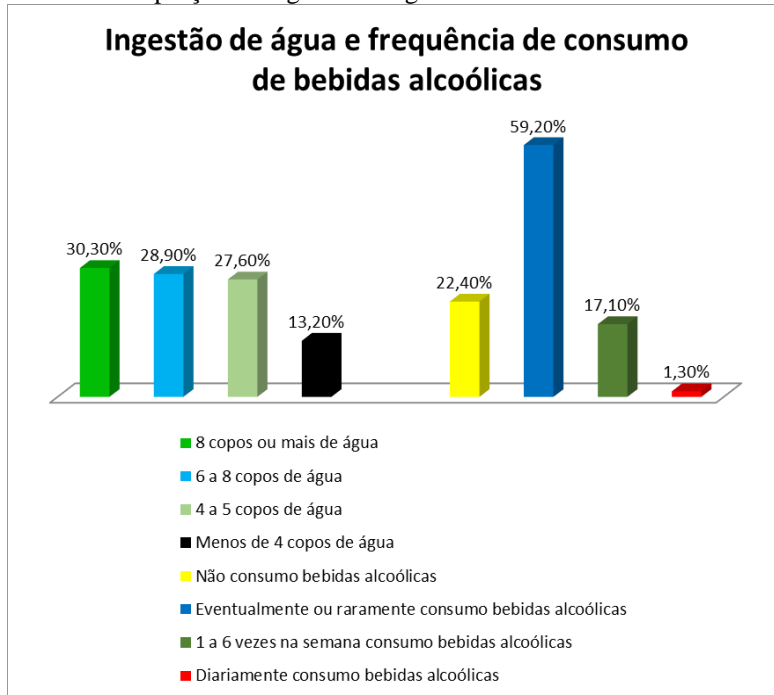
No Gráfico 3, 49 (64%) não consomem gordura aparente nos diversos tipos de carnes e 26 (34%) dizem consumir a gordura presente nesses alimentos, o que mais uma vez justifica a alimentação regular e satisfatória. Em contradição ao encontrado em outras publicações, Claro et al.<sup>17</sup> mencionam que o pior achado em seu estudo foi em relação à prevalência de consumo de alimentos ricos em gordura saturada, enfatizando que quatro em cada dez participantes de sua pesquisa referem consumir carnes com gordura. No entanto, Feitosa et al.<sup>18</sup> apresenta resultados positivos, pois, 77% da sua amostra refere retirar a gordura aparente das carnes e 51% evitam o consumo de frituras e embutidos, corroborando com os achados deste estudo onde 22 (29%) referem consumir alimentos fritos, industrializados e embutidos somente de duas a três vezes por semana e 17 (22%) consomem raramente ou nunca (GRÁFICO 3).

O consumo diário máximo de gorduras é de uma porção, equivalente de 15 a 30% da energia total da alimentação diária, quando consumido deve-se dar preferência aos óleos de

origem vegetal, em razão desses alimentos quando consumidos em excesso induzirem a DCNT.<sup>19</sup> Assim como a pesquisa sobre a dieta mediterrânea, que afirma os benefícios dos óleos a saúde auxiliando as artérias a manterem-se saudáveis.<sup>2</sup>

No gráfico 4, o baixo consumo de doces, refrigerantes e sucos industrializados foi outro dado favorável para o estudo, visto que 31 (41%) alegaram consumir esses alimentos menos de duas vezes por semana e 16 (21%) raramente ou nunca. Os alimentos mais calóricos são os ultraprocessados, especialmente guloseimas, refrigerantes, biscoitos, salgadinhos, entre outros, embora em um primeiro momento o açúcar não seja um alimento de risco cardiovascular direto, ele faz parte do perfil glicêmico e este sim, interfere diretamente nos fatores de risco para eventos cardiovasculares<sup>19</sup>. Outro dado importante e positivo é em relação ao consumo de sal, 66 (87%) dos participantes afirmaram não acrescentar sal nas refeições (GRÁFICO 4), o que confirma o achado na pesquisa de Feitosa et al.<sup>18</sup>, na qual, 79% da sua amostra mantém esse hábito preventivo, pois, o excesso de consumo de sal está diretamente ligado ao aumento da pressão arterial e consequentemente maiores riscos de doenças cardiovasculares. Em recomendação da OMS o nível recomendado de sal por dia para cada indivíduo é de no máximo 5 gramas para que não haja prejuízos relacionados ao seu consumo<sup>20</sup>.

Gráfico 5 – Proporção da ingestão de água e consumo de bebidas alcoólicas.



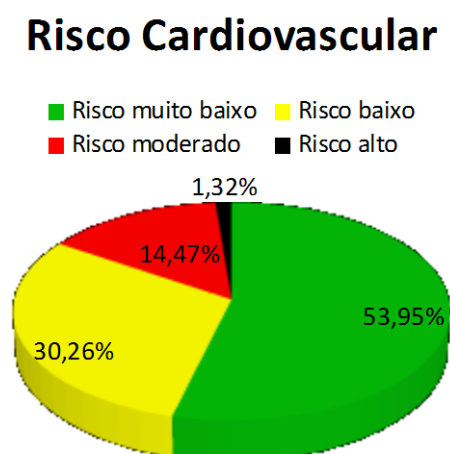
Fonte: elaborado pelos autores.

A ingesta hídrica é fundamental para manutenção da vida, pois, a maior parte da composição corporal dos seres humanos é água, assim como os alimentos a quantidade de água

que deve ser ingerida diariamente varia para cada indivíduo, é relativo em questão da idade, peso, nível de atividade física, temperatura, clima e o tipo de alimentação. É necessário satisfazer o organismo quando este apresenta sinais da necessidade de hidratação<sup>19</sup>. Nesta pesquisa, 23 (30%) referem ingerir oito copos ou mais de água diariamente (GRÁFICO 5).

Embora muitos artigos de pesquisas realizadas com universitários tragam um consumo elevado de álcool, nesta amostra a ingestão de bebidas alcoólicas foi relativamente baixa, 45 (59%) declararam consumir álcool eventualmente ou raramente, enquanto 17 (22%) afirmaram não consumir, conforme disposto no Gráfico 5. Na pesquisa de Pelicioli et al.<sup>21</sup>, dos 1877 universitários, 47% afirmaram consumir bebidas alcoólicas de duas à quatro vezes por mês e 40% mensalmente.

Gráfico 6 – Categorização dos fatores de risco cardiovascular.



Fonte: elaborado pelos autores.

Conforme demonstra o Gráfico 6, 54% dos universitários desta pesquisa encontram-se com risco cardiovascular muito baixo, 30% risco baixo, 15% risco moderado e apenas 1% com risco alto para ocorrência de eventos cardiovasculares. Embora não tenha realizado uma investigação com exames sanguíneos, perfil lipídico, glicêmico e medida de pressão arterial conforme Framingham, com os dados disponíveis nesta pesquisa percebe-se que a maioria se encontra com risco cardiovascular muito baixo e baixo.

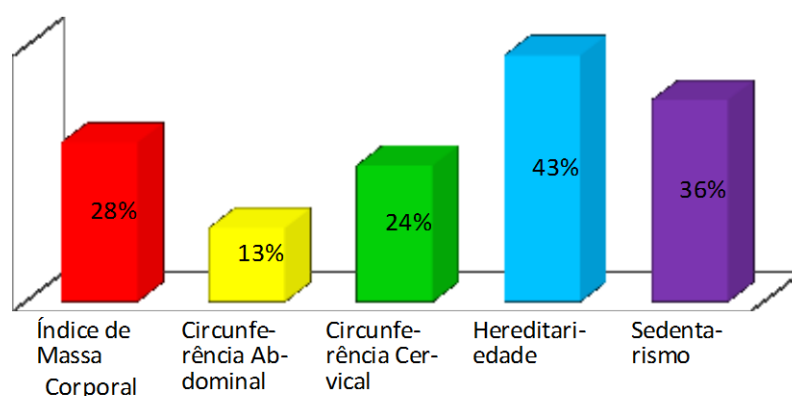
A população em estudo é jovem e saudável, por isso o risco cardiovascular baixo na maioria da amostra. No entanto, já foi largamente descrito na literatura que o processo aterosclerótico, base das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, inicia-se na infância e permanece silencioso por muitos anos. A elevada prevalência e a história natural da doença aterosclerótica tornam os jovens um alvo importante para a estratificação do risco e prevenção cardiovascular.

A pesquisa de Freitas et al.<sup>22</sup> realizada com estudantes de uma universidade pública de Fortaleza, também afirma alterações significativas no excesso de peso, sedentarismo e dislipidemias. Os resultados do estudo de Sandoval et al.<sup>12</sup> realizado com 620 indivíduos, aponta que um terço dos universitários do estudo apresentam excesso de peso ou obesidade e destaca a diminuição do colesterol bom (HDL) e aumento do colesterol total nos universitários com excesso de peso.

As pesquisas vem sinalizando a importância da prevenção cardiovascular, a atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da sociedade brasileira de cardiologia 2019 aponta para os fatores de riscos não tradicionais e presentes na população jovem, como questões sociodemográficas, étnicas, culturais, dietéticas e comportamentais, que devem ser conduzidas de forma preventiva, de maneira a diminuir ou eliminar o tempo de exposição aos fatores modificáveis como dieta, fumo e sedentarismo, diminuindo assim o risco atribuível.<sup>23</sup>

Gráfico 7 – Proporção dos fatores de risco cardiovascular verificados com alteração.

### Fatores de risco cardiovascular alterados



Fonte: elaborado pelos autores.

Na amostra dos FRCV investigados, o mais prevalente foi a hereditariedade com presença de 33 (43%). Ao considerar que a hereditariedade se caracteriza como um dos fatores não modificáveis, faz-se necessário a adoção de medidas preventivas para outros fatores que dependam do comportamento do indivíduo para modificar-se.

Um estudo<sup>24</sup> evidenciou que o nível de sedentarismo entre a população jovem universitária é alto, correspondendo a 77%, ou seja, 78 dos 101 universitários da sua amostra, apesar do sedentarismo ser o segundo valor mais evidenciado dentre os seis FRCV da pesquisa. Neste estudo, apenas 27 (36%) apresentaram sedentarismo (Gráfico 7), o que confirma o fator protetor como resultado desta pesquisa.



Um dos fatores para o sedentarismo nesse público é o pouco tempo livre, pois, além das atividades relacionadas à academia, o período de aulas é integral contando também com as atividades extracurriculares. Assim, presume-se que seja devido a maioria fazer uso de transporte coletivo como já mencionado, e assim ter uma vida relativamente ativa.<sup>25</sup>

O IMC alterado correspondeu a 21 (28%) da amostra, similarmente ao achado no estudo de Gasparotto et al.<sup>26</sup> que evidenciou que dos 6.641 indivíduos participantes 413 (25,9%) apresentaram IMC alterado, afirmando a relevância deste indicador para verificação de sobrepeso em universitários. A possível justificativa para tal ocorrência é a dificuldade de tempo para realização de hábitos saudáveis de saúde, principalmente para aqueles que frequentam cursos integrais, como o observado nesta pesquisa.

Em relação a CA e CC, assim como na pesquisa de Vasconcelos et al.<sup>27</sup> com universitários, esses resultados em nossa amostra foram dentro dos padrões da normalidade. A CA, que traduz obesidade central e visceral, e constitui-se num fator de risco cardiovascular, aceito pelas principais associações mundiais de cardiologia como a *American Heart Association* (AHA) e a Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC)<sup>11</sup> não interferiram diretamente sobre as doenças cardiovasculares, mas representam função importante sobre estas, como demonstrado no estudo realizado por Pimenta et al.<sup>23</sup>, que apontou em seus resultados a relevância dessas medidas para desenvolvimento de HAS, a qual representa um potencial risco para DCV.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que neste estudo a maioria dos indivíduos apresentaram consumo alimentar regular. No entanto, poucos consomem adequadamente legumes, verduras e frutas. A maioria não ingere gordura aparente nos alimentos, além de manter consumo moderado de alimentos fritos e embutidos. Nessa perspectiva, a baixa ingestão de doces, refrigerantes e alimentos industrializados foi outro achado favorável, assim como o controle do uso de sal. A ingestão hídrica dos universitários também se configurou boa e o baixo consumo de bebidas alcoólicas foi outro fator benéfico identificado no estudo.

Em relação as medidas antropométricas verificadas, quando comparadas ao hábito alimentar, não demonstraram relação significativa estatisticamente. Em referência a presença de fatores de risco cardiovascular, a maioria apresentou risco baixo e muito baixo para eventos cardiovasculares. Considerando os fatores de riscos avaliados no estudo, os fatores mais prevalentes foram a hereditariedade e o sedentarismo. Embora haja simultaneidade de riscos,

não se pode afirmar que os universitários tenham risco cardiovascular presente e sim presença de fatores de risco cardiovasculares que se não forem modificados ou controlados agora, daqui alguns anos o tempo de exposição possa ser potencialmente preditivo de risco cardiovascular real. Não houve relação estatística entre os hábitos alimentares, medidas antropométricas e fatores de risco cardiovasculares neste estudo, uma vez que a amostra foi baixa. Porém, a maioria dos universitários apresenta alimentação fora do recomendado e não pratica nenhum tipo de atividade física, além de possuir antecedentes familiares com presença de doença cardiovascular.

Diante dos dados apresentados, esta pesquisa revela a importância da prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular, da adoção e manutenção de uma dieta saudável no público jovem e sinaliza a necessidade da oferta de espaços e programas de educação, prevenção e manutenção da saúde dentro do ambiente universitário.

## REFERÊNCIAS

1. Paula MM de, Oliveira AL de, Silva, JLG da. Promoção da saúde e produção de alimentos na agricultura familiar. *Rev Int Interd* 2017 Jul;1(1):50-67.  
<https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/interacao/article/view/145>
2. Estruch R, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet. *New England Journal of Medicine* 2013 Abr;368(14):1279-1290.  
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1200303>.
3. Carneiro M de N de L, et al. Estado nutricional de estudantes universitários associados aos hábitos alimentares. *Rev Soc Bras Clin Med* 2016 Jun;14(2):84-88.  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1248/14284.pdf>.
4. Faludi AA, Izar MCDO, Saraiva JFK, *et al.* Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose–2017. *Arquivos brasileiros de cardiologia* 2017;109(2):1-76.  
[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02\\_DIRETRIZ\\_DE\\_DISLIPIDEMIAS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, p. 160, 2011.  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf).
6. Zhu Q, Wang XB, Yao Y, *et al.* Association between anthropometric measures and cardiovascular disease (CVD) risk factors in Hainan centenarians: investigation based on the Centenarian's health study. *BMC cardiovasc disord* 2018; 18(1):73.  
<https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-018-0810-8>.
7. Beqa Ahmeti G, Idrizovic K, Elezi A, Zenic N, Ostojic L. Endurance Training vs. Circuit Resistance Training: Effects on Lipid Profile and Anthropometric/Body Composition Status

in Healthy Young Adult Women. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(4):1222. DOI: 10.3390 / ijerph17041222.

8. Gomides PHG, et al. Determinação do risco coronariano em estudantes de educação física de uma universidade pública do estado de Minas Gerais como estratégia de avaliação pré-participação. *Rev Bras de Pres e Fis do Exercício* 2014 Ago;8(48):565-570. <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/655>.

9. Zhu Q, Wang XB, Yao Y, *et al.* Association between anthropometric measures and cardiovascular disease (CVD) risk factors in Hainan centenarians: investigation based on the Centenarian's health study. *BMC cardiovasc disord* 2018; 18(1):73. <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-018-0810-8>.

10. Preis SR, et al. Neck circumference as a novel measure of cardiometabolic risk: the framingham heart study. *J Clin Endocrinol Metab* 2010 Ago;95(8):3701-3710. Preis SR, et al. Neck circumference as a novel measure of cardiometabolic risk: the framingham heart study. *J Clin Endocrinol Metab* 2010 Ago;95(8):3701-3710.

11. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Rio de Janeiro: SBC, 2019. <https://materiais.cardioaula.com.br/intensivo-curso-titulo-especialista-cardiologia>.

12. Sandoval CEG, et al. Prevalencia de obesidad y perfil lipídico alterado en jóvenes universitarios. *Nutr Hosp.* 2015;29(2):315-321. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.2.7054>

13. Teo CRPA, et al. Ambiente alimentar e vulnerabilidade de adolescentes universitários: um estudo com foco no convívio familiar. *Rev Bras de Pesq Saúde* 2014 Mar;16(1):49-58. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/8490>.

14. Busato MA, et al. Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* 2015 Dez;36(2):75-84. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e540.2019>.

15. Tanton J, et al. Eating behaviours of british university students: a cluster analysis on a neglected issue. *Advances in preventive medicine* 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/639239>.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

17. Claro RM, et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015 Jun;24(2):257-265.

18. Feitosa EP. Hábitos Alimentares de Universitários da Amazônia Brasileira. Ver *Antropologia Portuguesa* · December 2014 <https://www.researchgate.net/publication/304581220>.

19. Ha SK. Dietary salt intake and hypertension. *Electrolyte Blood Press* 2014;12(1):7-18.

20. Moura JRA, et al. Perfil lipídico de universitários e associação com risco cardiovascular. *Rev Enferm UFPI* 2017 Mar;6(1):40-46.  
<https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5841>.
21. Pelicioli M, et al. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. *J Bras Psiquiatr* 2017;66(3):150-156.  
<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jHGbD4Zkg3KfwHDJRdpV5Wv/abstract/?lang=pt>.
22. Freitas RWJF de, et al. Análise do perfil lipídico de uma população de estudantes universitários. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013 Out;21(5):1151-1158.  
[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1151.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1151.pdf).
23. Pimenta IL, et al. Medidas das circunferências abdominal e cervical para mensurar riscos cardiovasculares. *Rev Med Minas Gerais* 2014;24(9):16-19. (26).  
<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1670>.
24. Leiva AM, Martínez MA, Celis-Morales C. Efecto de una intervención centrada en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. *Rev Med Chile* 2015; 143(8):971-8. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid).
25. Galvão NI, et al. Determination of cardiovascular risk in spontaneous check-up population through the Framingham score. *Int J Cardiovasc Sci* 2013 Fev;26(5):356-363.  
<http://www.onlinejcs.org/english/sumario/26/26-5/artigo4.asp>.
26. Gasparotto G da S, et al. Fatores de risco cardiovascular em universitários: comparação entre sexos, períodos de graduação e áreas de estudo. *Rev da Fac Med de Ribeirão Preto* 2013 Jun;46(2):154-163. <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/62463>.
27. Vasconcelos HCA de, et al. Correlação entre indicadores antropométricos e a qualidade do sono de universitários brasileiros. *Rev Esc Enferm USP* 2013 Mar;47(4):852-859. <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0852.pdf>.
21. Pelicioli M, et al. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. *J Bras Psiquiatr* 2017;66(3):150-156.  
<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jHGbD4Zkg3KfwHDJRdpV5Wv/abstract/?lang=pt>.
22. Freitas RWJF de, et al. Análise do perfil lipídico de uma população de estudantes universitários. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013 Out;21(5):1151-1158.  
[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1151.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1151.pdf).
23. Pimenta IL, et al. Medidas das circunferências abdominal e cervical para mensurar riscos cardiovasculares. *Rev Med Minas Gerais* 2014;24(9):16-19. (26).  
<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1670>.
24. Leiva AM, Martínez MA, Celis-Morales C. Efecto de una intervención centrada en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. *Rev Med Chile* 2015; 143(8):971-8. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid).

25. Galvão NI, et al. Determination of cardiovascular risk in spontaneous check-up population through the Framingham score. *Int J Cardiovasc Sci* 2013 Fev;26(5):356-363. <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/26/26-5/artigo4.asp>.

26. Gasparotto G da S, et al. Fatores de risco cardiovascular em universitários: comparação entre sexos, períodos de graduação e áreas de estudo. *Rev da Fac Med de Ribeirão Preto* 2013 Jun;46(2):154-163. <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/62463>.

27. Vasconcelos HCA de, et al. Correlação entre indicadores antropométricos e a qualidade do sono de universitários brasileiros. *Rev Esc Enferm USP* 2013 Mar;47(4):852-859. <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0852.pdf>.

## CAPÍTULO 12

### SAÚDE NA AGRICULTURA FAMILIAR: RISCOS OCUPACIONAIS E MEDIDAS PREVENTIVAS NA PERSPECTIVA DE JOVENS

Ângela Urio  
Jeane Barros de Souza  
Angélica Zanettini  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Daniela Savi Geremia  
Liane Colliselli

#### INTRODUÇÃO

Com o processo de modernização agrícola iniciado no Brasil em 1950 e com maior expansão em 1970, as práticas dos trabalhadores rurais sofreram profundas mudanças devido à inserção de insumos, técnicas e equipamentos, com objetivo de proporcionar melhores rendimentos na produtividade. No entanto, essas transformações ocasionaram maior exposição dos agricultores a riscos decorrentes de mudanças ambientais e alterações nas cargas e jornadas de trabalho, o que refletiu na segurança e na saúde desta população<sup>1</sup>.

A atividade agrícola pode ser considerada uma perigosa fonte de trabalho, se observado o alto risco que os que a exercem estão expostos aos agrotóxicos. A extensiva utilização de agrotóxicos vem representando um problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento e especialmente para aqueles que têm a economia voltada ao agronegócio, como o Brasil<sup>1</sup>.

As consequências da utilização intensiva de agrotóxicos, associadas a políticas públicas de saúde, meio ambiente e trabalho baseadas no paradigma do *uso seguro*, têm se revelado nos crescentes casos de intoxicações agudas e crônicas, principalmente entre os agricultores familiares<sup>2</sup>. A exposição a agrotóxicos por meio direto, ou seja, sem usar ou com o uso inadequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), pode levar à intoxicação aguda ou crônica do trabalhador rural. As intoxicações agudas ocorrem após alta exposição por curto período, com sintomas como dor de cabeça, tontura e fraqueza, enquanto as intoxicações crônicas acontecem depois de meses ou anos de exposição, cujo quadro clínico ainda é indefinido<sup>3</sup>.

O agricultor familiar está diretamente afetado e, como tal, precisa ser o primeiro a tomar providências quanto à promoção da sua saúde, pois o seu ramo de atividade depende da adoção de práticas que conservem o meio ambiente e a sua própria saúde<sup>1</sup>. Em 2011 foi criada a Política

Nacional de Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas e revisada em 2013, com o objetivo de melhorar o nível de saúde dos agricultores. Tal política facilitou o acesso a serviços assistenciais, a redução de riscos decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas, promovendo a melhoria da qualidade de vida da população agrícola<sup>4</sup>.

Há um crescente interesse de pesquisadores e de instituições de saúde nos determinantes da saúde de jovens, que têm demonstrado não adotar posturas preventivas e nem procurar ajuda quando têm a saúde comprometida<sup>5,6</sup>. Nesse sentido, a dinâmica de vida de jovens trabalhadores rurais pode ocasionar situações peculiares que deveriam ser levadas em consideração na organização da atenção à saúde<sup>7</sup>.

A partir da vivência de relatos de jovens agricultores com sintomas de intoxicação aguda, cujas famílias atuavam no ramo da agricultura familiar, surgiu o interesse de realizar esta pesquisa. Trata-se de um recorte de um Trabalho de Conclusão de Curso de 2018, em que a questão de pesquisa do estudo original foi: quais as percepções do jovem agricultor familiar sobre os riscos em seu trabalho e quais medidas preventivas percebem serem necessárias para promover a sua saúde?

Nesta perspectiva, este capítulo tem como objetivo compreender as percepções de jovens agricultores sobre os riscos ocupacionais a que estão expostos.

## **METODOLOGIA**

Estudo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e que teve como cenário um município de pequeno porte do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, cuja base de arrecadação financeira é a agricultura familiar.

A pesquisa desenvolveu-se com dez jovens agricultores familiares, sendo todos residentes no município escolhido. Como critérios de inclusão considerou-se jovens agricultores familiares abaixo de 30 anos, que possuíam bloco de notas de produtor rural. Como critérios de exclusão os jovens que não estavam atuando na agricultura no momento da realização do estudo e que não fossem associados no Sindicato de Trabalhadores Rurais. Estes jovens foram contatados e identificados com o auxílio do Sindicato de Trabalhadores Rurais.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre do ano de 2018, por meio de entrevista seguindo um roteiro de questões semiestruturadas. Cada participante foi entrevistado e foram coletadas informações sobre seu perfil, os riscos ocupacionais a que estavam expostos, os cuidados tomados perante os riscos e sobre promoção da saúde. As entrevistas foram realizadas



nas próprias residências dos participantes em horário previamente agendado e que era propício para um diálogo sem interrupções. Como forma de manter o anonimato dos participantes utilizou-se codinomes de frutas produzidas no município em estudo, representando uma das produtividades da agricultura familiar.

A organização e análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>8</sup>. No primeiro momento executou-se a pré-análise com leitura flutuante dos dados obtidos nas entrevistas, escolhendo documentos para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Após, realizou-se a exploração do material de análise, em três etapas, sendo a organização das unidades, a definição das regras de contagem e finalmente, a definição das categorias<sup>8</sup>. A partir de então, surgiram as seguintes categorias: Reflexões sobre os riscos ocupacionais e Possibilidades de prevenção dos riscos ocupacionais.

Esta pesquisa teve início somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), com parecer nº 2.693.982.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram da pesquisa dez agricultores familiares, com idade entre 21 e 29 anos, sendo oito do sexo masculino e dois do sexo feminino, católicos, de cor/raça branca, sendo oito solteiros e dois casados com filhos. Atuavam, em sua maioria, na produção de leite, como também de hortaliças, frutas, suínos, bovinos e na agroindústria.

### **Reflexões sobre os riscos ocupacionais**

Na agricultura encontram-se inúmeras atividades que apresentam riscos, com destaque para riscos mecânicos, físicos, ergonômicos, químicos e biológicos<sup>9</sup>. Esta diversidade de riscos é acentuada porque as tarefas são pouco estruturadas, exigindo grande esforço físico, posturas inadequadas, exposição a produtos químicos de grande toxicidade e, além disso, as tarefas são executadas em condições ambientais desfavoráveis<sup>10</sup>. Uma das principais consequências da modernização da agricultura brasileira foi à substituição progressiva do trabalho manual pelo mecanizado. A introdução de instrumentos e insumos modernos nas tarefas agrícolas ampliou significativamente os riscos e os tipos de acidentes de trabalho a que estão sujeitos os trabalhadores rurais<sup>9</sup>. Os riscos mecânicos são aqueles a que o produtor rural está submetido ao trabalhar com máquinas, implementos agrícolas e ferramentas manuais. Observa-se que mais de 60% dos acidentes de trabalho são decorrentes da mecanização agrícola<sup>11</sup> e alguns participantes desta pesquisa citaram-no, conforme segue:

[...] com o trator, a plantadeira, conforme o lugar que vai trabalhar tem que se cuidar [...] (Laranja).  
[...] Com máquina, com ensiladeira é mais perigoso, tem que ter mais cuidado (Caqui).

Além do risco com máquinas e implementos agrícolas, há também o risco com ferramentas manuais, com exposição a cortes:

Quando se trabalha com carnes você sempre está correndo o risco, por mais que você tenha os cuidados usando os equipamentos de proteção, você sempre corre risco de se cortar [...] (Figo).

Há uma forte relação entre o projeto das ferramentas manuais e os traumas cumulativos que acometem principalmente mãos e antebraços dos agricultores. Ao escolher a ferramenta ideal para o desenvolvimento da atividade, o agricultor deve dispensar atenção à sua funcionalidade e às suas características ergonômicas, pois têm grande influência sobre as posturas de trabalho, distribuição de pressão sobre a mão, carga muscular, fadiga e riscos de lesões<sup>11</sup>. Dentro dos riscos mecânicos também se encontra o risco com animais não peçonhentos e, neste estudo, foi destacado o contato com os bovinos:

[...] entrar em contato no manejo dos animais, às vezes tem que medicar, dar um produto na boca, contato com a salivagem, que pode transferir doenças, até contato com sangue, quando vai fazer higienização dos tetos das vacas (Pêssego).  
[...] de repente um animal meio bravo estranho, que não conhece, dá um coice (Lima).

Conforme a fala de Pêssego, o maior risco a que o agricultor está exposto ao entrar em contato com a salivagem dos bovinos é o de contrair o vírus rábico, causador da raiva e que fica está presente na saliva dos animais mamíferos. Ao entrar em contato com humanos, o vírus se multiplica no ponto de inoculação, atinge o sistema nervoso periférico e, posteriormente, o sistema nervoso central. A partir daí, dissemina-se para vários órgãos e glândulas salivares, onde se replica, sendo eliminado também pela saliva das pessoas<sup>12</sup>.

Quanto à exposição constante dos trabalhadores rurais às radiações solares, os efeitos do foto-envelhecimento são perceptíveis na pele com o passar de poucos anos, gerando também a possibilidade de desenvolvimento de neoplasias<sup>13</sup>. A exposição solar destacou-se como um dos fatores de risco a que os jovens participantes estão expostos no trabalho agrícola:

[...] tem o sol, porque a gente trabalha direto [...] (Uva).  
As horas de sol, que a gente pega durante o dia, que não tem como evitar [...] (Ameixa).

O trabalhador agrícola está em constante exposição à radiação solar, com susceptibilidade de desenvolver câncer de pele, uma vez que essas atividades são realizadas a céu aberto, com constantes mudanças climáticas e sob os efeitos nocivos dos raios solares, apresentando altos riscos de desenvolver a patologia<sup>13</sup>.

Os riscos ergonômicos consistem em posturas inadequadas e forçadas, carregamento de peso, repetitividade e flexão/rotação do tronco. Os trabalhadores agrícolas costumam realizar um conjunto de atividades diárias que exigem elevados esforços e demasiado esforço físico, o que não raramente ocorre desde a infância até a velhice e com uma carga física que expõe o trabalhador à possibilidade de, em curto e/ou longo prazos, desenvolver distúrbios posturais<sup>14</sup>. Tal situação foi relatada pelos jovens agricultores:

[...] esforço físico também é bastante, a gente sofre na roça, um pouco mais puxado o serviço [...] Trabalho pesado, esforço físico com esforço da coluna, é bastante puxado (Ameixa).

[...] se esforça demais quando está trabalhando, ergue peso, coisas assim, que pode prejudicar a coluna (Uva).

Todas as situações que exijam força física acentuada e inadequada do trabalhador, não são ergonômicas e podem ter como consequências distensões músculo-ligamentares, compressão de estruturas nervosas, desinserção da extremidade de fixação do osso e dor<sup>14</sup>. Além dos esforços físicos, os jovens também destacaram que as atividades na agricultura exigem a execução de movimentos repetitivos e manutenção de determinada postura por tempo prolongado:

[...] o serviço repetitivo, você realiza sempre as mesmas atividades [...] (Amora).

É bem repetitivo o serviço, a parte da banha [...] fazer o corte é um serviço muito repetitivo que prejudica bastante o ombro (Figo).

Dentre as diversas operações e etapas de trabalho do produtor rural é possível afirmar que esta atividade é altamente repetitiva, com uso manual intensivo e que exige muito esforço em termos de postura<sup>15</sup>. Também existem os agentes de risco químico, que são as substâncias, compostos ou produtos que podem penetrar no organismo do trabalhador por via respiratória, através da pele ou por ingestão, na forma de poeiras, fumos, gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que sejam, pela natureza da atividade, de exposição<sup>9</sup>.

Até há pouco tempo, a exposição dos trabalhadores ligados ao cozimento não era considerada um fator de risco. Porém, pode representar um impacto na qualidade de vida destas pessoas, colocando em risco sua saúde; isto devido às emissões de poluentes e pelas condições térmicas a que estes trabalhadores estão expostos<sup>16</sup>, como evidenciado no relato a seguir:

E um grande risco também é na parte da banha [...] você tem que tomar muito cuidado na hora que começa a fritar, começa evaporar, e solta uma gordura [...] (Figo).

No preparo de alimentos, os trabalhadores são expostos a várias substâncias deletérias à saúde, as quais estão presentes na fumaça ou nos vapores liberados, resultantes do processo de cocção dos alimentos, uso de produtos de limpeza e desinfecção<sup>16</sup>. No dia a dia do trabalho,

os agricultores estão mais expostos ao risco químico devido à utilização de agrotóxicos. A aplicação de agrotóxicos é uma atividade feita com o intuito de combater as pragas da lavoura, porém há também a contaminação do ambiente de produção e de trabalho. De forma contraditória, agroquímicos causam malefícios, aliados à destruição da biodiversidade e ecossistemas<sup>1</sup>.

Muitos agricultores familiares migraram da agricultura sustentável, onde se utilizava uma baixa ou isenta quantidade de agrotóxicos, para a agricultura convencional com elevada utilização de agrotóxicos, pois ela oferece uma série de benefícios como redução da migração rural, aumento da renda e produtividade<sup>17</sup>. Os agrotóxicos previnem o ataque de pragas às lavouras e perdas no armazenamento, mas comprometem a saúde tanto dos agricultores como da população, de forma direta (durante a aplicação) ou indireta (por meio do consumo de alimentos, com resíduos de veneno<sup>17</sup>, como destacado por alguns participantes da pesquisa:

[...] tem a questão dos agrotóxicos, que a gente faz bastante aplicação [...] esses riscos a gente nem consegue mensurar, é muito grande o contanto durante o manuseio (Pêssego).

[...] É meio perigoso por causa de intoxicação ou coisa assim (Bergamota).

A partir das falas, ressalta-se a produção de hortaliças, cujo cultivo em específicas épocas do ano demanda intenso uso de agrotóxicos, pois estão sujeitas a ataques de pragas. Assim, o produtor rural assegura produtividade e lucros com a utilização dos agrotóxicos, mas por vezes, sem mensurar as consequências para a saúde. A proteção à saúde da população está fragilizada pelos interesses do mercado que possui uma estrutura institucional e legislativa, a fim de fornecer meios necessários para manter a sua economia, em favor da utilização de produtos técnicos com o apoio dos governos, em que o lucro sobrepõe o direito a saúde dos seres humanos e do meio ambiente<sup>18</sup>.

As empresas focam na produtividade e por vezes relegam a segundo plano a saúde dos agricultores que utilizam estes produtos químicos. Além disso, a aquisição destes produtos é fácil e pode ocorrer sem orientações sobre a utilização, como mencionado pelos jovens agricultores:

Agrônomo a gente não tem, mas quem vende, sempre dão algumas explicações, mas não são muitas, eles não se aprofundam (Ameixa).

Ninguém nos orienta sobre o uso dos agrotóxicos. Às vezes tem o técnico que vende e fala um pouco sobre como usar, aplicar, mas não é muito (Bergamota).

No Brasil, as leis, decretos e normas que regulamentam a produção, comercialização, fiscalização e utilização dos agrotóxicos incorporaram, a partir de 1989, as diretrizes do Código Internacional de Conduta para a Distribuição e Uso de Agrotóxicos, como base conceitual e

seguem a cartilha do *uso seguro* como modelo de proteção da saúde humana e do meio ambiente<sup>18</sup>. Os agricultores têm livre acesso aos agrotóxicos, porém não têm definida a fiscalização e as garantias trabalhistas da forma *segura* de utilização destes produtos. Então, o agricultor se expõe a vários produtos químicos ao mesmo tempo, ao longo de muitos anos e por vias distintas. Isso é agravado pelo uso exagerado de agrotóxicos, uma vez que eles próprios preparam as caldas, fazem a aplicação, limpam os maquinários utilizados e fazem a colheita das culturas, o que eleva o risco potencial de intoxicação. Neste sentido, salienta-se a necessidade de utilização de uma linguagem compreensível para informar sobre as características dos produtos, manuseio e os cuidados relacionados aos riscos para a saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente<sup>18</sup>.

A exposição aos agrotóxicos foi o que mais se destacou para o cuidado a saúde dos jovens agricultores familiares pela gama de potenciais comorbidades. Uma situação comum ao discutir saúde e ambiente rural é reduzir os agravos somente à exposição aos agrotóxicos. Ressalta-se que a realidade do uso de agrotóxicos no Brasil é um problema de saúde pública de primeira ordem, mas não é o único. Assim, as demais exposições a riscos merecem atenção, pois também causam comorbidades, afetando a qualidade de vida atual e futura destes jovens.

### **As possibilidades de prevenção dos riscos ocupacionais**

Os trabalhadores rurais realizam atividades arriscadas e insalubres em ambientes propiciadores de diversos riscos ocupacionais. Esses riscos podem ocasionar três situações distintas: acidentes do trabalho típicos, que ocorrem no interior do ambiente de trabalho; acidentes de trajeto, que acontecem no percurso da moradia ao trabalho; e doenças ocupacionais decorrentes das atividades exercidas no trabalho, bem como de exposição a um ambiente que causa algum dano à saúde do trabalhador<sup>19</sup>.

A utilização dos EPI é a principal maneira de amenizar os riscos a que o agricultor está exposto no seu trabalho, sendo que os equipamentos de uso indispensável são: luvas, respiradores ou máscara Peça Facial Filtrante (PFF-22), óculos ou viseira facial, jaleco e calças hidrorrepelentes, touca árabe, avental, botas impermeáveis<sup>20</sup>. Os EPI representam a única forma que o trabalhador agrícola tem para proteger-se contra intoxicações e acidentes que possam colocar sua vida em risco. A utilização desses equipamentos é necessária em todas as etapas do uso dos agrotóxicos, desde o preparo da calda até a limpeza dos equipamentos após a aplicação<sup>20</sup>. Alguns participantes da pesquisa reconheceram a importância da utilização dos EPI:

Seria importante, desde nos tratamentos usar os equipamentos [...] daqui a pouco por não usar você corre o risco de desenvolver uma doença (Maracujá).  
[...] não vai te afetar agora, mas a longo prazo isso pode até gerar câncer, temos que tomar esses cuidados [...] (Figo).

Outros participantes da pesquisa reconheceram a importância da utilização dos EPI, porém o conhecimento não se traduz em uma ação efetiva, como se observa nos relatos a seguir:

[...] você sente mais na hora, você nota que é uma respiração mais pesada, então o certo seria usar máscara, mas a gente não usa (Figo).  
[...] sempre, sempre não, de vez em quando não, às vezes se esquece (Caqui).

O trabalho realizado pelos agricultores os expõe a riscos produzidos pelas condições e pela organização do trabalho, os quais resultarão em impactos negativos à saúde física e psíquica. Isto ocorre, principalmente, pelo processo de trabalho na produção agrícola estar diretamente relacionado com o risco de envenenamento por produtos químicos, problemas respiratórios, câncer de pele, alergias e irritações causadas pelos produtos químicos e problemas psicológicos relacionados ao uso de agrotóxicos<sup>21</sup>.

A não utilização dos EPI ocorre pela autoconfiança do agricultor, devido a sua experiência. No entanto, sabe-se que a não utilização desses equipamentos expõe os trabalhadores a risco intenso, podendo ocasionar adoecimento. Os trabalhadores visualizam os agentes químicos como fonte de ameaça e os reconhecem como elemento negativo, que pode trazer dano à sua saúde, a terceiros ou ao ambiente. Porém, a chamada invisibilidade de riscos leva ao descuido no cotidiano do seu labor<sup>20</sup>. Também houve relatos de jovens agricultores familiares que de fato utilizam os EPI:

[...] usar a máscara, os equipamentos que precisa, não entra em contato com a pele, essas coisas, não ir perto quando estão passando [os agrotóxicos] (Uva).  
Usar os equipamentos de proteção [...] desde a preparação da calda, a partir do momento que pegar o trator, que colocar o pulverizador tem que estar com os equipamentos [...] (Pêssego).  
Sim. Usando os equipamentos e se passa veneno com o trator que tem cabine [...] (Caqui).

Ao observar os discursos dos participantes do estudo fica evidente que revelam a utilização de um ou dois equipamentos de proteção, enquanto o ideal seria utilizar todos os EPI. No entanto, quando os agricultores os utilizam, nem sempre os empregam adequadamente, ou o fazem em partes<sup>18</sup>. É importante salientar que, em qualquer pulverização, os operadores ficam expostos às caldas, seja por contato direto ou pela deriva ocorrida entre a ponta de pulverização e o alvo de depósito. Como o risco de intoxicação ocupacional com agrotóxicos existe em qualquer modalidade de pulverização e ainda é influenciado por diversos fatores de risco dominantes nas condições específicas de trabalho, as características estruturais do equipamento

de aplicação, do trator e da posição do trabalhador no seu posto de trabalho são fatores que afetam a intensidade da exposição<sup>22</sup>.

No trabalho com as máquinas agrícolas, as possibilidades de prevenção aos riscos foram relatadas:

No trator, usar o cinto de segurança, nos implementos tem que se cuidar, conforme vai mexer ir em cima, pode cair [...] (Laranja).

[...] cuidar quando é mais morro, a terra mais declinada, pra não tombar a máquina [...] (Lima).

A utilização do cinto de segurança nas máquinas agrícolas, principalmente em tratores é de fundamental importância, pois, em caso de acidentes, o operador terá menos chances de ser arremessado para fora da máquina e ser esmagado caso ocorra uma capotagem. No entanto, o uso do cinto de segurança em máquinas agrícolas pelos agricultores tem baixa ou nenhuma adesão<sup>23</sup>. Ao questionar os participantes sobre a exposição aos riscos ocupacionais, eles relataram o risco com os animais, porém não evidenciaram maneiras de preveni-los, destacando que trabalhar com os animais é algo prazeroso e benéfico para a saúde mental:

Não vejo necessidade de medidas com os animais (Pêssego).

O psicológico da gente de trabalhar com os animais é muito bom, a gente canta, assovia, se você embrear com eles, eles não embreavam com você, é muito bom (Amora).

Para os animais não atacarem os humanos é preciso existir uma relação de bem-estar entre humano e animal, pois as pessoas que têm atitudes positivas em relação aos animais tendem a ter também atitudes positivas em relação ao seu manejo. Como consequência de uma boa relação entre humano e animal haverá maior produtividade, principalmente se tratando de vacas leiteiras<sup>24</sup>. As medidas protetivas perante a exposição solar relatada pelos participantes foram o uso de protetor solar e chapéu:

A gente sempre se cuida, usa bastante protetor solar [...] (Uva).

[...] utilizar chapéu, protetor solar [...] (Ameixa).

A utilização destas medidas preventivas citadas por Uva e Ameixa, além de roupas que evitem a exposição da pele aos raios ultravioleta, é fundamental para evitar um futuro câncer de pele. A exposição crônica à luz solar representa um considerável fator de risco de se adquirir uma neoplasia<sup>14</sup>. A exposição repetida e excessiva aos raios ultravioletas por períodos superiores a 15 ou 30 anos, provoca alterações capazes de evoluir para o carcinoma. As radiações solares por longos períodos, sem observar pausas e as reposições calóricas e hídricas necessárias, desencadeiam uma série de problemas de saúde como: câimbras, síncope, envelhecimento precoce, desidratação e anemias<sup>14</sup>.



Outro ponto elencado pelos jovens agricultores, como medidas de proteção perante os riscos foi a utilização de maquinários/tecnologias para diminuir o esforço físico:

A gente tenta agregar um pouco mais de máquina pra puxar um pouco menos de peso [...] (Amora).

Hoje o que você puder trocar a mão de obra tua por máquinas é viável pelo estrago que você está se causando, um desgaste de osso é quase inevitável mais pra frente (Figo).

A utilização de máquinas, principalmente na pequena propriedade, é uma característica marcante, pois como o trabalho é familiar e as famílias atualmente têm menor número de integrantes, a utilização de ferramentas de baixo custo e forte adequação tecnológica é essencial para diminuir os esforços<sup>25</sup>. Os trabalhadores da agricultura, muitas vezes, realizam suas atividades laborais de forma inadequada, fazendo esforços elevados. Essas posturas inadequadas exercidas pelos trabalhadores agrícolas são tratadas pela ergonomia pelos riscos que oferecem à saúde do trabalhador, principalmente a carga física proveniente dos esforços destes trabalhadores no decorrer da sua jornada laboral, podendo alterar o desempenho funcional do agricultor<sup>26</sup>.

Um incentivo para diminuir o êxodo rural e aumentar a renda dos agricultores familiares, foi a criação do Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) em 1995, financiando projetos individuais ou coletivos, a fim de gerar renda aos agricultores familiares e assentados da reforma agrária. O programa possui baixas taxas de juros nos financiamentos rurais, além das menores taxas de inadimplência entre os sistemas de crédito do Brasil<sup>27</sup>. Assim, os pequenos agricultores puderam investir na aquisição de máquinas agrícolas e, conseqüentemente, facilitar o trabalho e diminuir os esforços físicos.

Como último fator apontado como possibilidade de prevenção aos riscos, foi o período de carência após a aplicação de fitossanitário nos alimentos e nas plantações:

[...] não consumir o alimento logo que foi passado (fitossanitário), deixar uns dias de carência, e quando a gente vai colher também, ir bem protegido (Uva)

A gente tem um controle, cuida pra não largar o animal onde foi usado o agrotóxico (Amora)

O Art. 1 do Decreto nº 4.074 de janeiro de 2002 dispõe sobre o período de carência a ser respeitado da última aplicação de agrotóxicos até o consumo, comercialização ou introdução do animal em pastagens. Com o cultivo principalmente de frutas e hortaliças, tem-se o desrespeito ao período de carência do produto, realizando a colheita antes do momento ideal e fornecendo ao consumidor final um produto com alto residual de agrotóxicos. O consumo desses produtos com baixas quantidades de agrotóxicos pode levar a uma intoxicação crônica,

já que o organismo armazena essas substâncias e, quando se encontram em níveis altos, podem causar sérios problemas à saúde<sup>1</sup>.

Em geral, os benefícios obtidos pela utilização dos agrotóxicos são medidos pelo retorno direto no rendimento das culturas e no lucro, sem levar em consideração os efeitos deletérios causados à vida das pessoas e do meio ambiente. Com isso, as discussões das implicações agrícolas e dos modelos tecnológicos de produção sobre a saúde dos trabalhadores rurais, bem como o acesso a informações sobre formas de proteção e assistência à saúde devem centrar seus objetivos na busca da promoção da saúde e qualidade de vida<sup>18</sup>.

Os trabalhadores agrícolas por vezes ficam desassistidos no âmbito da saúde e as consequências surgem silenciosamente, pois eles, em sua grande maioria, utilizam inadequadamente os EPI e usam os agrotóxicos sem orientações sobre a dosagem. Nesse sentido, fica um alerta para a Enfermagem e demais profissionais da saúde atuarem conforme a realidade e necessidade da população rural, estimulando o seu autocuidado por meio de ações educativas, com vistas a promover a saúde deste público que tanto carece de cuidados.

## **CONCLUSÃO**

Os riscos ocupacionais destacados pelos jovens agricultores familiares foram principalmente os mecânicos, físicos, ergonômicos e químicos, ficando evidente o uso excessivo dos agrotóxicos e a falta de instrução para utilizar estes produtos. A exposição aos agrotóxicos foi o que mais se destacou para o cuidado a saúde dos jovens agricultores familiares pela gama de comorbidades que causa. No entanto, não se pode excluir os outros riscos a que esses trabalhadores também estão expostos, como o contato com os animais, as máquinas agrícolas, a exposição solar e o de cozimento de alimentos, os quais poderão causar diversas doenças crônicas.

Os jovens agricultores relataram utilizar algumas medidas protetivas, principalmente no que se refere à exposição solar, contato com os animais e ao manuseio das máquinas agrícolas. Mas ainda é falha a utilização completa e adequada dos EPI, pois geralmente os utilizam apenas em partes devido ao desconforto que os equipamentos causam. Tal situação evidencia a necessidade de investir na promoção da saúde destes jovens, a fim de que possam de fato realizar seu autocuidado, buscando qualidade de vida na juventude para colher saúde na fase adulta e na velhice.

Nesta perspectiva, a implementação e desenvolvimento de políticas públicas para o fortalecimento da agricultura familiar constituiu-se como importante estratégia para o desenvolvimento deste segmento no meio rural brasileiro. Também cabe aos profissionais da Enfermagem e demais profissionais da saúde o papel de promover ações de educação com os jovens agricultores, a fim de colocar em prática as políticas existentes, para que esse público possa refletir sobre a sua saúde e sobre os riscos a que estão expostos com as atividades que realizam, para se reconhecerem como protagonistas da sua própria história.

Assim, destaca-se a realização da educação em saúde, como forma de promover a saúde dos jovens agricultores agrícolas, não apenas para compartilhar conhecimento, mas para estabelecer vínculo com os profissionais, possibilitando a sua inclusão social e a sua participação ativa no seu autocuidado. E, ainda, sugere-se a continuidade de pesquisas que versem sobre a temática aqui proposta, pois são escassos os estudos envolvendo o jovem agricultor familiar na enfermagem, principalmente acerca da promoção da saúde e dos riscos no trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Urio A, Souza JB, Geremia DS, Heidemann IVS, Colliselli L. Promoção da saúde do jovem agricultor familiar: perspectiva para um envelhecimento saudável. *Rev Enferm UFSM*. 2020; 10(43e):1-19. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/40131/html>
2. Abreu PHB, Alonzo HGA. O agricultor familiar e o uso (in)seguro de agrotóxicos no município de Lavras/MG. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2016; 41(18e): 1-12. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100211&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100211&script=sci_abstract&tlng=pt).
3. Rocha TALCG, Oliveira FN. Segurança e Saúde do Trabalho: Vulnerabilidade e percepção de riscos relacionados ao uso de agroquímicos em um pólo de fruticultura irrigada do Rio Grande do Norte. *Gestão & Produção*. 2016; 23(3):600-611. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-530X2016000300600&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-530X2016000300600&script=sci_abstract&tlng=pt).
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
5. Anhas DM, Castro-Silva CR. Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. *Saúde Soc*. 2017; 26(2):484-95. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169735>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde, 1. ed. atual. –

Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Available from:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_1ed\\_atual.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf)

7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, nº 12, p. 59. Seção 2. 2013. Available from:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

8. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

9. Zawacki MP. Acidentes de trabalho ocorridos no meio rural na comunidade de Espírito Santo Alegria, RS. Curso de Graduação Tecnológica em Desenvolvimento Rural, Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS. 2017. Available from:

<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/179877>.

10. Simas JMM, Alencar MCB, Yamauchi LY. Distúrbios osteomusculares em trabalhadores da bananicultura. BrJP. 2020; 3(1): 33-6. Doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200008>.

11. Caffaro F, Cremasco MM, Roccato M, Cavallo E. It does not occur by chance: a mediation model of the influence of workers' characteristics, work environment factors, and near misses on agricultural machinery-related accidents. International Journal of Occupational and Environmental Health. 2017; 23(1): 52-9. Doi:

<https://doi.org/10.1080/10773525.2017.1404220>.

12. Secretária do Estado do Paraná. Vigilância em Saúde. Raiva. 2015; 645-670. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RaivaGuiadeVigilancia.pdf>.

13. Oddone E, Taino G, Vita S, Schimid M, Frigerio F, Imbriani M. Macular degeneration: peculiar sunlight exposure in an agricultural worker. Medlav. 2019; 110(3):241-5.

Doi: <https://doi.org/10.23749/mdl.v110i3.8125>.

14. Freire BCA. Análise de fatores ergonômicos na atividade agrícola de uma empresa na contribuição da prevenção de acidentes e redução de riscos profissionais. Rev. Nova Físio. 2018. Available from: <http://www.novafisio.com.br/analise-de-fatores-ergonomicos-na-atividade-agricola-de-uma-empresa-na-contribuicao-da-prevencao-de-acidentes-e-reducao-de-riscos-profissionais>.

15. Bayer LJZ. Os agravos à saúde do trabalhador rural. Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2016. Available from:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8077>.

16. Uemura ML. Risco à saúde respiratória diante da exposição a poluentes, temperatura e umidade liberados durante a cocção de alimentos. Curso de Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. 2017. Available from:

<http://biblioteca.unisantos.br:8181/handle/tede/4221>.

17. Rocha VR, Pires PFF. Uso de agrotóxicos em hortifrúteis fornecidos pela agricultura familiar ao programa nacional de alimentação escolar, no município de Apucarana – PR. Caderno Meio Ambiente e Sustentabilidade. 2017; 10 (6): 92-102. Available from:

<https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/meioAmbiente/article/view/474>

18. Viero CM, Camponogara S, Vaz MRC, Costa VZ, Beck CLC. Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. *Esc Anna Nery*. 2016; 20 (1): 99-105. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0099.pdf>.
19. Melo WF, Maracajá PB, Melo WF, Oliveira TLL, Pimenta TA, Andrade ABA. A utilização de agrotóxicos e riscos à saúde do trabalhador rural. *REBES*. 2016; 6(2): 26-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.18378/rebes.v6i2.4480>.
20. Ristow LP, Battisti IDE, Stumm EMF, Montagner SED. Fatores relacionados à saúde ocupacional de agricultores expostos a agrotóxicos. *Saúde Soc*. 2020; 29(2):1-11. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180984>.
21. Petarli GB, Cattafesta M, Luz TC, Zandonade E, Bezerra OMPA, Salaroli LB. Exposição ocupacional a agrotóxicos, riscos e práticas de segurança na agricultura familiar em município do estado do Espírito Santo, Brasil. *Rev. Bras saúde ocup*. 2019; 44;(15e): 1-13. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000030418>.
22. Larando RL, Pandolfi MAC, Cavichioli. Tecnologia e segurança na aplicação de agrotóxicos com tratores na cultura de citros. *IvSimtec*. 2018; 4 (1):1-14. Available from: <http://simtec.fatectq.edu.br/index.php/article/view/304>.
23. Alcântara MP, Nascimento RC, Alencar RP, Pimentel DJO, Pinto AVF. Avaliação dos riscos de acidente no uso de tratores agrícolas, em uma usina no estado de Alagoas. *South American Journal of Basic Education, Technical and Technological*. 2017; 4(1): 241-50. Available from: <https://revistas.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/1046>.
24. Baesso MM, ModoloetA J, Baesso RCE, Trogello E. Segurança no uso de máquinas agrícolas: avaliação de riscos de acidentes no trabalho rural. *Revista Brasileira de Engenharia de Biosistemas*. 2018; 12 (1):101-109. Available from: <http://seer.tupa.unesp.br/index.php/BIOENG/article/view/622>.
25. Ceballos MC, Cóis KMR. Implicações da relação humano animal no bem-estar dos animais de fazenda. *Revista Brasileira de Zootecias*. 2016; 17(2):45-50. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/zoociencias/article/view/24643>.
26. Bastos RC, Bifano ACS. “Estado da arte” sobre as publicações científicas envolvendo o trabalho agrícola familiar no Brasil sob o ponto de vista ergonômico. *Engenharia na Agricultura*. 2017; 25 (1): 27-37. Available from: <https://reveng.ufv.br/index.php/reveng/article/view/736/466>.
27. Vargas DL, Ferreira AG, Godoy CMT, Guedes AC. PRONAF e Agricultura Familiar: o contexto do município de Cachoeira do Sul, RS. *Anais do VIII Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional*. 2017; 1-18. Available from: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/view/16735/4471>.

## CAPÍTULO 13

### O SIGNIFICADO DO PERDÃO PARA A PESSOA IDOSA

Nádia Cristina Pressi  
Leoni Terezinha Zenevicz  
Maira Buss Thofehr  
Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Kimberly Lana Franzmann

#### INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira tem crescido muito rapidamente desde 1960. Os aspectos da transição demográfica e epidemiológica do Brasil tornaram este grupo mais vulnerável do que as demais faixas etárias, pois a saída do mercado de trabalho e a menor escolaridade interferiram diretamente na condição socioeconômica. Tal situação refletiu diretamente na capacidade de o idoso atender suas necessidades de alimentação, moradia, transporte, lazer e saúde, gerando impactos na qualidade de vida. Além disso, o aumento da violência e acidentes domésticos aumentam o estresse e a morbimortalidade nesse grupo etário.<sup>1</sup>

Associadas ao processo de envelhecer, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade e de incapacidade em todo o mundo, com consequências nefastas na vida dos idosos especialmente em países de média e baixa renda como o Brasil. As DCNT, como as patologias respiratórias crônicas, cardiovasculares, diabetes e câncer, representam um desafio para a saúde pública, pois não têm cura e são agravadas pela falta de acesso e ou pela realização incorreta do tratamento adequado.<sup>2</sup>

Com o diagnóstico de uma doença crônica, tal como o câncer, os idosos estão suscetíveis a mudanças de rotinas provocadas pela necessidade de utilização de quimioterápicos, medicações e exames. O câncer, alteração no processo celular que modifica a estrutura de tecidos e órgãos, quando em estado avançado migra para outros tecidos em um processo de metástase. As neoplasias representam a segunda causa de mortalidade no Brasil, afetando diretamente a população idosa e, neste novo cenário, a equipe multidisciplinar de saúde deverá promover o cuidado humanizado a este público.<sup>3</sup>

Nesta perspectiva, o diagnóstico de câncer impõe outras demandas aos idosos, para além das mudanças naturais decorrentes do processo de envelhecimento. A luta contra a doença exigirá aceitação, resiliência e forças para enfrentar o tratamento quimioterápico, que interfere na dinâmica de vida. Soma-se a isso um esforço para continuar a viver e a lutar, o que os tornaos



mais vulneráveis ao estresse e à depressão, o que dá ainda mais ênfase à necessidade de atenção multidisciplinar para os cuidados a sua saúde.<sup>4</sup>

Várias pesquisas apontam que o cuidado, a espiritualidade e a prática do perdão possibilitam conforto ao ser humano, proporcionando-lhe um estado de bem-estar. Diante da miscelânea de emoções que vivenciam quando em condição oncológica, os idosos tendem a fazer uma análise da vida, buscando principalmente perdoar e ser perdoado. O perdão é uma atitude que promove a paz, leva à neutralidade, quebra a retroalimentação das emoções negativas, melhorando inclusive o aspecto físico biológico de maneira geral. Diante disso, o perdão proporciona o desenvolvimento de sentimentos mesclados com compaixão pelo próximo e bem-estar consigo mesmo. O poder do perdão quando acionado, traz liberdade ao idoso, demonstrando que sua mágoa pode ser trabalhada e esquecida.<sup>5</sup>

Perdoar é uma ferramenta espiritual que auxilia os idosos, e a todas as pessoas, no processo de envelhecimento humano, principalmente em condições que fragilizam a saúde, tal como em situações oncológicas. Ainda, a atitude para o perdão é recurso para resgatar a harmonia e melhorar sua condição física e psicológica para o enfrentamento da doença, ressignificando o sofrimento e o sentido da vida.<sup>6</sup>

Através do olhar de diferentes autores e pela vivência nos espaços de cuidado a saúde, é possível observar os inúmeros entraves vivenciados pelos idosos para aceitação da finitude e alívio de mágoas represadas, as palavras ditas em circunstâncias passadas e que podem demandar tempo para definir uma atitude de perdão que envolve a liberação de pensamentos negativos como a raiva, vergonha, culpa e ressentimento. Trabalhar a dimensão espiritual dos idosos lhes permite fazer um balanço, possibilitando-lhes transformar sentimentos nefastos como o ódio em sentimentos positivos como o amor, a empatia e a compaixão.<sup>5-7</sup>

Neste capítulo apresenta-se um recorte de um trabalho de conclusão de Curso em Enfermagem, no qual abordou-se a espiritualidade e a atitude de perdão de idosos em tratamento na Unidade de Quimioterapia de um Hospital do Oeste de Santa Catarina.

## **METODOLOGIA**

O delineamento deste estudo foi quantitativo, transversal e descritivo. Foi desenvolvido no ambulatório de um hospital. Para o cálculo amostral utilizou-se o número 1120, através do teste Survey Monkey, com intervalo de confiança de 95% e de margem de erro de 5%, obteve-se amostra de 287 idosos. Para este estudo, optou-se em trabalhar com 50% o cálculo amostral,



ou seja, 144 idosos. Foram delimitados como critérios de exclusão homens e mulheres que possuíam sequelas cerebrais advindas do câncer e que não conseguiam responder aos questionamentos realizados.

A coleta de dados foi realizada numa sala reservada, preservando a identidade e a privacidade do paciente. Cada entrevista foi realizada por uma das autoras e durou cerca de 30 minutos, no período de segunda a sexta-feira, de manhã e à tarde, entre os meses de julho e agosto de 2019. Os benefícios deste estudo foram a ampliação do conhecimento sobre o perdão e subsídios para que os profissionais da saúde construam estratégias para a conscientização da importância do perdão no cuidado, melhorando a autoestima, a tranquilidade e a qualidade de vida do paciente em tratamento quimioterápico

A pesquisa teve 3 momentos para a coleta dos dados. No primeiro, uma reunião foi organizada com a enfermeira coordenadora e a enfermeira assistencial do ambulatório de quimioterapia, para apresentação do projeto. Na ocasião foram definidos local e hora para coleta de dados. No segundo momento explicou-se aos idosos a pesquisa e seus objetivos, instrumentos, risco e benefícios, bem como o tempo a ser despendido para a resposta. No terceiro momento aplicou-se a Escala de Atitude para o Perdão (EFI), instrumento adaptado da versão portuguesa do Enright Forgiveness Inventory (EFI) seguindo as bases teóricas de Enright.<sup>8</sup> A Escala é composta por 60 itens, subdividido em afetos, comportamentos e julgamentos com 20 itens cada um e com sessão em positivo e negativo. Cada item apresenta seis pontos que variam de “discordo fortemente (01) ao concordo fortemente “(02). É um método que a soma dos escores das escalas internas constitui o escore total da EFI, ou seja, aponta o grau do perdão.<sup>9</sup>

Os dados foram tabulados, organizados e analisados no software SPSS® (*Statistic Package for the Social Sciences, Chicago, IL, USA*) versão 25 para Windows®. Na estatística descritiva foram utilizadas as distribuições absolutas (n) e relativa (%), bem como, as medidas de tendência central e variabilidade, com o estudo de normalidade da distribuição de dados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nas questões referentes à Escala de Atitude Para o Perdão (EFI), quando perguntado sobre a existência de algum tipo de mágoa, 11,1 % (n=16) dos idosos responderam de forma negativa, enquanto 88,9% (n=128) relataram haver algum tipo de mágoa. Pesquisa

desenvolvida com oito homens idosos paraibanos com idade aproximada de 72 anos, residentes em casas filantrópicas, com o objetivo de avaliar como julgam o perdão das mágoas sofridas utilizou a EFI e demonstrou que cerca de 70% dos participantes relataram algum tipo de mágoa.<sup>10,11</sup>

O perdão é uma ferramenta espiritual que auxilia na compreensão e reflexões de mágoas sofridas por idosos na existência da doença, em situações de ofensas, de tal forma que perdoar reflete a arte de fazer as pazes quando algo não acontece como queríamos.<sup>10</sup> A atitude de perdoar significa um ato de libertação para o indivíduo, sendo uma experiência de modificação pessoal em relação ao ofensor. O ato de não perdoar pode trazer sérios malefícios à saúde como aumento do estresse, desconforto físico, sentimento de impotência, reações alérgicas, enxaquecas e câncer, pois possibilita o represamento de energias ruins e danosas ao corpo físico, mental e espiritual.<sup>5</sup>

As mágoas sofridas despertam sentimentos negativos e se dão por conflitos principalmente quando as pessoas são mais próximas. A mágoa desperta no indivíduo a percepção de injustiça, sendo que a intensidade da mágoa resulta na intensidade de sentimentos negativos. Aliado com a crença pessoal, o perdão se torna uma atitude de reflexão referente à mágoa que o indivíduo sente, o que faz dele uma experiência de reflexão sobre sentimentos negativos e resulta em compaixão por aqueles que o ofenderam.<sup>12</sup>

No quesito sobre a mágoa, verificou-se que 64,8% informaram que a *Mágoa não persiste* (Nenhuma mágoa), 18,8% (n=24) mencionaram persistir *um pouco de mágoa*. Ainda foram detectadas respostas que apontaram níveis mais elevados de mágoa, conforme segue na tabela 1. Em estudo que utilizou a mesma escala EFI com uma amostra de 41 participantes da cidade de Uberlândia, no quesito acima descrito 2,4% referem não possuir qualquer mágoa, 4,9% apresentaram-se um pouco magoados e 29,3% estavam plenamente magoados.<sup>12</sup>

O perdão é uma ferramenta espiritual que auxilia também no enfrentamento das mágoas que ocorrem nas relações interpessoais. As mágoas advindas dos conflitos familiares e das relações no trabalho podem ser amenizadas por ele, um ato ensinado em muitas religiões, que aponta a maturidade espiritual do indivíduo.<sup>13</sup> Assim, a atitude de perdoar está relacionada ao bem-estar psíquico do indivíduo. Quando não perdoa, o indivíduo fica à mercê de situações prejudiciais ao corpo e à mente, com ressentimentos que desgastam física e emocionalmente, podendo desencadear depressão, estresse, hipertensão e diabetes. Portanto, perdoar é um

processo terapêutico, uma atitude de resiliência que fortalece as pessoas frente às adversidades da vida, auxiliando na preservação da saúde física e mental.

Em relação à pessoa que os magoou, os idosos apontaram parentes e amigos do mesmo sexo 31,3% (n=40). Estudo correlacional *ex-postfacto* com uma amostra de 200 brasileiros e 394 americanos, com uso de entrevistas e a EFI, demonstrou que 32% dos brasileiros e 46,3% dos americanos relataram que as principais mágoas sofridas decorreram de atos praticados por amigos, enquanto 25,5% dos brasileiros e 22,7% dos americanos guardam mágoas de parentes.<sup>9</sup>

Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa com 41 participantes na cidade de Uberlândia, na qual 14,6% dos participantes relataram ter sido magoados por amigos do mesmo sexo e 4,9% por parentes.<sup>12</sup> O ato de perdoar está diretamente ligado à vontade de melhorar as relações interpessoais. Quando as pessoas têm um sentimento de injustiça advinda de pessoas próximas, há um envolvimento maior ou uma maior carga afetiva, diferentemente do que ocorre com pessoas estranhas, cujo aspecto afetivo é menor. Quando a ofensa é causada por parentes, provoca um desgaste maior e um envolvimento emocional demasiado. Portanto, perdoar não é um ato fácil; demanda trabalho psíquico contínuo de forma a lidar de maneira adequada com os danos provocados por outra pessoa.<sup>14</sup>

Abordar esta questão está no cerne da saúde mental e hoje a ciência demonstra que as mágoas e o ato de perdoar englobam diversos tipos de sentimentos, motivações e comportamentos que devem ser trabalhados para que se possa construir relações mais harmoniosas e saudáveis. Desta forma, o perdão é uma ferramenta terapêutica que auxilia na reaproximação de pessoas mais íntimas<sup>8</sup>, pois o ato de perdoar libera os sentimentos negativos e proporciona ternura e restabelecimento da saúde.<sup>8,9</sup>

Tabela 1- Distribuição absoluta e relativa para caracterização da mágoa na Escala de Atitude

	Total amostra (n=144)	
	n	%
<b>“Sofreu alguma ofensa na vida”</b>		
Não, nunca	16	11,1
Sim, em algum momento	128	88,9
<b>Mágoa diante da ofensa sofrida DA=1 (%)</b>		
Nenhuma mágoa	83	64,8
Um pouco magoado	24	18,8
Alguma mágoa	6	4,7
Muito magoado	9	7,0
Tremendamente magoado	6	4,7
<b>Quem magoou</b>		
Filho(a)	6	4,7
Cônjuge	7	5,5
Parente	40	31,3
Amigo mesmo sexo	40	31,3
Amigo sexo oposto	4	3,1
Patrão	2	1,6

Fonte: Dados da pesquisa

Na escala de Atitude, quando os participantes do presente estudo foram questionados sobre até que ponto haviam perdoado o ofensor, 85,9% (n=110) tinham perdoado completamente, como descrito na tabela 2.

Tabela 2 – Médias de tendência central e de variabilidade para as pontuações das dimensões da Escala de Atitude

Escala de atitudes	Total da amostra (n=128)	
	n	%
<b>Até que ponto perdoou</b>		
Não perdoei de nenhuma maneira	12	9,4
Estou avaliando	6	4,7
Perdoei completamente	110	85,9

Fonte: Dados da pesquisa

Estudo com 61 idosos residentes em instituições de longa permanência em João Pessoa (PB), a maioria reportou a existência de mágoas dirigidas aos cuidadores e demonstraram que tinham boa disposição para perdoar.<sup>10</sup> Em relação à atitude para perdoar as situações de mágoas, 26,8% dos idosos de Uberlândia (MG) perdoaram completamente, 9,8% não perdoou de maneira alguma e 17,1% está avaliando se perdoará. O perdão colabora com o processo de aceitação, pois é atitude que favorece a libertação de pensamentos negativos em relação à

pessoa que provocou a ofensa. Essa atitude de perdoar faz com os sentimentos se tornem leves superando sentimentos negativos como raiva, frieza e indiferença com relação ao ofensor e traduzindo compaixão para com o ofensor.<sup>13</sup>

Quando a vítima decide perdoar o ofensor, seu bem-estar se torna vital e passa pelo processo de cura da mágoa que sentia. O perdão é uma atitude que inicia pela decisão de querer perdoar e, com o tempo, vai abrindo espaço para sentimentos melhores, neutralizando os sentimentos ruins e tendo impactos consideráveis na melhora da saúde física e mental, reduzindo o risco de doenças cardíacas, estresse e depressão. Ao perdoar, a pessoa deixa de se concentrar nas mágoas e ofensas, abrindo espaço para o novo, para a possibilidade de enxergar outros objetivos e para coisas que fazem bem, o que proporciona mudanças energéticas e emotivas naquele que foi ofendido ou magoado.<sup>12,13,14</sup> Na velhice, o perdão proporciona mais segurança e gratidão, tornando a existência mais significativa e é possível que proporcione liberdade para uma vida mais plena e feliz.<sup>15</sup>

## CONCLUSÃO

O perdão é uma atitude na qual o ser humano abdica de manter ressentimentos, julgamentos e comportamentos negativos com a pessoa que lhe imputou sofrimento. Remoer mágoas produz respostas fisiológicas desagradáveis e prejudiciais, acarretando maior prejuízo e esvaindo as reservas físicas e mentais de idosos acometidos de câncer.

O ato de perdoar é uma ação que exige do idoso coragem e desprendimento, ao mesmo tempo que aumenta sentimentos e comportamentos positivos. É uma atitude benéfica associada à saúde física e mental. Os achados deste estudo demonstram que os idosos carregam em sua memória quem os magoou e como os magoou, mas demonstram atitudes voltadas para o perdão. Para perdoar, é necessário que o ofendido reconheça que sente mágoa, reflita e perceba a importância de perdoar quem quer que seja, para poder libertar-se e seguir com seu destino. A falta do perdão interrompe sonhos, projetos e perspectivas de vida saudável.

Igualmente, o perdão proporciona a cura das feridas abertas da alma. Portanto, o perdão é uma ferramenta para o cuidado à dimensão espiritual de idosos, que traz alento e que deve ser incluída nos diálogos com idosos nos diferentes contextos de assistência em saúde. Falar do perdão possibilita dar voz à dor, abrindo possibilidades de superação e cura.

## REFERÊNCIAS

1. Melo LA de, Ferreira LM de BM, Santos MM dos, Lime KC de. Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. *Rev. bras. geriatr. geronto.* 2017;20(4):493-501. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170004>
2. Silva NM, Santos MA dos, Oliveira RAA, Storti LB, Souza IMO, Formighieri PF, et al. idosos em tratamento quimioterápico: relação entre nível de estresse, sintomas depressivos e esperança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2019;35(e35441). Doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35441>
3. Grippa JA, Gehlen MH, Ventura J, Paula SF, Scarton J, Stobaus CD. Cuidado humanizado de enfermagem à pessoa idosa com câncer. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde.* 2018;02(19):235-43. Available from: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2508/2170>.
4. Rodrigues MM, Martins L, Silva DMGV, Meirelles BHS, Arruda C, Reckziegel JCL. Percepção de pessoas com doença crônica acerca da internação hospitalar. *Rev. Enferm. UFPE Online.* 2017;06(11):2368-74. Doi: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201715
5. Pinho VD, Falcone EMO, Sardinha A. O papel preditivo da habilidade empática sobre o perdão interpessoal. *Temas em Psicologia.* 2016;24(4):1507-18. Doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-17>
6. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG da, Batista PS de S, Batista JBV, Oliveira AM de M. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(3):591-601. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>
7. Morales F. Empatía y perdón: fortalezas que protegen los vínculos. *Revista Kairós Gerontologia, Temático: "Aspectos positivos en la vejez. Cuestiones teóricas".* 2015;18(20):35-54. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:n4OC0jcknjwJ:https://ken.pucsp.br/kairos/article/download/29190/20393+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
8. Andrade TF de. Refinamento psicométrico da escala de atitudes para o perdão (EFI). [dissertation]. João Pessoa: Curso de Psicologia Social, Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal da Paraíba; 2014. Available from: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6975/1/arquivototal.pdf>.
9. Rique J, Camino C, Formiga N, Medeiros F, Luna V. Consideração empática e tomada de perspectiva para o perdão interpessoal. *Revista Interamericana de Psicologia.* 2010;44(3):515-522. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420658014>
10. Leime J, Luna V, Leite J, Neto JR. O pensamento do perdão em idosos institucionalizados. *Psico.* 2012;43(01):69-76. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11100/7620>
11. Luskín Fred. O poder do perdão. São Paulo: Francis; 2007.

12. Santana RG. Estudo das relações entre a atitude de perdoar ofensas interpessoais e os esquemas iniciais desadaptativos. [dissertation]. 2011. Uberlândia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia; 2011. Available from: <http://www.pgpsi.ip.ufu.br/node/116>.
13. Santana RG, Lopes RFF. Aspectos Conceituais do perdão no campo da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*. 2012;32(3):618-31. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300008>.
14. Gouveia VV, Freires LA, Gouveia RSV, Filho JFS, Souza RVL, Monteiro RP. Escala de disposição para perdoar: estrutura, consistência interna e invariância fatorial. *Estudos de Psicologia*. 2015;123(7):151-61. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200001>
15. Biolchi CS, Portella MR, Colussi EL. Vida e velhice aos 100 anos de idade: percepções na fala dos idosos. *Estud. Interdiscipl. Envelhec*. 2014;19(02):583-98. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/37220>.



## CAPÍTULO 14

### VIVÊNCIAS DA ADOLESCÊNCIA: MOTIVOS E PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ

Jeane Barros de Souza  
Crhis Netto de Brum  
Yaná Tamara Tomasi  
Angélica Zanettini  
Rita de Cássia Alves Oliveira  
Maria Sylvia de Souza Vitale

#### INTRODUÇÃO

A adolescência, período da vida que se estende dos 10 aos 19 anos de idade e se classifica nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos) e de adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos), é a época em que se observam mudanças biológicas e psicossociais que conduzirão o indivíduo da infância à idade adulta<sup>1</sup>. A adolescência é o caminho da dependência à autonomia em relação à família de origem, o que permite afirmar que o adolescente não é criança e não é adulto<sup>2-3</sup>.

É caracterizada por diversas transformações emocionais e pessoais, biológicas e fisiológicas, o que pode tornar o adolescente vulnerável principalmente diante das vivências ligadas à sexualidade<sup>2</sup>. Fato é que todo ser humano passa por diversas experiências e transformações, independentemente da idade em que se encontra. No entanto, existem ciclos nos quais as modificações nos relacionamentos, corpos e mentes, são particularmente importantes e rápidas. Nestes, certamente situam-se a adolescência e a gravidez.

A gravidez na adolescência vem sendo intensamente estudada no Brasil e no mundo, em diversos setores da sociedade e seu estudo se justifica pela continuidade de seu acontecimento e pelas suas implicações sociais e de saúde. Tem sido considerado um problema social marcado por um discurso geralmente alarmista, associado a aspectos negativos que podem ocorrer com a adolescente e seu bebê: abandono da escola, dificuldade para conseguir emprego, saída da casa dos pais, casamento, baixo peso dos bebês ao nascer, aumento da mortalidade materna, abortos. Ainda, está interligada a adjetivos que qualificam pejorativamente a gravidez como não planejada, indesejada ou precoce e um problema de saúde pública mundial<sup>4</sup>.

Assim, a gravidez continua a ser vista como fonte de problemas para os adolescentes, para o seu círculo familiar imediato e para a sociedade como um todo, justificando a

necessidade de continuar discutindo o tema, desvendando novas faces deste, aparentemente, tão debatido assunto, mas que continua ocorrendo. A gravidez na adolescência, em muitas culturas, é responsável pela manutenção da taxa de fecundidade das mulheres e, embora essa taxa diminua como um todo, se mantém constante pelo aumento de gravidez neste ciclo de vida específico. Dentre os fatores ligados a isso estão a ocorrência mais precoce da menarca (a cada dez anos diminui em quatro meses a idade de ocorrência da menarca), bem como o início da atividade sexual em idades cada vez mais precoces<sup>5</sup>.

A experiência da gravidez na adolescência é distinta nos diferentes grupos de acordo com seus padrões de crenças e valores, sendo mais acentuada naqueles que não tiveram a escola como prioridade na infância e cresceram com baixa escolaridade, ausência de projetos de vida profissionais e sociais, privação socioeconômica e emocional, abuso físico e sexual<sup>4-5</sup>. Assim, a gravidez acontecendo no momento da adolescência, trará conseqüentemente maternidade e paternidade neste ciclo etário que, no Brasil, incidem principalmente nos grupos de menor renda<sup>6</sup>.

Os adolescentes vivem neste mundo atual, no qual a informação é transmitida com velocidades surpreendentes. Porém, apesar de tanto acesso à informação, a despeito da classe social, eles ainda continuam sendo surpreendidos pela gravidez<sup>5</sup>. Talvez os adolescentes tenham conhecimento sobre a utilização e importância do uso de preservativo nas relações sexuais. Porém, muitas vezes esse conhecimento não se traduz em ação, pois entre a informação e a prática existem desencontros. Essa situação pode ser ocasionada pela limitação aos meios de prevenção, pela falta de diálogo em família, pela omissão da escola e das equipes de saúde ou, ainda, pelo adolescente fantasiosamente crer que a gravidez só aconteça com os outros e que nunca engravidarão<sup>6-7</sup>.

Nesta perspectiva, surgiu a oportunidade de realizar um estudo que compôs a tese de doutorado de uma das autoras, cuja pergunta de pesquisa foi: quais as experiências da adolescência diante da gravidez, maternidade e paternidade, desde a vivência da gestação até o primeiro ano de vida da criança?

No entanto, neste capítulo serão abordados alguns aspectos da experiência da gravidez na adolescência. Logo, tem-se por objetivo desvelar as atitudes dos adolescentes frente ao planejamento da gravidez, evidenciando o conhecimento prévio que tinham quanto aos métodos contraceptivos e os motivos que os levaram a engravidar.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, empírica, exploratória e descritiva. A pesquisa qualitativa possui várias abordagens e diante do anseio de responder a questão de investigação deste estudo, optou-se em trabalhar com o tipo etnográfico, que envolve o estudo de sociedades em pequena escala ou grupos relativamente pequenos de pessoas, de modo a compreender como eles veem o mundo e organizam suas vidas diárias, como é o caso dos adolescentes diante da gravidez, maternidade e paternidade. O objetivo da etnografia é descobrir, dentro do possível, a “perspectiva do ator”, ou seja, ver como o mundo se parece a partir da perspectiva do membro daquela sociedade<sup>8</sup>.

A pesquisa etnográfica surgiu no cenário da antropologia e abrange a descrição dos eventos que ocorrem na vida de um grupo (estruturas sociais e o comportamento dos indivíduos enquanto membros do grupo) e a interpretação dos significados desses eventos para a cultura do grupo. O etnógrafo procura descrever o grupo social da forma mais ampla, como sua história, crença, política, economia, ambiente, partindo do princípio de que a descrição e compreensão do significado de um evento social só são possíveis em função da compreensão das inter-relações que emergem de um dado contexto<sup>8</sup>.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Chapecó-SC. Dela participaram cinco adolescentes com idade entre 11 e 17 anos, sendo três do sexo feminino e dois do sexo masculino. Considerou-se como critérios de inclusão: ser adolescente entre 10 e 19 anos, de ambos os sexos, que vivenciavam a gravidez. Foram excluídos adolescentes ou suas namoradas que engravidaram anteriormente ao segundo semestre de 2013 e posteriormente ao segundo semestre de 2014. Os adolescentes foram selecionados com o auxílio da equipe da Estratégia Saúde da Família, do município de Chapecó.

Os encontros foram agendados na própria residência dos adolescentes, com o apoio de um diário de campo para o registro das observações, durante quinze meses contínuos, com encontros mensais, de junho de 2014 a setembro de 2015, num total de 15 entrevistas com cada participante do estudo. Esse período de inserção em campo foi importante, pois trouxe um diferencial a esta pesquisa pelo fato de possibilitar a coleta de dados desde a gestação até a vivência da maternidade e paternidade, quando seus bebês já estavam com um ano de idade.

Salienta-se que no início das entrevistas, os adolescentes abordavam de maneira mais tímida sobre os assuntos, mas no decorrer dos meses, passaram a se expressar com maior

liberdade e intensidade. As entrevistas duraram aproximadamente 40 minutos. Todas as falas dos adolescentes foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Para análise e interpretação dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, composta por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens<sup>9</sup>.

A primeira etapa, constituída pela pré-análise, correspondeu ao período de intuições, com objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de modo a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Para tanto, neste momento, realizou-se a leitura flutuante dos dados obtidos nas entrevistas, escolhendo documentos para a constituição do “*corpus*”, que é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos<sup>9</sup>.

No segundo momento explorou-se o material de análise, por meio da organização da codificação, entendida como a transformação realizada de acordo com regras precisas dos dados brutos do texto, permitindo assim atingir uma representação do conteúdo, que compreendeu três escolhas: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem), e a classificação e agregação (escolha das categorias)<sup>9</sup>.

O recorte consistiu na escolha das unidades de análise com algumas categorias definidas *a priori*, as quais seguiram os temas das perguntas do instrumento de coleta de dados. A enumeração referiu-se à escolha das regras de contagem e, tendo nas mãos as categorias provisórias, foram enumerados os dados mais evidentes. Primeiramente, foram transcritos todos os relatos e então agrupados de acordo com as perguntas, para finalmente realizar a contagem das respostas<sup>9</sup>.

A classificação e agregação compreenderam a redefinição das categorias, em que mais uma vez, realizou-se a leitura das entrevistas e a contagem das respostas, observando as categorias definidas *a priori* (tema das perguntas). A partir de então, classificou-se e agregou-se de acordo com suas particularidades, surgindo cinco categorias, a saber: 1) Conhecendo os pássaros e seus ninhos: a história de vida dos adolescentes participantes do estudo; 2) Os métodos contraceptivos e o planejamento da gravidez na adolescência; 3) Estou grávida: e agora, como ficará o ninho?; 4) Experiência da gravidez na adolescência: voar ou engaiolar?;

5) A cegonha chegou: a vivência da paternidade e maternidade na adolescência. Mas neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados apenas de uma das categorias, sendo: Os métodos contraceptivos e o planejamento da gravidez na adolescência.

Para preservar o anonimato dos participantes do estudo, optou-se por denominá-los pelo nome de pássaros, escolhidos pelos próprios adolescentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com parecer nº 647.605.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A adolescência é o momento em que acontece o maior despertar da sexualidade, exigindo atenção por parte de diferentes atores da sociedade. A sexualidade é um dispositivo histórico, onde a grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e poder<sup>10</sup>. Assim, o conceito de sexualidade nasceu como a justa medida de separação entre normalidade e anormalidade<sup>10</sup>.

Pode-se afirmar que a partir do século XVIII emergiram vários dispositivos na tentativa de racionalizar os problemas colocados à prática governamental pelos fenômenos próprios a uma população: saúde, higiene, natalidade, entre outros. A biopolítica surgiu, então, como uma maneira de governamentalidade, como uma série de técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta de homens, mulheres e crianças. A partir de então, entrou em cena o que Foucault chamou de "técnicas de si", ou seja, "procedimentos, pressupostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si"<sup>11: 213</sup>. Trata-se de "conhecer-se a si mesmo" ou "governar-se", ou seja, o governo de si por si na sua articulação com relação ao outro, como no caso da saúde, onde se pode acompanhar o cruzamento do biopoder/biopolítica, na tentativa de realizar o controle sobre as populações adolescentes por meio de mecanismos prescritivos e normativos.

Os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes muitas vezes não são garantidos e é preciso ter cautela ao se trabalhar com este público, a fim de não permitir que as representações sociais criadas no decorrer da história se sobressaiam ao ser humano, que é singular, que tem uma vivência, uma cultura e uma vida social mais complexa que o conceito que lhe é atribuído, sendo protagonista de sua própria história, considerando sua forma de ser e estar no mundo<sup>12</sup>.

O adolescente, em sua vida social, vai construindo sua identidade, tanto na questão emocional como na sexualidade, sendo que a busca pela sua emancipação e independência será marcada pelos condicionantes externos que impregnam a sociedade e o momento histórico em que ele estiver situado<sup>13</sup>.

É importante destacar que a adolescência, com suas peculiaridades e vulnerabilidades, representa importante parcela da população em que as políticas públicas devem ser repensadas e cumpridas, pois os impactos negativos ou positivos poderão comprometer um longo período e grande parte da humanidade. A Organização das Nações Unidas (ONU) e o Brasil tem maiores conquistas na área dos direitos reprodutivos, tendo ainda muito a crescer no campo dos direitos sexuais e da saúde sexual<sup>14</sup>.

Ainda, é relevante salientar que o adolescente deve ser considerado como o protagonista da sua própria história, visto que será ele quem irá conduzir suas ações e tomar as atitudes para o seu desenvolvimento saudável, incluindo o exercício da sexualidade. Neste sentido, para que o adolescente realize escolhas conscientes e saudáveis, precisará se envolver com seu projeto de vida e com seu autocuidado como um investimento em si mesmo, a fim de promover a sua autonomia<sup>15</sup>.

Diante da gravidez na adolescência, a família e os profissionais da saúde e da educação têm buscado realizar seu papel na sociedade, com vistas a abordar os métodos contraceptivos<sup>2</sup>, considerando que, depois do ambiente familiar, é a escola que complementa a educação. Portanto, o professor constitui importante fonte de informação sobre os métodos contraceptivos, ratificando a sua importância na função natural de educador sexual no ambiente escolar<sup>15</sup>. Para os participantes deste estudo foi justamente no espaço familiar e escolar que tiveram maior contato com informações dos contraceptivos, como observa-se nos relatos a seguir:

Eu aprendi sobre os métodos lá na escola com uma professora e também via minha mãe tomando as bagas (anticoncepcional) e sabia pra que elas funcionavam [...] mas pensava que isso (gravidez) não ia acontecer. (Beija-Flor – 15 anos).

Eu conheço a camisinha, o comprimido e aprendi sobre isso lá na escola... só que eu esqueci de usar e acabei engravidando [...] (Canário – 14 anos).

[...] lá na escola sempre tem pessoal da saúde falando sobre os métodos contraceptivos, mas eu conheço mais mesmo é a camisinha, só que eu não usei porque pensei que ela (ex-namorada) estava fazendo a parte dela (referindo-se a fazer uso do anticoncepcional) [...] (Tucano – 16 anos).

Os adolescentes tinham informações sobre os métodos contraceptivos, no entanto, mesmo assim a gravidez surgiu. Os adolescentes possuem conhecimento sobre a existência de métodos contraceptivos, porém não sabem utilizá-los corretamente, apresentando dúvidas e

ideias equivocadas e ainda, por vezes, negam a possibilidade de uma gestação<sup>5-7</sup>. Somado a isso, perpetua um pensamento mágico, como descrito no relato acima de Beija-flor, no qual o indivíduo dessa faixa etária se percebe inatingível, como se a gravidez não acontecesse com ele<sup>15</sup>.

Quanto à sexualidade, ainda se percebe os valores tradicionais, oriundos de uma cultura patriarcal, girando em torno da repressão para as mulheres e do incentivo e apoio aos homens<sup>16</sup>. Essas concepções traduzem as relações de gênero, sustentadas pelo binarismo homem/mulher e pela definição e rigidez de diversos papéis sendo que um deles é que cabe à mulher a responsabilidade de prevenir a gravidez<sup>3</sup>, como relatado por Tucano.

A representação social da mulher como esposa e mãe foi se consolidando e historicamente foi sendo construída a ideia do papel feminino relacionado a deveres conjugais, dependência sexual e maternidade. A vivência do cotidiano familiar vem se transformando na contemporaneidade, com novas significações e práticas que se afastam, em certa medida, de concepções tradicionais. Contudo, em grande parte, a identidade feminina e as relações de gênero ainda se veem assentadas em bases tradicionais, na interface entre passado e presente<sup>17</sup>. Nessa forma de pensar, cabe à mulher tomar providências para não engravidar, pois a gestação ocorre em seu corpo.

Em um estudo envolvendo a gravidez na adolescência, os participantes assumiram que mantinham relações sexuais sem usar contraceptivos pela imaturidade e expuseram que conhecimentos prévios sobre sexualidade e prevenção da gravidez não sustentavam atitudes de proteção, referindo dificuldades ao acesso aos métodos contraceptivos<sup>17</sup>.

Vale destacar que a sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, inclusive reconhecendo a sexualidade dos adolescentes, o sexo antes do casamento, o ‘ficar’ e a própria gravidez na adolescência. Portanto, vários tabus estão diminuindo, enquanto a atividade sexual entre os adolescentes vem aumentando<sup>3</sup>. O mundo vem passando por inúmeras transformações nos mais diversos campos e o excesso de informações e a liberdade recebida pelos adolescentes os levam à banalização de assuntos como, por exemplo, o sexo. E essa liberação sexual pode ser um dos motivos que favorecem a incidência de gravidez na adolescência<sup>18</sup>. A partir desta perspectiva, destacam-se as experiências de Sabiá e Tucano:

A gente sempre se encontrava de tarde escondido de todo mundo lá na minha vó... a gente namorava a tarde inteirinha quietinho, só nós dois... era tão bom! E de tanto me encontrar com ele, acabei ficando grávida [...] (Sabiá – 11 anos).



Ela engravidou porque a gente bobeou... ficamos ali, curtindo um tempão e nem pensamos em gravidez, a gente só pensava mesmo em se curtir, entendeu? (Tucano – 16 anos).

A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, embora muitos conheçam os contraceptivos mais comuns, como a camisinha e a pílula anticoncepcional. É uma das razões que poderia justificar esse comportamento, seria a imaturidade psicoemocional, característica da própria fase da adolescência. Muitas vezes a capacidade cognitiva de avaliar consequências adequadamente e de trabalhar com hipóteses pode ainda não estar bem estabelecida na adolescência, podendo ser um dos motivos que os fazem se relacionar sexualmente, sem evitar a gravidez<sup>7</sup>. Some-se a isso, o pensamento mágico da invulnerabilidade, que aumenta a exposição do adolescente não somente à gravidez, mas também a, por exemplo, infecções sexualmente transmissíveis, acidentes, envolvimento com drogas.

Outra possibilidade para a ocorrência da gravidez na adolescência é a questão da pobreza extrema que se repete nos filhos desses adolescentes, podendo ser fatores de risco para a repetição do modelo, gerando continuidade ao círculo da pobreza e da gravidez na adolescência<sup>6</sup>, repetindo um padrão vivido pelos próprios pais, como descrito por Beija-flor, Sabiá e Canário:

Prá falar bem a verdade, a minha mãe me teve também bem cedo e foi bom porque agora ela não é tão velha e consegue me entender melhor... e eu fiz parecido com a minha mãe [...] (Beija-Flor – 15 anos).

A minha mãe também teve eu quando ela era adolescente e tá aí, agora ela tá nova, forte pra trabalhar, pra cuidar dos netos e eu quero fazer igual a ela [...] (Sabiá - 11 anos).

Eu fiz igualzinho a minha mãe, porque ela me teve com a minha idade, também me teve na adolescência (Canário – 14 anos).

Os adolescentes que iniciam a vida sexual e engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujos pais se assemelham a esse contexto, ou seja, também iniciaram sua vida sexual ou engravidaram durante a adolescência<sup>3</sup>. A gravidez por vezes se apresenta como única opção de vida para muitos, tornando-se um mecanismo de reprodução de padrões de exclusão e manutenção da pobreza, podendo representar ameaça ao desenvolvimento pleno e à realização dos direitos, como educação e saúde. Os adolescentes, geralmente com baixa escolaridade e sem profissão, têm suas possibilidades de inserção no mercado de trabalho competitivo limitadas, com chances de perpetuar sua dependência financeira, má qualificação profissional e submissão às pessoas das quais dependem<sup>6</sup>.

Ao acontecer à gravidez na adolescência, juntamente surgem consequências que podem afetar alguns aspectos da vida das adolescentes, de seus filhos e de sua família, sendo que as famílias com renda mais baixa sofrem maior impacto, principalmente com relação à expectativa de trabalho e estudo<sup>6</sup>.

Portanto, o apoio social que corresponde às relações interpessoais, às funções emocionais, informativas e instrumentais, é fundamental para as adolescentes grávidas e no puerpério, pois pode impactar positivamente na capacidade e nas decisões de se envolverem novamente na educação e na força de trabalho, reduzindo assim vulnerabilidades sociais e, neste cenário, o apoio das próprias mães das adolescentes é de extrema importância para que enfrentem as transformações promovidas pela gravidez, pela maternidade e pelos cuidados com o bebê<sup>19</sup>.

Para muitas adolescentes, a gravidez pode ser uma forma de reconhecimento ou de ascensão social, bem como de receber mais atenção das pessoas. Isso acontece talvez por ingenuidade e falta de perspectivas de vida. A gravidez pode representar uma espécie de redenção, oportunizando aos adolescentes um lugar e seu valor na sociedade ao adentrar na vida adulta<sup>20</sup>. Como forma de reconhecimento social, destaca-se o relato de Sabiá, ao descrever que se sente importante e especial tanto na escola, como no seu círculo familiar com a gravidez:

Agora que eu tô grávida, lá na escola todo mundo vive me paparicando... lá na diretoria me tratam muito bem, como eu nunca fui tratada... eu sinto que eu acabei me tornando especial com a gravidez, porque até iogurte meu pai comprou para mim na semana passada e eu fiquei feliz [...] (Sabiá – 11 anos).

A gravidez, e conseqüentemente a maternidade e paternidade na adolescência, pode envolver dimensões complexas, o que remete tanto à mudança de *status*, quanto à reafirmação de projetos de ascensão social<sup>5</sup>. A adolescente pode, por vezes, perceber a gravidez como seu projeto de vida e, ao engravidar, se sentir reconhecida pela família e por seus colegas da escola, situação que indica e reforça o valor social que a gravidez assume nesse universo. Por vezes, as adolescentes se sentem satisfeitas no desempenho de ser mãe, reconhecendo a maternidade e os cuidados com a criança como um papel social a ser desempenhado<sup>5</sup>.

Neste contexto, a mesma sociedade que critica a gravidez na adolescência, também estabelece valores culturais de realização, maturidade, *status* diferenciado socialmente para as mulheres que engravidam, sendo que tais significados podem ser entendidos pelas adolescentes vulneráveis como uma possibilidade de saída e de inserção social<sup>15</sup>.

Algumas adolescentes ainda namoram ou ficam com um parceiro, assumindo a relação sexual sem o uso de contraceptivos, mesmo ciente da possibilidade de engravidar<sup>5</sup>, enquanto outras se utilizam do sexo e principalmente da gravidez para ‘segurar’ o namorado, a fim de conquistar vínculo permanente com ele por meio de um filho. Esse pode ser este outro motivo que leva as adolescentes a engravidar, como citado por Canário:

eu acho que eu decidi engravidar porque eu acho que eu gostava do meu namorado e percebi que valia a pena engravidar dele e daí, eu engravidei mesmo [...] achava que com a gravidez e chegada do nosso filho, ele ia ficar comigo pra sempre [...]. (Canário – 14 anos).

No imaginário de algumas adolescentes, impregnado de esperança e idealização, a gravidez poderá se transformar em uma possibilidade de escape de realidades violentas no interior e no entorno do lar de origem, de seus ninhos familiares, oportunizando a construção de um novo ninho com seus parceiros<sup>21</sup>. Quanto ao planejamento da gravidez, ficou evidente que há adolescentes que a planejaram e a desejaram, enquanto para outros a notícia chegou de surpresa:

A minha gestação foi muito planejada... tem um tempinho que eu já estava tentando engravidar e não estava conseguindo [...] (Beija-Flor – 15 anos).  
[...] mas é claro que não foi planejada essa gravidez [...] eu achava que ela (ex-namorada) estava tomando o anticoncepcional e agora ela vem com essa e levei o maior susto (João-de-barro – 17 anos).

É importante visibilizar que a gravidez na adolescência nem sempre será equivalente a uma gestação indesejada, apesar de todos seus obstáculos<sup>3</sup>. Desta forma, a questão da gravidez na fase da adolescência é algo que não deve ser tratada generalizadamente como não planejada, mas sim como algo peculiar, de acordo com as experiências de vida de cada indivíduo, pois a notícia da gravidez poderá ser muito bem-vinda para alguns, enquanto poderá ser terrível e assustadora para outros.

O fato é que, planejando ou não, os adolescentes se veem perante a gravidez, havendo a necessidade de se defrontar com tal situação, que poderá ser bem-vinda ou rejeitada, afetando sua vida e a vida do seu ninho familiar. É importante reiterar que a gravidez na adolescência pode acontecer pela falta de prevenção, descuido, pode ser indesejada e inesperada ou até mesmo planejada, mas é necessário considerar as circunstâncias pessoais, históricas, culturais e sociais dessa ocorrência, para não correr o risco de reforçar, cada vez mais, comportamentos preconceituosos e discriminatórios, que desconsideram as capacidades e os recursos dos adolescentes para enfrentar os desafios da vida cotidiana.

Diante do exposto, uma ação importante é buscar ampliar as oportunidades de diálogos e a autonomia dos adolescentes, inserindo neste contexto os pais, educadores e equipe de saúde em projetos integrados, envolvendo os setores saúde e educação, acompanhando-os e estimulando-os a assumirem práticas sexuais seguras<sup>5</sup>.

Neste sentido, cabe à Enfermagem refletir que, apesar dos esforços para melhorar a qualidade da assistência prestada aos adolescentes, às ações desenvolvidas pelos enfermeiros ainda são fragmentadas, partindo de uma visão unidimensional da saúde, sendo importante o envolvimento deste público na assistência prestada, com a implementação de ações relacionadas a programas já existentes ou à criação e busca de novas estratégias que venham qualificar o atendimento e que façam sentido para o viver do adolescente<sup>20</sup>. Vale salientar que não basta colocar os serviços à disposição dos adolescentes, pois os profissionais que atuam com este público precisam compreender que se faz necessário que esta clientela utilize e valorize as informações e os serviços disponíveis, buscando uma proposta de atuação conjunta entre equipe de saúde, adolescentes e familiares<sup>4</sup>.

Os profissionais da saúde apresentam pouca habilidade em atender as necessidades dos adolescentes, o que resulta no distanciamento deste grupo dos serviços de saúde, lembrando que a demora em procurar assistência após o início da vida sexual pode representar um período de risco continuado, o qual poderá interferir na saúde sexual e reprodutiva destes jovens<sup>18</sup>. No âmbito das políticas públicas da saúde, há certa deficiência na assistência ao adolescente, e apesar da existência de programas específicos para atendê-los, geralmente ainda não são efetivamente executados.

## **CONCLUSÃO**

Cada adolescente possui sua própria experiência, com seus significados singulares, onde alguns planejaram a gravidez, enquanto outros foram surpreendidos pelo acontecimento. O fato é que todos os adolescentes entrevistados vivenciaram a mesma situação, tendo como pano de fundo a gravidez, mas suas experiências foram heterogêneas, destacando que não há uma única resposta para as vivências dos adolescentes, mesmo porque os próprios adolescentes não são iguais e cada um busca expressar sua singularidade.

Vários foram os motivos descritos para engravidar, tais como a não utilização dos métodos contraceptivos apesar de conhecê-los, a reprodução de padrões familiares de gravidez na adolescência, repetindo a experiência dos próprios pais, com repercussão num contínuo ciclo

da pobreza e má qualificação profissional. Além disso, a gravidez pode ser considerada pela adolescente como uma maneira de ascender socialmente, fazendo-a sentir-se especial em casa e na escola no período gestacional. É também importante ressaltar o uso do sexo e da gravidez como instrumento para conquistar vínculo permanente com o namorado.

É indubitável que, apesar do aumento de conhecimento e do maior acesso aos métodos contraceptivos nas últimas décadas, grande proporção da população de adolescentes sexualmente ativos ainda não previne a gravidez e, de resto, outras condições relacionadas, por exemplo, ao uso do preservativo. Assim, fica evidente que existem situações de vulnerabilidade no uso desses métodos, uma vez que não se alteram as desigualdades de gênero e os obstáculos sociais para a regulação da sexualidade que leve em conta o aprendizado da autonomia e da responsabilidade no exercício sexual.

A compreensão dos motivos que fazem com que os adolescentes planejem a gravidez depende também da compreensão, por parte de todas as pessoas - sociedade, família, Enfermagem e demais profissionais da saúde e da educação - dos significados desse acontecimento. Além disso, é importante considerar a construção de alternativas que lhes permitam conhecer e ampliar seu repertório de direitos, seus horizontes e construir habilidades para mudar os rumos de sua trajetória de vida e alçar novos voos no protagonismo de sua própria história.

A pesquisa do tipo etnográfica se constituiu num desafio imenso e em caminho árduo de leituras no início. Porém, foi se transformando em algo prazeroso e transformador no transcorrer da coleta e análise dos dados. Assim, no convívio com os adolescentes desta pesquisa, histórias foram sendo escritas nas páginas de suas vidas e os acontecimentos revelados e descritos, ficando evidente a importância em ter realizado este estudo de forma longitudinal, o que tornou possível perceber os diferentes acontecimentos na trajetória dos participantes. A utilização do método etnográfico possibilitou descrever a real experiência e significado dos diversos momentos compartilhados durante os quinze meses de coleta de dados.

No entanto, sabe-se que a vida dos “pássaros” não encerrou por aqui. Muito pelo contrário, pois novas páginas serão escritas na vida de cada um, que daqui a algum tempo ingressarão na vida adulta, a qual de certa forma foi precipitada pela gravidez. E temos a esperança de que todos estes adolescentes ainda poderão constituir um novo ninho familiar, independente do ninho de origem, planar sobre novos horizontes, sonhando e lutando por um futuro melhor.

Diante da relevância do tema e da constatação da continuidade de gravidezes entre adolescentes, e ainda considerando a problemática do seu não planejamento com repercussão na sua formação acadêmica e profissional, bem como a predominância de estudos retratando apenas parte da vivência deste fenômeno, faz-se necessária a continuação de estudos sobre a temática nos diversos setores de pesquisa. É necessária também a mobilização da sociedade por meio de ações da saúde e educação, possibilitando a este grupo da população maior acesso a informações e meios que lhes permitam desenvolver e praticar uma postura crítica, consciente e responsável no exercício de sua sexualidade, para que possam voar alto, mais seguros, assim como a águia, alcançando novos voos no horizonte do viver.

Encerra-se estas considerações com a certeza de que muito ainda há para desbravar quanto à temática da gravidez, maternidade e paternidade na adolescência que, apesar de ser uma questão intensamente estudada, ainda tem muitos caminhos a serem desvelados na vivência de tais experiências. Tais estudos poderiam abordar os motivos da ausência masculina nos serviços de saúde e as possibilidades de o adolescente estar presente, como também a realização de estudos longitudinais que abordem a experiência de forma integral, envolvendo ambos os sexos, constituindo um desafio para futuras pesquisas e para a atual construção das práticas na assistência de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. WHO, World Health Organization. Young people's health: a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and health for all. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>
2. Ribeiro, CPS, Martins MC, Gubert FA, Almeida NMGS, Silva DMA, Afonso LR. Percepção de adolescentes escolares sobre transformações corporais, gravidez e caderneta de saúde do adolescente. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016;32(1):27-36. Available from: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/950/149>
3. Vieira EM, Bousquat A, Barros CRS, Alves MCGP. Adolescent pregnancy and transition to adulthood in young users of the SUS. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51:25. Doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006528.
4. Silva QAD, Guimarães VSM, de Sousa Nunes MA, Silva RR. Gravidez na adolescência: a percepção de parturientes adolescentes. *Revista Ciência & Saberes*. 2018;4(3):1152-57. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/304>
5. Santos RCA, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realidades e perspectivas de mães adolescentes acerca da primeira gravidez. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):65-72. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0444



6. Costa GPO, Guerra AQS, Araújo ACPF. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre contracepção para adolescentes [Internet]. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2016;15(8):3597-608. Doi: 10.1590/S0034-89102004000400001
7. Campolongo DB, Ferraz RRN, Ferraz TA, Badin MPM. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes e não gestantes de uma unidade básica de saúde da zona norte da capital paulista. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2016;13(31):50-57. Available from: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/viewFile/734/u2016v13n31e734>
8. Geertz C A interpretação das culturas. 1. ed. 13. reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008, p.323.
9. Bardin NL. *Análise de Conteúdo*. Edição rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2016, p. 229.
10. Foucault M. *História da sexualidade: A vontade de saber*. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.
11. Foucault M. *História da sexualidade: O uso dos prazeres*. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.
12. Campos HM, Paiva CGA, Mourthé ICA, Ferreira YF, Fonseca MC. Direitos humanos, cidadania sexual e promoção de saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes. *Saúde debate*. 2017;41(113):658-669. Doi: 10.1590/0103-1104201711324
13. Duarte ES, Pamplona TQ, Rodrigues AL. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. *DeCiência em FOCO*. 2018;2(1):45-52. Available from: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/145>
14. Piedade MS, Vitalle MS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações ONU-Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(8):2523-2531. Doi: 10.1590/1413-81232015208.03112014
15. Souza JB, Guastaferrero CM, Vitalle MSS. Gravidez na adolescência: maternidade e paternidade. In: Vitalle MSS, Silva FC, Pereira AML, Weiler RME, Niskier SR, Schoen TH. *Medicina do adolescente: fundamentos e prática*. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
16. Almeida RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Hora JM, Linard AG, Coutinho NPS, Oliveira OS. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. *Rev. Bras. Enferm*. 2017;70(5):1033-1039. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0531
17. Santos RCAN, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realidades e perspectivas de mães adolescentes acerca da primeira gravidez. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):73-80. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0444
18. Maranhão TA, Gomes KRO, Oliveira DC, Neto JMM. Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(12):4083-4094. Doi: 10.1590/1413-812320172212.16232015



19. Cremonese L, Wilhelm LA, Prates LA, Paula CC, Sehnem GD, Ressel LB. Apoio social na perspectiva da puérpera adolescente. Esc. Anna Nery. 2017;21(4):e20170088. Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0088
20. Silva CSO, Barbosa DA, Barbosa IA, Cruz IM, Marques KP. O adolescente na estratégia saúde da família: uma revisão integrativa de literatura [Internet]. Adolesc Saude. 2016;13(3):76-87. Available from: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=609](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=609)

## CAPÍTULO 15

### COMPREENSÃO DA VIVÊNCIA DA PATERNIDADE PARA O SER-PAI ADOLESCENDO: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dhiane Terribile  
Crhis Netto de Brum  
Samuel Spiegelberg Zuge  
Jeane Barros de Souza  
Tassiana Potrich

#### INTRODUÇÃO

Adolescência, do latim *adolecere* que significa crescer ou crescer até a maturidade, é uma fase de transformação em que acontecem profundas mudanças na vida do indivíduo tanto físicas, como emocionais e sociais. É reconhecida como uma fase de transição da dependência infantil para a vida adulta<sup>1</sup>. Face às transformações do corpo, relacionadas ao crescimento e a maturação sexual, nessa etapa também ocorre a estruturação da personalidade, dos valores, da identidade sexual e profissional<sup>1,2</sup>.

Geralmente, é nessa etapa que ocorre a descoberta da sexualidade e iniciam-se os relacionamentos, como por exemplo, o namoro e a vida sexual. Porém, a atitude preventiva dos adolescentes apresenta oscilações em conformidade com o relacionamento afetivo em que estão envolvidos. Se o relacionamento é estável é comum relegar a um segundo plano, ou até mesmo abandonar, as medidas de proteção como, a exemplo, o uso do preservativo, e utilizá-lo apenas quando o relacionamento é recente ou eventual<sup>3</sup>.

Essa conduta e a instabilidade emocional própria da idade, associada ao pensamento de que nada pode lhes acontecer torna o adolescente vulnerável não só a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), mas também à possibilidade da paternidade<sup>1</sup>. Assim, a paternidade na adolescência promove mudanças e estabelece novos papéis, como o de ser adolescente e ser pai frente à família e à sociedade, podendo significar um marco da sua inserção no mundo adulto<sup>3</sup>. Tornar-se pai nesta fase da vida ocasiona inúmeras implicações, dentre as quais se destacam aumento das responsabilidades, redução da liberdade para fazer o que se quer e a inserção no mercado de trabalho, já que criança e mãe necessitarão de assistência material, emocional<sup>4</sup>, dentre outras.

Neste contexto, ao defrontar-se com a paternidade o adolescente pode apresentar dificuldades tanto financeiras, quanto familiares e emocionais em lidar com tal situação, pois

passa a vivenciar algo que assumiria somente na vida adulta<sup>2</sup>. Neste sentido, os pais adolescentes, enfrentam uma difícil tarefa como seres humanos: assumirem-se como adultos superando as dificuldades da adolescência e, ainda, educar-se e educar seus filhos, além de prover-lhes sustento<sup>5</sup>, o que pode ser vislumbrado como um desafio existencial.

Porém, essas dificuldades podem ser enfrentadas mais facilmente se existir uma estrutura de apoio que os auxilie nos momentos de dúvidas e angústias, a exemplo dos serviços de saúde. Esse apoio pode estimular a participação ativa do pai na gestação, na criação e educação do filho e da nova família. Embora a paternidade na adolescência possa ser semelhante entre os diversos grupos em virtude de pertencerem a contextos familiares, sociais e culturais distintos o que influencia na aceitação ou não de ser pai<sup>1</sup>, cada indivíduo apresenta sua singularidade.

A rede social de apoio é um importante sistema de interação formado por pessoas capazes de apoiar, dessa forma, o apoio social é mútuo e inter-relaciona o indivíduo e sua rede de modo dinâmico, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico. É essencial que o pai adolescente possa contar com uma rede de apoio diversificada, recebendo apoio tanto dos familiares, amigos, bem como dos serviços de saúde e da escola para que vivencie a paternidade de forma saudável<sup>2</sup> e que venha a corresponder, o máximo possível, às suas expectativas.

Nos últimos anos, a gravidez adolescente tem sido problematizada, ganhando destaque na área científica e social, no entanto tem sido vista apenas como um fenômeno predominantemente feminino<sup>3</sup>. Tal fato se reflete nos serviços de saúde, pois há falta de um espaço preparado para o pai adolescente, porém é difícil afirmar se a ausência desses adolescentes nos serviços de saúde se deve à pouca oferta de ações direcionadas a eles ou à baixa procura dos mesmos<sup>2</sup>.

Assim, o pai adolescente muitas vezes distancia-se da gestação e da paternidade simplesmente porque é afastado, tanto pela família, que passa a assumir sozinha os cuidados com a gestante, como pela sociedade em geral que considera o adolescente como irresponsável e reprova a paternidade nessa fase, associando-a a adjetivos pejorativos como não planejada, indesejada precoce e/ou prematura impossibilitando a ele assumir sua condição de pai. Mesmo quando um adolescente deseja assumir um papel ativo como pai, as instituições sociais parecem-lhe recusar esse direito, pois existem inúmeros serviços para cuidar da gestante adolescente, mas são poucos os que se preocupam do pai adolescente<sup>3</sup>.

Justifica-se esse estudo, pois ao escutar estes adolescentes permitirá que revelem suas vivências, o que pode colaborar para que os serviços de saúde se reorganizem de forma a incluir a figura do pai adolescente como pessoa que demanda cuidados. Estudar esta temática é relevante no sentido de contribuir para uma aproximação desses adolescentes com os serviços de saúde, formando uma rede de apoio que lhes proporcione uma base para conseguirem (re)conhecer sua inserção como pais e permitir que o exercício da paternidade seja vivenciado conjuntamente com sua família.

Assim, surgiu a seguinte **questão de pesquisa**: Qual o significado da vivência do adolescente acerca da paternidade? Tendo como **objeto de estudo**: a vivência do adolescente acerca da paternidade. E como **objetivo do estudo**: compreender o significado da vivência do adolescente acerca da paternidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma investigação qualitativa, de natureza fenomenológica alicerçada no referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger e realizada em dois Centros de Saúde da Família do Município de Chapecó.

Participaram do estudo cinco pais com idades variando entre 18 e 24 anos. Tomou-se como referência a recomendação do Ministério da Saúde<sup>6</sup> que compreende o período dos 20 a 24 anos como um prolongamento da adolescência.

Além disso, em virtude de a idade cronológica da adolescência variar, uma vez que depende das características de personalidade e experiência de vida de cada um, optou-se neste estudo por demarcarmos tal fase de 18 a 24 anos de idade<sup>6</sup>. O número de participantes não foi pré-estabelecido, já que a análise dos dados aconteceu de forma simultânea à fase de campo, a qual demonstrou o momento de concluir as entrevistas, ao revelar a suficiência de significados anunciados pelos discursos dos sujeitos<sup>7</sup>, neste caso, dos pais adolescentes.

Os critérios de inclusão foram: adolescentes que vivenciaram a paternidade em que a companheira estava em acompanhamento de pré-natal ou de puericultura e/ou que sua família fosse cadastrada no Centro de Saúde da Família. Foram excluídos os pais que vivenciaram a paternidade de filhos não biológicos.

Para este estudo considerou-se a vivência da paternidade desde o momento da descoberta da gestação. Já que a paternidade vai se construindo durante a gravidez à medida em que o pai vivencia a barriga crescer. A gravidez é um período de preparo para o pai, pois é

quando ele começa a formar o vínculo com o filho. Sua participação ativa no processo gravídico puerperal possui reflexos positivos na sua experiência como pai.

Antes de iniciar a produção dos dados, ocorreu uma aproximação com o campo da pesquisa, definida como ambientação. Nesse período, foram estabelecidos os vínculos e realizado o (re)conhecimento do ambiente. Pois na pesquisa qualitativa é essencial reconhecer o campo em que se dará o encontro com os sujeitos do estudo<sup>7</sup>.

A produção foi realizada por meio da entrevista fenomenológica a partir da seguinte questão orientadora: como foi/é para você ser pai? Após a primeira entrevista, e posterior análise, sentiu-se a necessidade de acrescentar uma segunda questão orientadora: como foi/é o seu dia a dia com a descoberta da paternidade?

A entrevista fenomenológica permitiu revelar, a partir do depoimento, o significado que o pai adolescente confere a suas vivências e oportunizou um momento singular, de estar com o sujeito pesquisado. O encontro foi mediado pela intersubjetividade e pela empatia<sup>7</sup>. Neste estudo, a empatia, por vezes superou os momentos de intersubjetividade ao explicitar a necessidade da abertura do pai adolescente para a pesquisadora.

As entrevistas foram mediadas por questões empáticas, empregando as palavras que eram ditas pelos próprios pais adolescentes dentre elas pode-se citar: bom ser pai, construir uma família, viver em paz, querer o melhor, caminho certo, educar, ensinar, ter mais compromisso, surpreso, ter mais responsabilidades essas questões permitiram o desenrolar das entrevistas e a possibilidade de compreender o sentido que os adolescentes atribuíam a determinadas expressões.

Os pais adolescentes por vezes demonstraram-se tímidos, constrangidos, envergonhados e tensos, o que pode ser observado em alguns momentos quando ao responderem as perguntas permaneciam de cabeça baixa ou olhavam para o chão. Além disso, quando lhes era entregue uma via do TCLE, permaneciam durante a entrevista enrolando as folhas com as mãos e batendo-as nelas. A preocupação dos pais adolescentes com futuro também foi observada, já que ao falarem disso alguns franziam a testa. A emoção e a felicidade puderam ser percebidas quando falavam de seus filhos, pois esboçavam sorrisos e era perceptível o brilho no olhar.

Os pais adolescentes também falavam gírias como, por exemplo, ‘caiu a ficha’, ‘locurage’, ‘aprontar’, as quais a acadêmica precisou solicitar que as explicassem, o que causou certo constrangimento. Alguns deles, ao final da entrevista, quiseram saber se o que tinham

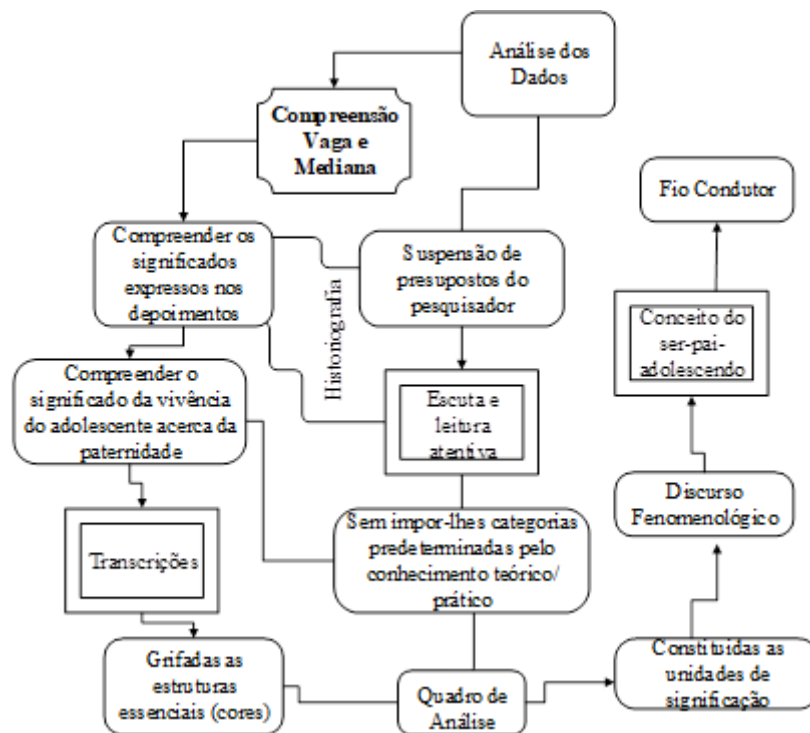
falado era certo, se nas outras entrevistas os pais adolescentes tinham relatado coisas parecidas, demonstrando preocupação em terem relatado alguma coisa que pudesse ser errada. Diante disso, a acadêmica realizou a escuta atenta dos adolescentes e ao final relatou que não havia certo ou errado por se tratar de uma entrevista. É importante salientar, ainda, a dificuldade dos pais adolescentes em discorrer sobre as questões perguntadas, geralmente as respostas eram curtas.

Para encerrar a entrevista foi realizado um feedback com o pai adolescente para que ele acrescentasse informações se julgasse necessário. Ainda foi questionado sobre seu estado de saúde no momento para que não saísse da entrevista apresentando algum desconforto. Ao final, sua disponibilidade foi agradecida. Destaca-se que nenhum dos pais adolescentes precisou de atendimento ou encaminhamento para os serviços de referência.

Todas as transcrições foram desenvolvidas, antes da realização da próxima entrevista, a fim de avaliar e realizar os ajustes necessários na posição do sujeito pesquisador. O anonimato dos adolescentes ocorreu por meio de um código para sua identificação, como por exemplo, a letra arábica “A” de adolescente, sucessivamente (A1, A2, A3).

O estudo pautou-se na análise proposta por Martin Heidegger a qual é composta por dois momentos metódicos apontados na sua obra ‘Ser e Tempo: compreensão vaga e mediana’, que tem o intuito de buscar os significados expressos pelos sujeitos nos depoimentos e análise interpretativa a qual visa à identificação dos sentidos desvelados por meio dos significados<sup>8</sup>.

Método de Análise de Martin Heidegger desenvolvido no primeiro momento metódico: compreensão vaga e mediana.



Fonte: Elaborada pelos autores.

A compreensão vaga e mediana remete a dimensão ôntica do fenômeno a qual é apreendida pelos fatos, por aquilo que está posto<sup>8</sup> tudo o que foi significado e referido pelo pai adolescente. A dimensão ôntica externaliza a objetividade do que se vivenciou sendo expressa pelo discurso que cada adolescente apontou ao longo deste estudo. Já no segundo momento metódico, serão desvelados os sentidos do ser, que se mostra a partir do primeiro movimento de análise. Esses sentidos serão interpretados segundo os conceitos teóricos do referencial de Martin Heidegger, no intuito de alcançar a essência do fenômeno, desvelando facetas da dimensão existencial do seu modo de ser.

Para isso, realizou-se a escuta e uma leitura atenta das entrevistas. Assim, realizou-se a difícil tarefa de suspender os pressupostos arraigados pela pesquisadora. Tal suspensão, tem a finalidade de possibilitar que o significado que os adolescentes expressaram sobre a paternidade, não tivesse sido impregnado por categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático advindos das vivências/experiências da própria pesquisadora e da acadêmica.

Nas transcrições foram sublinhadas as estruturas essenciais, em seguida foi composto um Quadro de Análise do material. Posteriormente, foram constituídas as unidades de significação (US): US1 - Sempre sonharam em serem pais, não pensavam nisso para agora, quando souberam, desejaram o filho e US2 - Não tinham planos para o futuro, mas com a notícia começaram a planejá-lo. Pensam em viver bem com o filho e a família para serem pais de



verdade. Tão logo, desenvolveu-se o discurso fenomenológico possibilitando o desenvolvimento do fio condutor. Cabe salientar que a fala originária dos adolescentes foi mantida com pequenos ajustes para melhorar a compreensão.

Foram respeitadas as normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Dessa forma, a pesquisa foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó (UFFS/SC) sob o parecer número: 753.433.

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

### **Historiografia do ser-pai-adolescendo**

A partir das entrevistas e do que foi relatado pelo ser-pai-adolescendo, foi possível construir a sua historiografia. A historiografia está sustentada na dimensão ôntica dos sujeitos, neste caso, do ser-pai. Implica no ente histórico uma vez que encontra no seu passado, possibilidades para (re)significar seu presente<sup>8</sup>. Dessa maneira, a historiografia contemplou as seguintes informações: idade, estado marital, escolaridade, ocupação, número de filhos e se a gravidez foi ou não planejada conforme quadro abaixo.

Dentre os adolescentes, um tinha 18 anos, um 19 anos, um 21 anos, um 22 anos e um 24 anos, quatro viviam com a companheira; dois não completaram o ensino fundamental e dois não concluíram o ensino médio, apenas um dos entrevistados concluiu o ensino médio; três se encontravam no mercado de trabalho formal, dois no mercado informal e um estava desempregado; quatro vivenciavam a paternidade pela primeira vez e apenas um deles havia planejado a gravidez.

Quadro 1 – Historiografia do ser-pai-adolescente. Construído a partir da entrevista fenomenológica

Código	Idade	Estado Marital	Escolaridade	Ocupação	Gravidez	Nº filhos
A1	18	Com companheira	Ensino fundamental (inc.)	Pedreiro	Planejada	1
A2	19	Sem companheira	Ensino médio (inc.)	Desempregado	Não planejada	1
A3	22	Com companheira	Ensino médio (inc.)	Empresa de transporte	Não planejada	2
A4	24	Com companheira	Ensino fundamental (inc.)	Vendedor de Picolé	Não planejada	1
A5	21	Com companheira	Ensino médio (com.)	Empresa de produtos agrícolas	Não planejada	1

FONTE: Elaborado pelos autores.

### **Sempre sonhou em ser pai, não pensava nisso para agora, quando soube, desejou o filho**

O ser-pai-adolescente, em seu depoimento, desvela faceta do seu cotidiano ao vivenciarem a paternidade, demonstra que a desejou ao longo de sua vida e que desde antes sonhava com este momento. Anunciam que queriam ter seus próprios filhos para que, no futuro, os vejam desenvolvidos.

[...] meu sonho era ser pai [...] porque eu sempre quis ter um filho [...]. (A1)

[...] então eu queria ter um filho meu [...]. (A2)

[...] nós queríamos ter mais um neh, mas daí agora que está aí pra mim meu Deus do Céu. (A3)

[...] a gente queria, depois no futuro, por exemplo, ele [filho] já estará criado. (A5)

O ser-pai-adolescente anuncia que sempre sonhou em ter filhos. Contudo, quanto a isso não teve escolha. Escolhas estas que são determinadas pela facticidade de ter um filho e que precisará cuidá-lo. Aquilo que não tem escolha revela o caráter de estar lançado a um acontecimento que lhe confere a condição de permanecer em dada situação. Esse fato posto pertence à facticidade do ser. Logo, o ser encontra-se lançado naquilo que está determinado e que não se pode evitar<sup>8</sup>. Nesse contexto, o ser-adolescente encontra-se lançado no mundo da paternidade, uma vez que não lhe é possível decidir. Não tem escolha quanto ao nascimento do seu filho.

O depoimento do ser-pai-adolescente expressa que não pensava nisso para este momento de sua vida, achava que seria pai no futuro quando tivesse mais idade. Aponta para a possibilidade de ser pai após a conclusão dos estudos da sua companheira/esposa, mas ainda assim, bem mais para frente.

[...] só que eu achava que ia se pai depois dos 30 anos [...]. (A1)  
[...] mas bem mais lá pra frente a gente estava planejando néh, depois que ela terminasse a faculdade dela néh, aí sim [...] há uns 4 ano acho 3 (risos) 4 ano pra frente. (A3)

A ambiguidade predispõe à pretensa verdade de que se conhece tudo o que será discutido, daquilo que se irá fazer e o do que irá acontecer<sup>8</sup>. As questões parecem ter sido resolvidas, quando na verdade não foram. A ambiguidade “não se estende apenas ao mundo, mas também, à convivência como tal e até mesmo ao ser para consigo mesmo”<sup>8:237</sup>.

A notícia da paternidade deixou o ser-pai-adolescendo imerso em sentimentos como felicidade, alegria, contentamento e com uma sensação de orgulho. Afirma que foi emocionante saber que seria pai. Conta que, ao realizar o teste, a companheira/esposa ficou emocionada, mas que o ser-pai-adolescente já estava desconfiado. Ao significar a vivência da paternidade refere que gostou da possibilidade de ter e criar um filho.

Eu fiquei faceiro, era o que nós sempre tentávamos daí nunca dava certo, daí quando fizemos o teste que daí ela estava grávida, ela chorou um pouco de felicidade, eu gostei [...]. (A1)  
Foi emocionante [...] Ah, emoção tipo de tu ter um filho, de tu saber como é criar uma criança [...] tipo caiu à ficha sabe, eu gostei de receber a notícia. Até porque eu fui o primeiro a desconfia, eu fui o primeiro a perceber [que a companheira estava grávida] [...]. (A2)  
Foi muito bom. [...] pra mim é um orgulho neh [...]. É na verdade o orgulho é grande, o orgulho é grande de te filho [...] pra mim é um orgulho se pai. [...] daí ela fez o teste de farmácia e deu certo, deu positivo tava grávida mesmo e daí claro a gente ficou feliz neh, mas a gente ficou muito mais feliz ainda depois que a nenê nasceu que tava tudo bem, daí Meu Deus do Céu. (A3)  
Fiquei faceiro neh. Gostei de tê minha filha, neh. (A4)  
Há, foi bom [receber a notícia da paternidade]. (A5)

O ser-adolescente anuncia-se curioso por saber sobre a gestação. Ao se mostrar curioso se mantém no modo de ser da curiosidade. A curiosidade é regida pela falação ao proferir o que deve ser lido e visto. A curiosidade ocupa-se em ver não para compreender, mas vê somente aquilo que está posto na sua direção<sup>8</sup>.

O discurso do ser-pai-adolescendo revela a paternidade como uma construção de amor, que filho é o melhor presente que se pode ter. Além dos depoimentos apontarem o amor que o ser-pai-adolescente apresenta pelo seu filho, o não dito durante os encontros oportunizou essa compreensão ao constatar a emoção com que falavam de sobre seus filhos.

[...] o amor que eu sinto por ele [...] pra mim ele é tudo néh. [...] eu só penso nele, se eu não vou lá ver ele um dia... eu não consigo dormir (emocionado...riso) (A2).  
[...] Filho é a melhor coisa, para gente não tem coisa melhor. (A3)

O ser-com demonstra a natureza relacional do humano, uma vez que o mundo é sempre algo que compartilho com os outros e o viver é sempre convivência<sup>8</sup>. Cotidianamente, o ser

assume uma atitude de relação que implica na maneira como se posiciona diante do mundo e dos outros.

### **Não tinha planos para o futuro, mas com a notícia começa a planejá-lo. Pensa em viver bem com o filho e a família para ser pai de verdade**

O discurso do ser-pai-adolescente, demonstra ao saber que seria pai os planos para o futuro foram restabelecidos. A vida de brincadeiras, onde não tinham planos, e nem pensavam muito nas consequências foi deixada de lado. A paternidade trouxe um rumo novo para suas vidas trazendo-lhes mais responsabilidades e compromisso. O filho parece fazer pensar em obrigações e responsabilidades ao revelar o desejo de voltar a estudar.

[...] não tinha muito plano de vida [...] queria só ficar por aí. [...] pensava só em locuragem [...]. (A1)

Antes era normal, trabalhava, estudava só que agora parece que tem uma coisa a mais que tu tem que estar ali mais presente tem alguma coisa que te chama não dá vontade de sai de perto. (A2)

É... tem que ter bem mais compromisso néh [...] ah ter mais compromisso, agora não dá para sai toda hora [...] eu quero voltar estuda ainda, eu quero voltar estuda daí. (A3)

Antes eu chegava em casa néh [...] ficava no computador e agora a gente passa mais tempo com o bebê. Tem, tem que ter mais responsabilidade neh, agora com o nenê. (A5)

Assim o ser-adolescente se projeta para o seu futuro, quanto retrocede para o seu passado e indo além de seu nascimento, para o seu passado histórico, como também se lança para o seu presente em um movimento de constante ir e vir. O ser acontece ao ir antecipadamente ao encontro da morte e retornar ao nascimento, ao escolher resolutamente uma das possibilidades do seu presente e ao aderir a ele em constância em relação a si mesmo. Logo, o ser escolhe o seu modo de ser a partir das possibilidades que lhe são postas, faz opções, escolhendo uma delas em lugar de alguma outra<sup>8</sup>.

Com a chegada do filho passa a planejar seu futuro, a apresentar maiores preocupações, pois precisa trabalhar para sustentá-lo. A vivência da paternidade é significada pelo ser-pai-adolescente como o cuidado que precisa ter, bem como o desejo de estar presente na vida do filho.

Tem que trabalha um pouquinho dobrado, construir tudo para o nenê [...]. (A1)

[...] ta sempre junto, não me afasta dele, sempre presente na vida dele, tanto eu quanto ela. (A2)

[...] tem eles para cuida, educa [...] daí sempre tem que ter alguém com eles. [...]. (A3)

Tem que cuida, [...] tem que [pausa] sabe que tem que trabalhar porque tem o bebê que precisa da gente. (A5)

O ser autêntico volta ao seu passado, retorna às suas origens para restabelecer seu presente e projetar seu futuro. Retornando a suas origens, tem a possibilidade de fazer, escolher,

pensar, e agir por si mesmo e não pelos outros. Não apenas espera e aguarda para ver o que irá acontecer, mas, ao contrário, decide por si mesmo a partir de sua história, toma conta de sua própria vida. Usa o passado para recontar seu presente, uma vez que não consegue apreender o que vive hoje em todo o seu cerne, nem tampouco atuar sobre ele sem saber como chegou a determinada situação<sup>8</sup>.

O ser-pai-adolescendo revela a vontade de ter uma família estruturada, para que seus filhos possam viver em boas condições afetivas. Além disso, quer educá-los, ensinar-lhes o que é certo, repassar os ensinamentos que receberam de seus pais, para que quando crescerem façam escolhas boas. Demonstram ainda, que consideram importante os filhos irem à escola, assim pensa que ser bom pai.

[...] na verdade eu queria construir uma família [...] vive bem cá minha família, e ter minha filha correndo por tudo lugar [...]. Viver bem com a família, sem briga, sem discussão, sem bebedeira, sem sai [...]. Era, era o que eu sonhei, na verdade, acha uma esposa que me desse bem, não discutisse, pa cria uma família boa (pausa) para minha filha não sofre mais tarde neh, com separação, essa coisa [...]. Quero da educação pra ela [filha] quero saber se um pai de verdade, trata ela [filha] bem, dá o que ela quiser tipo (pausa) não tudo pra não fica mimada também, mas trata ela bem (pausa) não deixa ela apronta. (A1)

A... (risos) a... o melhor é... ensina ele [filho] o que é certo e o que é errado [...] não fazer coisa errada, não prejudica os outros. [...] e... sempre mostra para ele [filho] seguir o caminho certo e não errado, e ter as escolhas boas na vida dele, quando ele cresce. [...] ii educa ele [filho] do jeito melhor do que eu fui educado ou mesmo jeito neh, mas sempre querendo o melhor. (A2)

[...] ensina eles o que é certo, educa neh. (A3)

[...] Ela ir na aula, nos colégio [...] depois ela estuda e coisa, entra num serviço. [...] pra ela [filha] cresce bem neh, que ela é pequena [...] faz a coisa certa [...] pra ela é bom neh, que daí ela cresce [...]. (A4)

Ah... tem que cuidar [...] há da educação [...] que se encaminhe num caminho certo. Há... estuda, faz esporte essas coisas normais. (A5)

Assim, ao significar a vivência da paternidade, o ser-pai-adolescendo expressa que desejou a paternidade, mesmo não tendo planejado o filho. Anuncia que ela lhe trouxe felicidade e satisfação. Demonstra aumento das responsabilidades e a possibilidade de retornar aos estudos. Revela a vontade de cuidar do filho e estar presente na vida dele. Deseja ter uma família estruturada e preocupa-se com a educação dos filhos, acha importante que eles frequentem a escola e quer ser um pai de verdade.

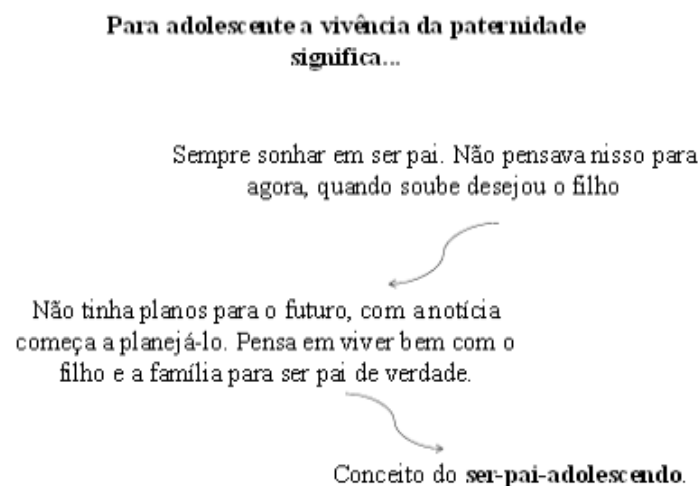
### **Construção do conceito de ser-pai-adolescendo**

As US delinearão o conceito de ser, que é fio condutor para o estabelecimento da compreensão do ser<sup>8</sup> que apontou: ser-pai-adolescendo. A consolidação desse conceito desvela como o ser-pai-adolescendo se compreende. Assim entende-se que a presença, ou seja, o ser, na multiplicidade de modos-de-ser, indica continuamente o acontecer da história

vivida/vivenciada por cada *ser*, não sendo uma construção estática. A compreensão de *ser* é um imperativo existencial de vir a ser o que se é. Esse *vir-a-ser* acontece continuamente no cotidiano. O cotidiano se refere à dimensão dos fatos: vivências e comportamentos.

Na cotidianidade, o ser se compreende tal como é antes de tudo e na maioria das vezes. Aponta significados de seu existir. Por meio da compreensão *dos significados podemos interpretar os sentidos existenciais*, que compõem a dimensão dos fenômenos<sup>8</sup>. Ressalta-se que o “adolescendo” foi constituído por meio do que o referencial aponta sobre a utilização do gerúndio na constituição das palavras. Remete a tudo o que o ser realiza, é o movimento necessário para que a fenomenologia existencialista se mantenha em seu constante vir-a-ser.

### **Construção do conceito de ser-pai-adolescendo.**



**Fonte:** Elaborada pelos autores.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A vivência da paternidade apontou a compreensão do ser-pai-adolescendo o qual manifestou o desejo quanto a paternidade, apesar de não a ter planejado para esta fase de sua vida. O fenômeno trouxe para sua vida o aumento das responsabilidades, dos compromissos e a necessidade de trabalhar. Também foi possível observar que o ser-pai-adolescendo almeja ter um papel ativo na criação do seu filho. Também compreende a paternidade como uma oportunidade para oferecer educação e ensinar-lhe tudo que aprendeu com seus pais. Assim, se mostram em seu cotidiano ao significarem a paternidade como uma possibilidade de mudança em sua vida.

Neste estudo, a fenomenologia permitiu compreender a vivência, os sentimentos e as necessidades, do ser-pai-adolescendo sem pressupostos e preconceitos, além de demonstrar que

é importante e necessário estabelecer a empatia com o ser-pai-adolescente para que este desvele o significado do vivido. Também possibilitou nos tornarmos mais atentos e reflexivos sobre a realidade e o modo de ser do outro. Além disso, apontou a necessidade de “dar voz” ao ser-pai-adolescente para que ele seja visualizado dentro dos serviços de saúde, visto que foram várias as dificuldades em encontrá-los, tanto por desconhecimento dos profissionais de saúde como pela falta de registro sobre a paternidade do ser-pai-adolescente.

Assim, espera-se que este estudo favoreça os profissionais de saúde para que possam compreender as vivências desse ser-pai-adolescente assegurando a possibilidade de uma assistência em que suas necessidades e anseios, sejam pautadas numa relação livre de (pré) conceitos e julgamentos. Porém é necessário que estes profissionais, em especial o enfermeiro, como parte integrante da equipe multidisciplinar, desenvolva suas habilidades de diálogo para proporcionar um espaço de escuta empática em que o ser-pai-adolescente por meio de seu discurso desvele suas demandas de cuidado. Ressalta-se que esses espaços devem contemplar a dimensão existencial da paternidade na adolescência.

Além disso, a escuta ativa sobre a história da gestação, constituição da nova família e dos projetos de vida desse ser-pai-adolescente pode favorecer a identificação e o fortalecimento do vínculo com o seu filho. Ainda, o enfermeiro poderá estimular a participação do ser-pai-adolescente na consulta de pré-natal e puericultura permitindo momentos em que ele possa realizar e esclarecer suas dúvidas.

Dessa forma, as ações de saúde devem ser redirecionadas a fim de atender às especificidades desse segmento populacional. Políticas públicas que contemplem o ser-pai-adolescente no atendimento domiciliar e no atendimento em horários diferenciados nos Centros de Saúde da Família são fundamentais já que muitos tenham a possibilidade de chegarem até o serviço de saúde, pois ao assumirem as responsabilidades com o filho, o trabalho e o retorno ao estudo fazem parte do cotidiano impedindo-os de usufruírem do sistema de saúde nos horários estabelecidos. Essas estratégias podem favorecer o vínculo enfermeiro/ser-pai-adolescente/serviço de saúde e o acesso as informações para melhorar a assistência prestada ao ser-pai-adolescente e sua família.

Diante disso, o estudo poderá contribuir no direcionamento da assistência prestada ao ser-pai-adolescente, a partir da educação em saúde. Essa educação em saúde poderá ser realizada por meio de uma sensibilização, fazendo com que o ser-pai-adolescente se sinta



inserido a partir da identificação de suas potencialidades e habilidades de cuidado, no que se refere ao crescimento e desenvolvimento de seu filho.

Nessa perspectiva, espera-se, que este estudo possibilite a visibilidade do ser-pai-adolescente e desperte o interesse para futuras pesquisas na área por parte dos profissionais da saúde, e também, do meio acadêmico de forma que estes se sensibilizem com a temática desde a graduação, fomentando a viabilidade de projetos de extensão com esta população. Além de, propiciar discussões para que seja estabelecida uma política pública de inclusão do pai adolescente nos serviços de saúde no atendimento de suas necessidades.

Este estudo limita-se pelo fato de ter sido desenvolvido o primeiro momento metódico proposto por Martin Heidegger, a compreensão vaga e mediana, apontando assim para a possibilidade de continuidade da pesquisa ao realizar-se o segundo momento metódico a análise interpretativa. Destaca-se aqui a dificuldade em encontrar o ser-pai-adolescente nos Centros de Saúde da Família, além da dificuldade de fazê-lo falar sobre sua vivência. Porém enfatiza-se sua importante contribuição que foi dar voz ao ser-pai-adolescente para que ele pudesse significar a experiência da paternidade.

## REFERÊNCIAS

1. Braga LP. et al. O conceito de paternidade dos adolescentes da rede pública de ensino de Natal/RN. *Revista Humano Ser.* 2015;1(1):74-87. Available from: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/570>.
2. Fávaro JD, Leão AMdeC, Ribeiro PRM, Zuin LF. Paternidade na adolescência: analisando seu significado, os desafios e suas consequências. *RIAEE.* 2019;14(2):1321-38. Doi: 10.21723/riaee.v14iesp.2.12582.
3. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. *Physis.* 2017;27(1). Doi: 10.1590/s0103-73312017000100003.
4. Moreira MCN, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(4):e00060015. Doi: 10.1590/0102-311X00060015.
5. Souza MS, Silva HDM, Mata JR da et al. Paternidade na adolescência: expectativas e sentimentos frente a essa realidade. *Rev enferm UFPE on line.* 2016;10(supl 1):309-15. Doi: 10.5205/reuol.7901-80479-1-SP.1001sup201616.
6. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica->

Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf

7. Brum CNde, Paula CCde, Padoin, SMM, Zuge SS. Vivência da revelação do diagnóstico para o adolescente que tem HIV. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(4):e17610015. Doi: 10.1590/0104-07072016001760015.

8. Heidegger M. Ser e tempo. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante Shuback. 10ª ed. Petrópolis: Vozes; 2015.

## CAPÍTULO 16

### GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: FALANDO DO VIVIDO

Vanessa Ritieli Schossler  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Jeane Barros de Souza  
Tatiana Gaffuri da Silva  
Jaqueline Ana Foschera  
Marceli Cleunice Hanauer

#### INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada uma fase de intensa transição física, psicológica e social. Neste período, o adolescente desenvolve capacidade de se conhecer, delimitar suas preferências e criar um estilo de vida<sup>1</sup>. O Brasil adota a delimitação etária proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a qual a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade, enquanto a juventude se estende dos 15 aos 24 anos, o que revela sobreposição dos anos finais da adolescência aos primeiros anos da juventude<sup>2</sup>. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, considera como adolescente aqueles que se encontram na faixa etária de 12 a 18 anos<sup>3</sup>.

Na passagem pela adolescência, a sexualidade está ligada ao desenvolvimento corporal, situações emocionais e afetivas, bem como ao primeiro ato sexual significativo na vida dos indivíduos<sup>4</sup>. As iniciativas sexuais dos adolescentes têm sido cada vez mais precoces, sem informações ou planejamento<sup>5</sup>. Os sentimentos e experiências adquiridos na adolescência podem ser determinantes na vida sexual do indivíduo e, sendo assim, o momento para a primeira relação sexual mostra a escolha feita pelo adolescente, partindo de fatores individuais, familiares e sociais<sup>4</sup>. Com isso, o adolescente se torna vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e situações de risco em saúde, gravidez e maternidade/paternidade não desejadas e ou não planejadas.

A gestação na adolescência é classificada como uma dificuldade na saúde pública, estando ligada a altos índices de morbimortalidade materna e infantil, bem como a importantes situações de risco obstétricos e ou neonatais, como prematuridade, baixo peso e aborto espontâneo<sup>5</sup>. Nesse sentido, estudo realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas<sup>6</sup> a partir de indicadores selecionados sobre fecundidade e conjugalidade no período de 2010 a 2015 na América Latina e Caribe, mostra que 17,6% dos nascimentos são de filhos de mães adolescentes, com idade entre 15 e 19 anos.

O total de registros de nascidos vivos no município de Chapecó, entre os anos de 2014 e 2016 foi de 10.036, dos quais 1.315 nascimentos foram de mães com idade entre 10 e 19 anos. Somente no ano de 2016 foram registrados 3.314 nascimentos, sendo que em 17 deles a idade materna situava-se entre 10 e 14 anos, e em 383 registros varia dos 15 aos 19 anos. Em todo o estado de Santa Catarina, o total de nascimentos de mães que se encontravam na faixa etária de 10 a 19 anos correspondeu a 12.502 registros no ano de 2016, o que equivale a 13,2% do total de 95.313 nascidos vivos no Estado<sup>7</sup>.

Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ)<sup>1</sup>, um dos eixos de ação prioritários é “Saúde sexual e saúde reprodutiva”, o qual busca abranger a prevenção de situações de risco e indesejadas nessa faixa etária. Baseado na PNAISAJ, o Ministério da Saúde (MS) apresenta as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, ressaltando aos gestores a demanda estratégica de trabalho e as particularidades da assistência às necessidades dessa população<sup>8</sup>.

Com vistas a contemplar a totalidade da atenção aos jovens e adolescentes, o MS propõe duas grandes Diretrizes Nacionais. Uma delas trata do “Fortalecimento da Promoção da Saúde nas Ações para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens” que, pela delimitação do território e observação das condições socioeconômicas e culturais, planeja produzir saúde na integralidade e modificar as práticas de trabalho em saúde das equipes para obter êxito nas ações<sup>8</sup>. Em continuidade, a diretriz “Reorientação dos Serviços de Saúde para Favorecer a Capacidade de Respostas para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens” orienta que os serviços acolham o adolescente/jovem, possibilitando sua participação no seu projeto terapêutico, levando em conta as vulnerabilidades e necessidades para o seu bem-estar, como também facilitando o acesso aos serviços de saúde<sup>8</sup>.

Diante do exposto, verificou-se a importância de realizar um estudo procurando responder a seguinte questão: Como é a experiência de gestação e maternidade vivida na adolescência? O presente capítulo é um recorte desse estudo que focalizará a gestação na adolescência, com o objetivo de conhecer as vivências de gestação das adolescentes participantes do estudo. Acredita-se que esse estudo seja importante na formação do enfermeiro pelo exercício de acompanhar e assistir as adolescentes nesse processo que gera mudanças e desafios ao indivíduo. A organização dos resultados obtidos possibilitará reconhecer as ações que auxiliam a promoção de saúde e a continuidade da assistência prestada pelo profissional

enfermeiro. Os resultados permitirão também desenvolver iniciativas de educação em saúde com adolescentes.

## **METODOLOGIA**

**Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi desenvolvida em um Centro de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Chapecó, Santa Catarina. Esse CSF é cenário de atividades teórico práticas e de estágio curricular supervisionado do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, o que motivou a escolha. Além disso, a escolha se deveu também ao número de mães adolescentes identificadas nesta área de saúde. Foram incluídas mulheres que viveram o trabalho de parto há pelo menos 60 dias, que tiveram o primeiro filho até, no máximo, os 19 anos de idade, que tenham atualmente 25 anos no máximo, que tenham sido atendidas pela rede básica de saúde do município e tenham filho(s) vivo(s).**

A coleta de dados foi conduzida com seis participantes e iniciou após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), com o parecer nº 2823474. As participantes foram identificadas primeiramente em conversa com a enfermeira coordenadora da unidade e com as agentes comunitárias de saúde (ACS). Depois, a primeira seleção foi feita por análise do prontuário eletrônico de cada uma das participantes potenciais.

Foram identificadas nove adolescentes que atendiam aos critérios de inclusão e inicialmente todas seriam incluídas. Entretanto, três delas não foram encontradas em casa para apresentação do estudo e convite à participação. Assim, a coleta de dados prosseguiu com as outras seis adolescentes. Como cinco delas tinham idade inferior a 18 anos, foi necessário esclarecer e obter o consentimento de pelo menos um dos pais, além do assentimento de cada uma.

Os dados foram produzidos através de entrevista semiestruturada, realizada em dia, local e horário de disponibilidade de cada participante. A entrevista é instrumento que permite um diálogo com a participação do entrevistador dirigido ao tema do estudo. Nesse tipo de entrevista, o pesquisador dispõe de um roteiro com as questões que a nortearão e serão apresentadas, durante o diálogo, levando em consideração as características do entrevistado, o nível de interação e o ritmo da conversa<sup>9</sup>.

Cinco participantes foram entrevistadas no domicílio e uma delas no CSF, de acordo com a preferência de cada uma. A entrevista foi conduzida pela estudante de enfermagem que se orientou por um roteiro de questões e foi registrada em gravador de voz. Para validação das respostas, a entrevistadora resumiu, ao longo da entrevista, as exposições feitas pelas adolescentes a fim de obter a concordância delas com os relatos e de oportunizar qualquer modificação e ou complementação.

A entrevistadora iniciou o encontro com perguntas menos ligadas às vivências da participante para deixá-la à vontade. Três das adolescentes se emocionaram e choraram durante a entrevista. Nesse momento, a entrevistadora interrompeu a gravação e conversou com a adolescente, apoiando-a e acalmando-a. A entrevista e a gravação foram retomadas após as participantes manifestarem desejo de prosseguir. A entrevistadora reforçou à participante a possibilidade de retirar-se do estudo sem qualquer prejuízo, bem como esclareceu que a entrevista poderia ser agendada para outro dia. Porém, todas preferiram continuar. Após a entrevista, a entrevistadora voltou a encontrar as adolescentes, atendendo-as no CSF ou no bairro, o que lhe possibilitou saber como se encontravam.

Mesmo após estabelecer vínculos com a adolescente percebeu-se que, quanto menor a idade da entrevistada, menos detalhes oferecia sobre sua vivência, o que demandou habilidade da entrevistadora para obtenção das informações. Além disso, todas as participantes optaram por permanecer com os filhos durante a entrevista, o que dificultou a transcrição das gravações em razão de múltiplos ruídos e choro das crianças.

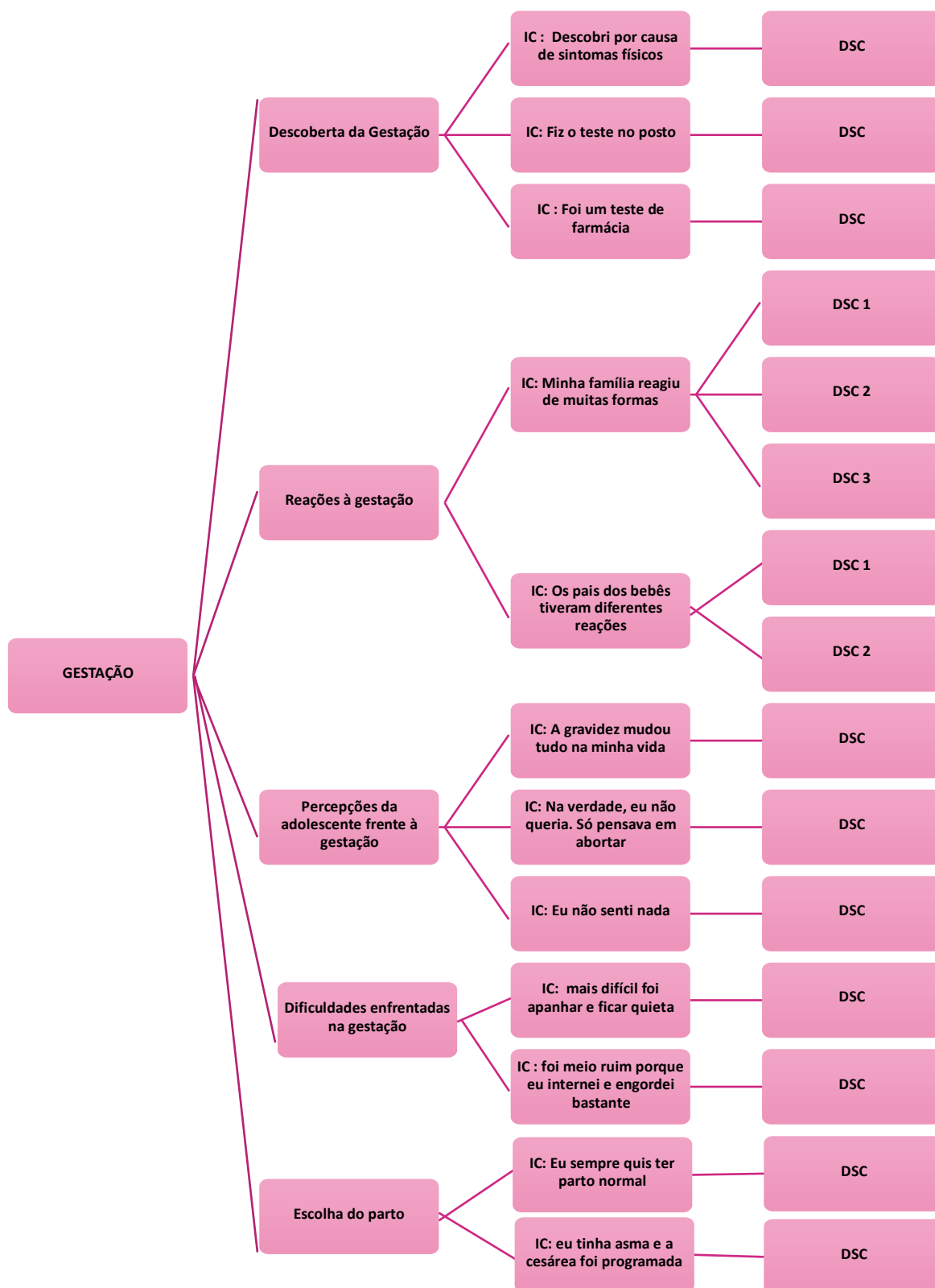
Todas as entrevistas foram transcritas em documento idealizado para esse fim. Após, os dados foram pré-analisados e, findas as entrevistas, a análise foi feita com a técnica do Discurso Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma ferramenta utilizada em pesquisas qualitativas, pois procura expressar de modo mais fiel possível um pensamento de certa população<sup>10</sup>. Nesta forma de análise de dados, quatro figuras metodológica são utilizadas: 1) Expressões Chave, que são trechos que descrevem o conteúdo abordado. 2) Ideia central, que procura sintetizar um discurso. 3) Ancoragem, utilizada para manifestar linguisticamente uma teoria ou uma crença. 4) DSC, que é a criação de um discurso-síntese com os trechos dos discursos individuais, procurando mostrar um dado ou pensamento de uma população<sup>11</sup>.

A leitura exaustiva das transcrições possibilitou perceber que as falas se agrupavam em três grandes eixos temáticos: iniciação sexual, gestação e maternidade. Assim, as expressões-chave (EC) de sentido semelhante foram agrupadas em cada um. Posteriormente, nova leitura

atenta possibilitou a identificação de ideias centrais (IC), o que demandou nova reorganização das EC para posterior construção dos discursos (DSC). Embora o método não indique a organização de dados a partir de eixos temáticos, percebeu-se que isso facilita a separação de expressões-chave e, por decorrência, a identificação de ideias centrais e a elaboração dos DSC. A partir da análise das expressões-chave identificou-se subtemas para cada eixo temático. Ao final, a organização foi: eixos temáticos–subtemas–ideias centrais–DSC. Essa trajetória analítica está graficamente representada na figura abaixo estudo.



Figura 3 – Árvore analítica – Eixo Temático ‘Gestação’



Fonte: Dados da pesquisa (2018).

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A idade das participantes no momento da entrevista variou entre 16 e 24 anos. Uma delas está legalmente casada e as demais vivem em união estável. Revelaram que o início de sua vida sexual, traduzida pela primeira relação sexual (sexarca), deu-se entre os 13 e os 16 anos. Estudo feito com 1400 prontuários de pacientes com idade entre 10 e 20 anos incompletos, atendidos no período de 2006 a abril de 2018, no Ambulatório de Adolescentes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná identificou que a idade média da sexarca foi de 13,7 anos para ambos os sexos, enquanto a mediana foi de 15 anos para as meninas<sup>12</sup>. A iniciação sexual de meninas em idade inferior a 15 anos foi demonstrada também em outros estudos<sup>13-15</sup>. A primeira relação sexual é marcante na adolescência, principalmente para o sexo feminino e acontece por diferentes motivos. Estudo demonstra que, para os meninos, a sexarca ocorreu por atração e curiosidade, enquanto as meninas indicaram paixão e amor como motivadores<sup>16</sup>. No presente estudo, a primeira relação sexual das participantes aconteceu por decisão do parceiro e com o consentimento dela. Todas deixaram transparecer que, mesmo tendo dúvidas, mantiveram relação sexual sem manifestação de sua vontade e sem planejamento prévio. Disso resulta que, à exceção de uma, todas engravidaram com a mesma idade com que se iniciaram sexualmente, o que resultou em uniões precoces, mesmo que não duradouras.

Das participantes, cinco mantêm união estável/casamento com o pai da criança, enquanto uma delas hoje vive com o segundo marido. Todas afirmam que não planejaram e nem desejaram a gravidez. Embora quatro delas afirmem ter usado algum método contraceptivo, revelam que o fizeram de maneira incorreta, tal como o uso descontínuo do preservativo e ou do anticoncepcional oral. Outras duas informam não ter usado qualquer método de prevenção de gravidez e ou de infecções sexualmente transmissíveis.

Esses resultados vão ao encontro dos achados de outro estudo, os quais indicaram que 97,6% das adolescentes participantes conheciam algum método anticoncepcional quando engravidaram, sobressaindo-se o preservativo, o qual foi indicado por 88,1% delas<sup>17</sup>. Tal resultado, somado aos aqui encontrados, indica que o conhecimento sobre um ou mais métodos contraceptivos não significa adesão ao uso e nem tampouco que sejam usados corretamente.

O fato de a gravidez não ter sido planejada e ou desejada pode evidenciar o aborto como alternativa para aliviar o sofrimento provocado pela descoberta da gestação. Uma das

participantes fez tentativas de aborto batendo no próprio abdome, jogando-se contra a parede e apertando o corpo.

As entrevistas revelam relatos de sofrimento durante a infância decorrentes da criação rígida dos avós, da ausência materna e da falta de diálogo sobre namoro, sexualidade e sobre como se proteger evitando dificuldades como, por exemplo, gestar precocemente. Nesta mesma perspectiva, uma das participantes se emociona ao lembrar os espancamentos que sofreu de seus pais durante a infância, o que a levou a desejar casar-se para aliviar o sofrimento. Entretanto, sofreu violência física e emocional do ex-marido até o final de suas gestações. Esse contexto vulnerável leva a adolescente a ter esperança de encontrar felicidade para sua vida constituindo sua própria família, como se a maternidade representasse o auge de suas vidas. A maternidade torna meninas, que eram vistas como garotas sem rumo na vida, respeitadas como ‘mulher de família’, mãe e esposa, com atribuições que geram ascensão no convívio social<sup>18</sup>. Por vezes, as dificuldades vivenciadas no ambiente familiar contribuem para que a adolescente queira alterar a sua vida e a gravidez se afigura como possibilidade de sair de casa e de encontrar afeto e sustento em um companheiro<sup>19</sup>.

O parto normal foi desejo de todas, apesar do medo que sentiam. Uma das participantes teve parto cesáreo em razão de níveis pressóricos elevados ao final da gestação. Das participantes, três afirmam terem sido orientadas sobre os tipos de parto durante o pré-natal por algum profissional de saúde; uma delas foi instruída pelo médico, outra recebeu uma cartilha disponibilizada pela rede de atenção à saúde, ainda outra adolescente destaca ter pesquisado na internet suas principais dúvidas sobre as particularidades de cada parto. Identifica-se a figura materna como incentivadora para o parto natural, o que leva a acreditar que tal incentivo seja decorrente da experiência individual de cada uma das mães, agora avós.

A gravidez durante a adolescência gera mudanças significativas para toda a vida, impactando inclusive nas próximas gerações<sup>6</sup>. Os discursos construídos no eixo temático ‘Gestação’ compreendem: como as adolescentes descobriram a gestação, qual a reação ao saber que estava grávida, como foi contar para o parceiro e familiares. Também contempla as modificações citadas pelas adolescentes durante a gravidez, dificuldades que encontraram no processo e como foi o cuidado de saúde. Familiares enfatizam a importância de guiar a adolescente, orientando-a e aconselhando-a para auxiliá-la nessa etapa ainda não vivenciada por ela<sup>20</sup>.

A atenção de saúde durante a gestação é importante e visa a orientar a adolescente sobre o próprio processo de gravidez com suas peculiaridades, bem como sobre o trabalho de parto, o parto e o puerpério. Como o acompanhamento de pré-natal é atividade prioritária na atenção básica, acredita-se que esse papel de orientação seja assumido pelos profissionais que atuam nesse nível de atenção. Das participantes, as que receberam tais orientações indicam principalmente o profissional médico como provedor dessas informações e, além dele, “às mulheres do postinho”. Entretanto, a busca por esclarecimento se deu principalmente pela própria participante em outros meios, tais como na internet, em livro que recebeu na unidade de saúde no início do pré-natal. É importante ressaltar que houve também participante que nega ter sido informada sobre o parto.

Há elementos que merecem ser levantados a esse respeito. Um deles é a possibilidade de os profissionais de saúde não terem desempenhado seu papel na orientação das adolescentes de maneira que as esclarecesse sobre gestação, parto e puerpério. Porém, outra possibilidade é que as orientações foram feitas pelos profissionais, mas não compatíveis com as dúvidas das adolescentes que, por sua vez, não as expressavam. Isso remete a uma dificuldade de comunicação e sugere fragilidade no vínculo entre profissional e adolescente. Parece haver aqui uma lacuna entre o que se orienta na unidade de saúde e o que a adolescente gostaria de saber, o que é piorado por uma possível dificuldade de comunicação. Assim, na escolha do parto nota-se grande influência dos familiares, principalmente da figura materna.

#### Descoberta da Gestação

##### **Ideia Central: Descobri por causa de sintomas físicos**

**DSC:** Minha menstruação já estava atrasada. Mas eu descobri por que comecei a ter enjoos e muita dor na cabeça [...] passei duas noites vomitando. Tomei bastante remédio. Daí eu passei mal e lá no hospital descobri que estava grávida.

Ideia Central: Fiz o teste no posto

**DSC:** Minha mãe falou para ir no postinho fazer um teste. Fizeram o teste, mas não era bem certeza. Daí, fiz exame de sangue e tive certeza. Então, comecei fazer o pré-natal.

Ideia Central: Foi um teste de farmácia que a vó fez no meu xixi

**DSC:** Depois da primeira relação, eu desconfiei já no primeiro mês. No segundo mês, já não vinha mais. A mulher sabe quando está grávida. Fui pesquisar na internet pra ver por que a menina não menstruava mais e todos os resultados sempre foi a gravidez. Daí eu fui fazer um teste de farmácia, mas eu não sabia fazer e deu negativo; daí fiquei mais calma. Mas a vó comprava os absorventes pra mim e contava todos os do mês. Daí eu cortava minhas mãos pra fazer sangue, cortava o pé, cortava no braço para fazer ficar sangue no absorvente. Daí ela já estava

desconfiando e ela comprou um penico separado pra mim e fez um teste do meu primeiro xixi da manhã e deu positivo.

Os discursos apresentados revelam as diferentes formas de descoberta da gravidez. O primeiro discurso mostra a suspeita da gestação motivada pelo início dos sintomas físicos, percebidos pela maioria das mulheres e que levaram à realização dos testes de gravidez. A presença da genitora no segundo discurso enfatiza o apoio materno nas condições das transformações da adolescência e indica a unidade básica como porta de entrada da atenção de saúde. A família sofre um estranhamento inicial ao saber da gestação, a qual vai sendo progressivamente aceita e o apoio materno é essencial para a adolescente ao longo do tempo, constituindo sua referência<sup>21</sup>.

No segundo discurso nota-se a expressão de certeza da gravidez com o exame de sangue, ou seja, devido à concentração de Gonadotrofina coriônica humana aumentada no organismo, confirmatória de gravidez. Como profissional, comprovar a gravidez é o ponto de partida para o pré-natal nos serviços de saúde, para uma atenção humanizada e de qualidade, construindo bases para o relacionamento paciente-profissional, contribuindo para que a gestante mantenha vínculos com o serviço de saúde durante todo o período gestacional<sup>22</sup>. A partir do resultado positivo, a enfermeira inicia o protocolo de pré-natal fazendo os testes rápidos para sífilis, HIV, hepatites B e C, os exames laboratoriais de rotina, solicitando ultrassom obstétrico, prescrevendo sulfato ferroso e ácido fólico, encaminhando ao dentista, à vacinação, realizando os registros e demais encaminhamentos necessários de acordo com cada situação.

O terceiro discurso revela a certeza da gravidez mesmo sem testes confirmatórios. Essa certeza é atribuída a uma percepção considerada tipicamente feminina e inata, bem como às buscas solitárias por informações virtuais. Percebe-se que pouco sabiam sobre gestação, que faltava diálogo sobre sexualidade em suas famílias e que a internet surgiu como alternativa de preenchimento dessa lacuna. Com a facilidade de pesquisa no mundo virtual, o provimento de informações é cada vez mais rápido e eficiente, o que se tornando positivo quando bem utilizado. Informações baseadas em evidências sobre gestação, maternidade e sobre os primeiros anos de vida do bebê e acessadas pela internet podem dissipar dúvidas, o que se torna favorável à sociedade<sup>23</sup>.

Ainda vale chamar a atenção para o rigor da vigilância sobre o comportamento feminino, especialmente o sexual, na adolescência. Entretanto, a vigilância não é acompanhada por diálogo e esclarecimento, o que aumenta a vulnerabilidade adolescente à iniciação sexual

precoce e desprotegida, bem como à gravidez. Esse rigor tem efeitos de amedrontamento indesejados sobre a menina, que busca maneiras de burlar a vigilância e de adiar a revelação da gravidez aos familiares. Exemplo disso é a automutilação indicada em um dos discursos como forma de simular a menstruação.

Reações à gestação

### **Ideia Central: Minha família reagiu de muitas formas**

**DSC 1:** Eu ia deixar para contar para todo mundo junto, mas meu irmão perguntou e eu: “eu tô, mas não vai contar para mãe”. Ele me chamou de mentirosa, não acreditava. Chegamos em casa, a mãe estava estendendo roupa e ela disse: “E aí?”. Falei que não estava grávida, mas me deu dó e contei também. Ela começou a tremer, esfregar as mãos e a ficar vermelha, encheu os olhos d'água. Pensa na alegria que ela ficou! Nunca mais vou esquecer do jeito dela. Eles aceitaram, não ficaram bravos. Só minha mãe tinha medo de eu não cuidar do nenê de noite.

**DSC 2:** minha avó não aceitou. Disse que eu era muito nova e que estava fazendo tudo errado. Ela me xingou, falou que eu tinha traído a confiança dela, me chamou de vagabunda. Meu Deus, eu escutei tudo que é tipo de coisa, sabe? Ela não gostou muito, mas depois se acostumou.

Os DSC demonstram as reações à gravidez de diferentes pessoas significativas para a adolescente. O DSC 1 revela uma reação positiva dos familiares à gestação, recebida como uma boa surpresa provocadora de alegria, que se manifesta inclusive na expressão corporal de alegria e emoção da mãe. Esse momento de contar sobre a gravidez, principalmente para as pessoas mais próximas, é marcante para a futura mãe, pois esse momento dá indícios à adolescente do apoio receberá dos familiares diante de perspectiva de um novo membro. Entretanto, o discurso também é marcado pela expressão de preocupação da avó com o cuidado materno com o neto. A imaturidade da futura mãe parece ser o motivo da preocupação. As adolescentes passam por modificações psicológicas e físicas importantes, que as amparam para a gestação, nessa fase a gravidez pode ser um risco para a adolescente e o bebê<sup>20</sup>. O abandono dos estudos, comum na vida de adolescentes grávidas, é decorrência de múltiplos elementos, tais como dificuldades financeiras, pouco apoio familiar e afastamento do pai da criança, redundando em interrupção de seus projetos de vida<sup>24</sup>.

Sabe-se que uma gestação não planejada pode ser difícil, especialmente quando ocorre precocemente na vida. O segundo discurso mostra a revolta e não aceitação de um familiar (avó) ao saber da gravidez, a qual foi vista como traição da confiança depositada na adolescente no que se refere a sexo, como se tivesse ignorado conselhos recebidos. Porém, é necessário chamar a atenção para as mudanças de percepção/aceitação que ocorrem com o avançar da gestação. Fica evidente o caráter processual da aceitação, que evolui da rejeição e da raiva para

a adaptação à ideia e, finalmente, à aceitação do fato. Nesta perspectiva, a partir da decepção primitiva, a família se acomoda à situação e, ao longo da gravidez, se acostuma com ela<sup>20</sup>.

### **Ideia Central: Os pais dos bebês tiveram diferentes reações**

**DSC 1:** quando contaram para ele lá no hospital, ele ficou brabo.

**DSC 2:** Pra ele, eu disse “parabéns você vai ser pai”. Ele se sentou no sofá. Eu disse “tu não me escutou?” e ele veio perto, me abraçou e começou a encher o olho dele. Parece que foi bem tranquilo, ele disse que estava feliz, porque estava construindo a família. Ficou feliz!

As reações que os parceiros tiveram ao saber da gravidez foram diferentes, como demonstrado nos discursos. A notícia de uma gestação, planejada ou não, desejada ou não, pode provocar diferentes respostas tanto da mulher quanto do parceiro/pai. O primeiro discurso expressa sentimento de raiva, de desagrado do parceiro, sugerindo que a gravidez não foi desejada. Aqui chama a atenção o fato de outras pessoas, profissionais da saúde, comunicarem a gestação ao parceiro, sem aguardar que a própria adolescente conversasse com ele. Essa precipitação dos profissionais em informar o parceiro leva a pensar nos cuidados necessários para não ultrapassar certos limites na atuação cotidiana em saúde, de forma a respeitar as individualidades, os tempos e a privacidade de cada um sem ser invasivo. Talvez a própria informação bem-intencionada tenha contribuído para despertar tal reação à notícia. Entretanto, a fúria pode ter sido gerada pelo pensamento masculino de que a mulher poderia ter evitado a gestação, que seria obrigação dela se proteger. Ainda o medo da nova constituição familiar também pode levar à negação da gestação. As reações masculinas frente a este processo podem derivar do receio de possíveis privações a que estarão sujeitos ao constituírem um casamento<sup>25</sup>.

O segundo DSC mostra, logo no início, a felicidade da adolescente ao contar para o companheiro sobre a gravidez. Para a mulher, a maternidade é ainda um dos, senão o principal, papel social, um sinal de feminilidade. Além disso, um filho costuma ser considerado o desfecho esperado de uma relação entre homem e mulher. Talvez isso tenha contribuído para a imediata aceitação da gestação pelo parceiro. O acolhimento por parte do parceiro está evidenciado no segundo discurso. Para o casal, a família passa a se consolidar com a vinda de uma criança, pois tende a fortalecer os laços e a proximidade entre os parceiros. Da mesma forma, a reação do parceiro à gestação é um indicativo da qualidade da relação. A paternidade também revela um aumento da responsabilidade evidenciada pelos próprios adolescentes, principalmente pelo dever de manter o sustento da família<sup>26</sup>. As relações de conflito entre a adolescente e seu parceiro/pai de seu filho afetam diretamente sua saúde mental, pois a negação



da paternidade torna-se fonte de ansiedade. Por outro lado, o apoio dado pelo companheiro reduz as chances de desenvolvimento de sintomas depressivos pela gestante, de tal forma que a boa relação conjugal provoca efeitos psicológicos positivos<sup>27</sup>.

É possível dizer o mesmo sobre as reações da adolescente à gestação, cuja aceitação depende de cada contexto familiar, do momento da vida em que ela se encontra, de suas relações sociais e condições econômicas. Com isso as representações iniciais da gestação foram variadas.

#### Percepções da adolescente frente à gestação

##### **Ideia Central: A gravidez mudou tudo na minha vida**

**DSC:** Ah, meu Deus, eu não sabia se entrava em pânico, se ficava feliz, porque, tipo, por a gente ser novo, a gente não tem muita cabeça para cuidar de uma criança. Eu sempre ficava com medo, porque quando eu descobri que estava grávida, foi um trauma na minha vida. Meu Deus do céu, virou tudo na minha vida!

##### **Ideia Central: Na verdade, eu não queria. Só pensava em abortar**

**DSC:** Na verdade, eu não queria. Falei para ele [o pai]: “vou me matar, vou matar essa criança, porque eu não quero”. Meu pensamento era abortar, só isso! Eu estava com medo, sabe, do que ia me acontecer, das amizades que eu ia perder, do futuro que eu ia perder, de não poder sair mais. Perdi bastante amizade por causa disso. Tinha pessoas que tinham vergonha de sair comigo, porque eu estava grávida. Eu também tinha vergonha, não saía mais de casa pra ninguém me ver. Só saí depois, quando comecei a me acostumar, que eu conheci mais dele e ele ficou mais perto de mim.

##### **Ideia Central: Eu não senti nada**

**DSC:** Tipo, eu não dei bola sabe? Eu não gostava dele [parceiro]. Para mim, não foi “meus Deus, tô esperando um filho dele!”. Foi normal, tipo, eu não senti nada.

Os discursos relatados mostram os sentimentos das adolescentes ao saber da repentina gestação. No primeiro DSC nota-se um sentimento de ambivalência entre felicidade e pânico/medo, reflexo da percepção imediata de sua própria imaturidade para assumir responsabilidade no cuidado de uma criança, do medo também pela falta de estrutura (psicológica, física, financeira, social) nesta faixa etária marcada por intensas transformações. A gravidez projeta a adolescente repentinamente na vida adulta que ela por vezes tanto desejou, mas não está preparada para tal. As mudanças são radicais ao ponto de serem entendidas como um trauma que, no entanto, é passageiro e ameniza com as demandas da gestação e da maternidade que a levam a criar afetividade.

A gestação impõe modificações duradouras em todos os lares e saber-se grávida faz com que ‘caia a ficha’ e a adolescente tome consciência imediata disso. Essas reações são

relacionadas às fases de adaptação pelas quais a gestante passa. Mesmo com os julgamentos sociais sobre sua competência para a rotina de cuidados com o bebê, as adolescentes enfatizam discernimento e buscam primeiramente, cuidar do filho<sup>24</sup>. Estudo revelou que, para as adolescentes participantes, os cuidados demandados pelo filho compõem um papel social a ser desempenhado, o de mãe<sup>24</sup>.

O segundo discurso complementa e reforça o primeiro no sentido da percepção das consequências da gravidez sobre a vida presente e futura da adolescente. Traz o desejo de abortar e de suicídio como uma alternativa, traduzindo o quanto a descoberta da gestação foi impactante. A descoberta da gravidez “pode iniciar um processo de turbulência, conflitos, medos, e até de atitudes precipitadas para interrompê-la”<sup>25:1634</sup>. O discurso deixa claro também que as adolescentes percebem que as mudanças decorrentes da gestação são para a vida toda e mudam seu presente e seu futuro. Daí surgem elementos como as mudanças necessárias em seus hábitos de vida, em sua vida social.

A vergonha relatada está relacionada com o fato de estar grávida, o que revela os julgamentos sociais sofridos pela adolescente e que limitam o seu convívio social; além disso, há a vergonha decorrente do aumento de peso e principalmente da barriga, o que pode provocar constrangimentos com o próprio corpo. Esses elementos podem levar ao abandono da escola, em razão da vergonha que o preconceito e os comentários de que a adolescente grávida é alvo na escola, o que a deixa consciente do julgamento feito por seus colegas<sup>28</sup>.

A sociedade contemporânea ocidental recrimina a gestação em adolescentes, entretanto é preciso entender os motivos de cada caso. É importante ouvir as meninas adolescentes para entender suas manifestações sobre a vontade de ser mãe, que pode ser para realizar-se como mulher ou para fugir dos problemas sofridos no círculo familiar, bem como uma projeção para o futuro<sup>29</sup>. Ainda no segundo discurso, percebemos que a gravidez aconteceu logo no início do relacionamento, o que pode ter contribuído para a reação inicial da adolescente que, após o convívio entre o casal, acostumou-se à gestação em decorrência da melhora da relação de ambos. Isso evidencia e reforça o caráter processual da aceitação da gravidez pela adolescente.

O terceiro DSC enfatiza a sensação de indiferença frente à descoberta da gravidez. Esta reação pode estar vinculada à qualidade da relação com o parceiro, experiências de vida ou sentimento de abandono. A relação que a adolescente e o parceiro vivem pode ser motivadora para a interrupção do encantamento do relacionamento que, ainda, pode ser modificado pela solidão, pelo medo e por diversas formas de violência<sup>25</sup>. Quando a menina engravida

precocemente, poucos casais sabem sobre as dificuldades que acontecerão durante o curso gravídico. As adolescentes manifestaram-se sobre isso.

#### Dificuldades enfrentadas na gestação

##### **Ideia Central: mais difícil foi apanhar e ficar quieta**

**DSC:** O mais difícil para mim foi que eu tinha que cuidar da criança, porque ele me batia, né? Foi difícil apanhar e ficar quieta, não poder falar nada. Eu não tinha ninguém. Já tinha saído de casa [dos pais] e não poderia voltar. E eu sabia que não podia ficar chorando porque depois a criança ia dar chorona. Eu procurava a igreja, eles falavam que não dava para deixar ele me bater. Cuidava para ele não bater na minha cabeça.

##### **Ideia Central: foi meio ruim porque eu internei e engordei bastante**

**DSC:** Foi meio ruim, eu sofri um pouco, fiquei internada uma semana por causa de plaquetas baixas e infecção na bexiga. Eu ficava muito de pé no chão [descalça] mesmo pelo chão gelado. Eu peguei anemia, era gravidez de risco e tive infecção no sangue. Além disso, eu engordei bastante.

O primeiro discurso evidencia a violência doméstica durante a gestação, com agressões físicas e psicológicas como a principal dificuldade, agravada pela necessidade de não denunciar o parceiro. Revela desamparo por não ter a quem recorrer, que não teria apoio dos pais por ter 'errado'. A igreja foi vinculada como possibilidade de auxílio, mas mesmo com as orientações, não foi eficaz para os problemas que sofria. Fica evidente também a preocupação com a saúde e o bem-estar do bebê, o que levou a suportar as agressões em silêncio, protegendo-se fisicamente como conseguia. Sabe-se que muitas adolescentes sofrem diversas formas de violência e não denunciam por medo do companheiro e de ficar desabrigadas, já que são financeiramente dependentes de seus parceiros. Muitas começam a sofrer violências físicas e psicológicas ao descobrirem a gestação, desenvolvendo um sentimento de culpa por ter engravidado e sentem-se humilhadas<sup>25</sup>.

O segundo discurso apresenta dificuldades físicas apresentadas na gravidez. Nos serviços de saúde, gestantes merecem ser atendidas como prioridade, especialmente às adolescentes por serem consideradas como gestantes com fator de risco e indicação para atendimento de pré-natal de alto risco<sup>30-31</sup>. Assim, às situações de saúde devem ser tratadas. Ambos os discursos revelam aspectos relacionados a crenças populares, às quais influenciam o autocuidado da adolescente e seus comportamentos, pois esses poderão ter efeitos sobre o recém-nascido e sobre sua própria condição clínica. O aumento de peso também é visto como

dificuldade. As adolescentes apresentaram variação quanto ao tipo de parto, como evidenciam os seguintes discursos:

#### 4.2.5 Escolha do parto

##### **Ideia Central: Eu sempre quis ter parto normal**

**DSC:** Eu só pensava na hora do parto. Tinha medo de fazer cesárea por causa da anestesia e da dor depois [do nascimento]. O parto normal me deixava mais tranquila. Eu sempre quis ter parto normal e a minha mãe falou que ela também teve. Mas eu estava assim [em dúvida] por que a dor não tinha hora pra dar né?

##### **Ideia Central: eu tinha asma e a cesárea foi programada**

**DSC:** Como eu tinha asma, foi programada a cesárea, mas ele nasceu antes e eu tive que fazer parto.

No primeiro discurso a ideia sobre o parto natural deixa a adolescente tranquila ao pensar sobre a parturição. Sabe-se que o parto normal é mais seguro para a mãe e o bebê. Os fatores que preocupam a adolescente com a cesárea são à anestesia e a dor local, sentida por longo período após o nascimento. É notável a forte influência da mãe da adolescente na escolha do parto, instigando a opção pelo parto vaginal. A imaturidade psicossocial também colaborou para a menor realização de parto cesariana<sup>32</sup>.

Durante a gestação a mulher começa a sentir algumas contrações que a vão preparando para o trabalho de parto, principalmente após o 3º trimestre essas contrações são sentidas com mais frequência. Isso desperta ansiedade na adolescente em relação à não saber o momento certo do seu parto. Notamos no segundo DSC que a programação da cesárea aconteceu durante o pré-natal de alto risco. Muitas vezes a mãe deseja ter parto normal, mas durante o pré-natal é instruída sobre a cesariana devido a uma indicação clínica, o que nem sempre condiz com a realidade. São indicações absolutas para a cesárea<sup>33:18</sup>:

[...] prolapso de cordão e descolamento prematuro de placenta, pela interrupção do fluxo sanguíneo para o bebê; placenta prévia centro total ou parcial, devido à obstrução do colo do útero pela placenta; sofrimento fetal, em casos que seja inviável a sobrevivência dentro do útero e herpes genital com lesão ativa no momento do trabalho de parto, situação que poderia resultar em contaminação fetal.

Ficou evidente que o fato de a adolescente ter asma não é um indicativo absoluto para cesárea e que, estando controlada, não há impedimento ao parto vaginal, percebe-se que, para a adolescente, ainda faltam muitas informações durante o pré-natal sobre as indicações de cesárea e aceita o que lhe é dito pelos profissionais. A imprescindibilidade de uma avaliação

efetiva pelos profissionais de saúde em relação às gestantes, visando à diminuição das taxas de cesarianas desnecessárias<sup>25</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a adolescência é importante para o cuidado em enfermagem nesta etapa da vida, tão repleta de modificações, dentre as quais o despertar da sexualidade e a iniciação sexual. Esse tema foi abordado nas entrevistas e, embora os discursos dele gerados não tenham sido discutidos no presente trabalho, podemos dizer que as participantes receberam pouca ou nenhuma orientação sobre essas questões, pois o tema é brevemente abordado na escola e raramente tratado pelos pais em casa. Em resumo, essas meninas iniciaram sua vida sexual sem um mínimo de orientação, o que as expôs à gravidez que, em alguns casos, seguiu imediatamente a primeira relação sexual. Pouco instruídas e com pouca abertura para o diálogo esclarecedor com adultos significativos de suas vidas, tais como pais e professores, iniciam-se sexualmente não por desejarem ou por decidirem, mas para atender a um desejo do parceiro. Tal situação sinaliza que a liberdade e o poder de decisão dessas adolescentes no terreno sexual inexistem e sua subordinação ao companheiro o que as deixa vulneráveis.

A incidência da gravidez no mesmo ano da primeira relação sexual, reforça a ideia de falta de informação e de diálogo sobre sexo e sexualidade em diferentes espaços sociais, principalmente na família. Essa situação amplia a responsabilidade da equipe de saúde, a quem cabe o papel fundamental de acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, priorizando ações de educação em saúde. Entretanto, se as atividades coletivas são importantes, é essencial não esquecer dos atendimentos individuais e do aconselhamento que esse público merece. Sabe-se da pouca procura dos adolescentes nos serviços de saúde, seja por vergonha, ou por falta de orientações e acompanhamentos até as unidades. Então, faz-se necessário estimular os adolescentes a buscarem o serviço, com os quais os profissionais precisam estabelecer uma relação de escuta e de confiança. Aqui merece destaque o acolhimento para esses indivíduos. Os serviços não estão preparados para receber estas adolescentes.

A vulnerabilidade da gestação na adolescência é as relações familiares são marcadas por situações de abandono e violência. A descoberta da gravidez provoca medo e insegurança na adolescente, o que é especialmente verdadeiro quando se trata de planos futuros, dos cuidados com a criança e de sua própria capacidade de ser uma 'boa mãe'. As reações dos familiares e parceiros à notícia da gestação da adolescente são diversas e, após uma negação ou adaptação inicial, majoritariamente aceitaram as gravidezes. Esse cenário revela o caráter processual e

progressivo da aceitação da gestação. Para a família o comunicado gera espanto e, se em alguns casos a reação é positiva, em outros isso não ocorre. O que a adolescente espera frente ao processo gestacional é o apoio tanto da família como de seu parceiro, o que por muitas vezes, não corresponde suas expectativas. Os resultados indicam que o apoio familiar aumenta à medida que a gravidez é aceita. Assim, se ao receberem a notícia assumem atitudes de recriminação e de tristeza, depois, o apoio se revela nos campos material e afetivo. Nesse terreno, a avó materna do bebê é o apoio familiar mais citado nos discursos e influenciadora sobre o parto normal.

Esse caráter da aceitação é percebido também nas adolescentes, as quais passam de reações negativas marcadas inclusive por tentativas de aborto, até a acomodação e, finalmente, à aceitação. Os pensamentos de aborto devem ser levados em consideração pela família, pelo parceiro e pela equipe de saúde. Deseja-se uma maior interação com as adolescentes gestantes, pois necessitam de maior apoio, orientações, esclarecimentos e reforço positivo durante a gestação.

As principais dificuldades enfrentadas pelas adolescentes na maternidade foram encontradas no puerpério, com destaque para os estágios iniciais da amamentação, cuidados com o umbigo e o manejo com o choro do recém-nascido. No que se refere ao choro do bebê, é desesperador para as adolescentes porque não conseguem identificar suas causas.

As adolescentes ressaltam a criança como centralidade das rotinas, assim adaptando as demais funções com as modificações estabelecidas para o cuidado do bebê. Revelam ainda ter mais planos futuros em relação à criança do que em relação a si próprias, dentre os quais trabalhar próximo de casa, prover sustento, comprar as coisas para o bebê e orientar e educar durante o crescimento, dando aos filhos o que não tiveram na infância. Dar o que não tiveram na infância não se refere apenas a bens materiais, mas especialmente a afeto, a diálogo, a orientação e apoio. Sugere-se estudos que contemplem o contexto familiar da adolescente, como pesquisas com seus familiares e sobre a rede de apoio social na gravidez e na criação do bebê. Também seria interessante compreender a visão paterna frente à estas transformações e os cuidados com a criança, bem como suas perspectivas de futuro.

Cabe ao enfermeiro assistir as adolescentes nos diferentes contextos em que se inserem, principalmente nas comunidades mais vulneráveis, como do estudo. A avaliação da condição de saúde das gestantes adolescentes é uma das competências da profissão, assim, espera-se que

seja desenvolvida na atenção primária, avaliando os riscos gestacionais antes dos encaminhamentos.

Como limitações deste estudo pode-se apontar o número reduzido de participantes, o que restringe o volume de dados obtidos, apesar de ter-se respeitado a saturação para suspender a coleta. Entretanto, uma vantagem deste estudo foi o fato de todas as participantes pertencerem a um mesmo nível socioeconômico e residirem em um mesmo território, o que faz com que tenham modos de vida semelhantes, compartilhem aspectos culturais e frequentem os mesmos espaços.

Como aprendizado, além da compreensão obtida a respeito das vivências das participantes, foi a necessidade de voltar mais atenção à adolescência em ambos os sexos, justamente pelas vulnerabilidades que acompanham o início da atividade sexual. Além disso, há necessidade de abordar-se os estereótipos feminino e masculino, ressaltando os aspectos de gênero e poder que os cercam, influenciando comportamentos e experiências. Isso é especialmente verdadeiro para as mulheres que, nesses estereótipos, ocupam uma posição de inferioridade nas relações, de menor poder de decisão e menos autonomia para negar-se a alguma coisa e para fazer escolhas.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens. Brasília, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf)
3. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul (Brasil). Estatuto da criança e do adolescente e Legislação Pertinente: Revisto e Atualizado. [Internet]; Porto Alegre: Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul; 2019. [Acesso em 10 nov. 2020]. Disponível em: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mprs/eca\\_atualizado\\_mprs\\_2019.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mprs/eca_atualizado_mprs_2019.pdf)
4. Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Adolescência e Vida Sexual: estudo dos fatores individuais e familiares associados ao início da vida sexual de adolescentes da cidade de São Paulo. ABEP. 2016; 1-16, 2016. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1476/1441>



5. Bulhões TRB, Alves JB, Moreno CA, Silva TB, Dutra LP. Prevalência de recém-nascidos pré-termo de mães adolescentes. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* 2017;12(39):84-96. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
6. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Realizando plenamente o potencial de adolescentes e jovens. *Estratégia do UNFPA para adolescentes e jovens*. Brasil, 2016. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/estrategia\\_unfpa\\_adolescentes\\_jovens.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/estrategia_unfpa_adolescentes_jovens.pdf)
7. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Nascidos vivos em Santa Catarina. [internet] 2018 [acesso em 10 nov. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.:il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)
9. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. Ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
10. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto contexto enferm.* 2014 Apr/June;23(2):502-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC. A soma qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
12. Fuchs HB, Borges LN, Novadzki IM, Bermudez BEBV. Comportamento sexual na adolescência. *Adolesc. Saude.* 2019;16(3):93-101. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v16n3a11.pdf>
13. Spinola MCR. Fatores associados a iniciação sexual precoce de adolescentes em Santarém, Pará. *SANARE.* 2020;19(1):36-47. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19il.1385>
14. **Valiatti TB, Barcelos IB, Barcelo IS, Almeida KF, Araújo SMM, Carniel F.** Sexualidade na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. *Rev Saúde e Desenvolvimento.* 2018;12(11):277-93. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/963/544>
15. Spinola MCR, Beria JU, Schermann LB. Fatores associados à iniciação sexual em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre/RS, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online].* 2017;22(11):3755-3762. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.00082016>.
16. Lins LS, Silva LAM, Santos RG, Morais TBD, Beltrão TA, Castro JFL. Análise do comportamento sexual de adolescentes. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(1):47-56. Doi: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40851313007.pdf>

17. Ferreira EB, Veras JLA, Brito AS, Gomes EA, Mendes JPA, Aquino JM. Causas predisponentes à gestação entre adolescentes. *J. res.: fundam. care. Online.* 2014;6(4):1571-1579. DOI: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1571-1579
18. Garioli DK, Martinelli KG, Esposti CDD, Emmerich AO. Protagonistas de uma história real: a experiência da maternidade adolescente em uma região interiorana brasileira. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* 2019;21(2):93-104. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/29082/20612>
19. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Gravidez na adolescência no Brasil: vozes de meninas e de especialistas. Brasília: INDICA; 2017. Disponível em: [http://unfpa.org.br/Arquivos/br\\_gravidez\\_adolescencia\\_2017.pdf](http://unfpa.org.br/Arquivos/br_gravidez_adolescencia_2017.pdf)
- 20 Mata J, Durães F, Souza M, Teles M, Amaral E. Experiência de familiares de adolescentes grávidas quanto a gestação precoce no município de Montes Claros/MG. *841J. res.: fundam. care. online.* 2018;10(3):840-846. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.840-846>
21. Munslinger IM, Silva SM, Bortoli CFC, Guimarães KB. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2016;29(3):357-363. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4541/pdf>
- 22 Ramos ASMB, Almeida HFR, Souza IBJ, Araújo MCM, Pereira PSL, Fontenele RM. A assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro sob a ótica das gestantes. *Rev. Interd.* 2018;11(2):87-96. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763719>
23. Soletti RC. Maternidade com ciência: ampliando a comunicação de informação baseada em evidências para gestantes e mães. 2018. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30552>
24. Santos RCAN, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realities and perspectives of adolescent mothers in their first pregnancy. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):65-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0444>
25. Santos PFBB, Santos ADB, Mota GM, Galhardo TF, Medeiros ER. Significados da maternidade/paternidade para adolescentes que vivenciam esse processo. *R. Enferm. Centr. O. Min.* 2015;5(2):1629-1642. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.819>
26. Fávaro JD, Leão AMC, Ribeiro PRM, Zuin LF. Paternidade na adolescência: analisando seu significado, os desafios e suas consequências. *RIAEE .* 2019;14(esp. 2):1321-1338. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v14iesp.2.12582>
- 27 Maranhão TA, Sales SS, Pereira MLD, Cordeiro LI, Sousa CSP. Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência. *Rev. enferm. UFPE Online.* 2018;12(4):840-848. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234547/28612>

28. Dias PMM, Oliveira JM, Lustosa AP, Lima HKLS, Moreira KAP, Pereira TM. Repercussões da gravidez na adolescência na vida da mulher adulta. *Rev Rene*. 2017;18(1):106-13. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000100015
29. Dantas LA, Andrade **LDF**, Lima **GMB**, Saraiva **AM**. O desabrochar das flores: opiniões de adolescentes grávidas sobre planejamento familiar. *Cogitare Enferm*. 2013;18(3):502-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33563>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Brasília, 2012.
31. CHAPECÓ. Secretaria de Saúde. Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco. 2017.
32. DIAS, Bruna Fernanda; DE ANTONI, Natalia Marchet; VARGAS, Deisi Maria. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 49, n. 1, p. 10-22, 2020.
33. FERRARI, Anna Paula. Fatores maternos associados à realização de cesárea eletiva e resultado perinatal segundo tipo de parto: estudo populacional desenvolvido em município de médio porte do interior paulista. 2015. 64 f. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015.

## CAPÍTULO 17

### CUIDADO AO INDIVÍDUO COM DIABETES MELLITUS: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA À SAÚDE

Claudia Moresco Peliser Beal  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Jeane Barros de Souza  
Larissa Hermes Thomas Tombini  
Marceli Cleunice Hanauer  
Liane Colliselli

#### INTRODUÇÃO

No mundo todo, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compõem um grave problema de saúde pública, o que é corroborado pelas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), as quais revelam que essas doenças foram responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016 (WHO, 2018b)<sup>1</sup>. No Brasil e no mesmo ano, esse percentual foi de 74% do total de mortes (WHO, 2018c)<sup>2</sup>. Os quatro principais grupos de DCNT (doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas) foram responsáveis por 56% do total das mortes ocorridas no Brasil em 2016 na faixa etária de 30 a 69 anos (nota técnica)<sup>3</sup>. No mundo todo, o DM é uma das dez causas principais de morte<sup>4</sup>.

As transições epidemiológica e demográfica são fenômenos mundiais que, somadas a mudanças de outras ordens, tais como sociais, ambientais, econômicas e culturais, interagem na produção de mudanças nas condições de saúde e doença dos cidadãos<sup>5</sup>, criando um cenário propício às DCNT<sup>6</sup>. O Diabetes *mellitus* (DM) é uma disfunção metabólica de múltipla etiologia caracterizada por hiperglicemia, transtornos de metabolismo de gorduras, proteínas e carboidratos, resultante da deficiência da secreção de insulina ou da diminuição da sua funcionalidade<sup>7</sup>. Como doença crônica, demanda acompanhamento, tratamento e cuidados para prevenção de outros agravos<sup>7</sup>.

Dados epidemiológicos fazem com que o DM seja considerado mundialmente uma epidemia global e um dos maiores desafios da saúde pública, pois estimativas indicam que 10,2% da população mundial terá diabetes em 2030, o que equivale a 578 milhões de pessoas<sup>4</sup>, das quais cerca de 17 milhões no Brasil. É inclusive considerada como uma das emergências de saúde que cresce vertiginosamente em todo o mundo e, nesse crescimento, os países em desenvolvimento serão mais afetados<sup>4</sup>. No Brasil, essa epidemia se manifesta no aumento de

40% nos diagnósticos de DM no período de 2006 a 2018. No que se refere à dispensação de medicamentos, houve aumento de mais de 300% entre 2011 e 2018.<sup>8</sup> Survey nacional identificou que, no Brasil a prevalência de DM foi de 7,5%, associado a idade igual ou superior a 40 anos, escolaridade inferior a oito anos, estado conjugal não casado, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e com a busca por serviços de saúde<sup>9</sup>.

Considerada a relevância das DCNT na qualidade de vida e saúde das populações, assim como na organização dos serviços de atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, objetivando preparar o país para prevenir e controlar as DCNT entre os anos de 2011 e 2022. Para isso, busca promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, visando à redução da morbidade, mortalidade e incapacidade decorrentes de DCNT. O plano almeja alcançar esses objetivos por meio de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde associadas ao diagnóstico precoce, tratamento adequado e a algumas mudanças na lógica do atendimento, buscando maior participação comunitária<sup>10</sup>.

Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no mês de agosto de 2014, na Macrorregião de saúde “Grande Oeste” de Santa Catarina 14.892 indivíduos com DM, dos quais 13.805 em acompanhamento. No município onde foi realizado esse estudo, no oeste catarinense, existiam 3.686, dos quais 3.111 estavam sendo acompanhados<sup>11</sup>. O passar do tempo e o descontrole da doença causa danos macro e microvasculares, que podem representar prejuízos à vida do indivíduo, chegando a levar à perda de função ou falência de órgãos e à morte<sup>7</sup>. Entretanto, DM é evitável e controlável mediante ações de saúde voltadas à promoção da saúde, prevenção de doença e de complicações, de acompanhamento de tratamento e de hábitos de vida saudáveis.

Diante do exposto, a questão norteadora de pesquisa foi: “*Como é o cuidado de Enfermagem ao indivíduo com DM?*” Este estudo justificou-se pelo registro de número significativo de indivíduos com DM no município e por acreditar-se que poderá contribuir para o aprimoramento da assistência de saúde como um todo e da Enfermagem aos indivíduos com DM, refletindo nas condições gerais de saúde. A partir da questão de pesquisa delimitou-se como objetivo geral conhecer como os enfermeiros realizam o cuidado ao indivíduo com DM em Centro de Saúde da Família (CSF) e em um centro de referência (CR). Para atingi-lo, foram definidos os seguintes objetivos específicos: conhecer a forma como os enfermeiros realizam o

cuidado aos indivíduos portadores de DM e analisar a articulação existente entre os cuidados de Enfermagem prestados ao indivíduo diabético nos CSF e no CR.

O enfermeiro tem papel relevante no cuidado aos indivíduos com DM como educador e cuidador, sendo fundamental na orientação de pacientes e de familiares. Dentre as funções do Enfermeiro estão consultas de Enfermagem, atividades em grupo e procedimentos, realizadas no estabelecimento de saúde, em espaços comunitários ou no domicílio<sup>12</sup>.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, *desenvolvido no Sistema de Saúde do município localizado no oeste catarinense, o qual estrutura sua rede de atenção com serviços públicos ambulatoriais e privados contratados, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde. A pesquisa foi desenvolvida em três CSF e em um CR da rede de serviços próprios da Secretaria. A escolha dos CSF se justificou por configurarem espaços de atenção e cuidado a indivíduos portadores de DM e por constituírem cenários de práticas acadêmicas e de desenvolvimento de projeto de extensão do curso de graduação em enfermagem da UFFS. O CR foi escolhido por ser um serviço de referência na atenção aos portadores de DM, nos ambulatórios de endocrinologia e diabetologia existentes no local.*

Participaram dessa pesquisa seis enfermeiros atuantes nos CSF selecionados e no CR e que prestavam assistência a indivíduos com DM há mais de um ano. *Para a coleta de dados, os enfermeiros foram entrevistados seguindo um roteiro de questões previamente definido. As entrevistas foram agendadas por telefone e ocorreram no local de trabalho do enfermeiro. No encontro, a proposta de estudo foi apresentada e, depois de esclarecidas as dúvidas, foi feito o convite à participação. Todos os enfermeiros aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor. As entrevistas foram gravadas mediante autorização do participante, armazenadas em computador e transcritas.*

Os dados foram analisados com a técnica de Análise Temática<sup>13:316</sup>, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Minayo propõe três etapas:

- *Pré-análise*: nessa fase, o pesquisador escolhe os documentos a serem analisados, retoma as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os a partir dos dados coletados<sup>13</sup>. Envolve Leitura flutuante do material pelo pesquisador; Constituição do corpus,



ou seja, organização do material para que possa responder “à exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência”; Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos<sup>13</sup>.

- Exploração do Material: é operação de codificação<sup>13</sup>, classificatória a partir da categorização dos dados obtidos, para alcançar o núcleo de compreensão do texto. A categorização se dá através da identificação de, inicialmente, unidades de registros e, após, classificação e agregação dos dados em categorias que comandarão a especificação dos temas<sup>13</sup>.

- Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: nessa etapa ocorre a interpretação dos dados já categorizados, de acordo com o referencial e embasamento teóricos.

Após leitura exaustiva do material coletado foram identificados três temas ligados aos objetivos do estudo. Em cada tema foram identificados subtemas, categorias ou unidades de significado e subcategorias. Depois, os resultados foram discutidos com base na literatura. Os Enfermeiros foram identificados pela letra “E” maiúscula seguida por numeração progressiva. O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (parecer nº 1101819).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Cuidados de Enfermagem**

Trata-se de subtema voltado para os cuidados de enfermagem que engloba as categorias ‘Cuidados com os pés, com as feridas e com outros aspectos do tratamento’, ‘Visita Domiciliar’ e ‘Atividades Educativas’. Estas são dissociadas em subcategorias apresentadas a seguir, as quais são apresentadas a seguir.

#### **Cuidados com os pés, com as feridas e com outros aspectos do tratamento**

O DM pode causar complicações, dentre as quais as que acometem órgãos alvo (olhos, rins, sistema vascular) e as que afetam os pés, que são as mais comuns<sup>7</sup>. O pé diabético é uma das mais sérias e mais dispendiosas complicações do DM, que aumenta à medida que cresce a epidemia da doença<sup>14</sup>. Pé Diabético envolve infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores<sup>15</sup>. Acompanhar o diabético, a evolução da doença e avaliar a sua condição de saúde são indispensáveis na assistência. Desse subtema emergiram três unidades de significado (US), reveladoras da conduta dos participantes em relação ao cuidado com os



pés com vistas à prevenção ou ao tratamento de lesões, bem como frente a outras demandas do tratamento.

Na primeira US, Orientações como prevenção, os enfermeiros afirmaram que procuram sempre orientar, a fim de prevenir as lesões de difícil cicatrização:

[...] orientar para prevenir que essas lesões se instalem [...] o cuidado com as unhas, com os pés, nunca utilizar um calçado muito apertado, novo, que eles avaliem sempre, e visualizem os pés [...] (E1)  
Orientava também a questão do calçado. Calçado tem que ser confortável, unhas bem aparadas, calçado fechado, meia de algodão (E2)

A orientação dos enfermeiros voltou-se para o uso de calçado adequado, mas há também orientações para cuidados com as unhas, com as meias, bem como sobre os locais de aplicação da insulina. As orientações de enfermagem a pacientes diabéticos são importantes para que reconheçam a necessidade de autocuidado e de inspecionarem seus pés com frequência<sup>16</sup>. Entretanto, para que seja possível orientar, é preciso avaliar alguns aspectos como: conhecimento sobre a doença e sobre cuidados com pés e unhas; comportamento em relação aos pés, cuidado que executa; apoio familiar no cuidado aos pés e condições dos calçados e palmilhas. Essa avaliação é o ponto de partida para as orientações subsequentes<sup>17</sup>.

As orientações valorizadas pelos enfermeiros desse estudo vêm ao encontro de outras pesquisas, segundo as quais muitas das lesões ulcerativas dos pés decorrem do uso de calçados de tamanhos, formatos ou materiais inadequados<sup>15</sup> e de outros fatores extrínsecos, como o andar descalço, calosidades e fissuras<sup>18</sup>. Os relatos evidenciaram que os **enfermeiros temem a possibilidade de desenvolvimento de feridas de difícil cicatrização** e as orientações objetivam a preveni-las, como revelam as falas:

Para evitar que uma lesão se instale, que depois seja difícil a cicatrização (E1)  
[...] para que ele não tenha lesões que possam vir a não fechar mais né (E2)

Apesar do risco de lesões, a avaliação clínica dos pés não é feita rotineiramente, pois os enfermeiros afirmaram que fazem a **avaliação clínica dos pés apenas na presença de queixas do indivíduo**, conforme se observa nas falas:

[...] não conseguia a cada consulta, devido a esse tumulto [...] fazer avaliação de pé diabético, o pé diabético é uma coisa que a gente tinha dificuldade em avaliar (E2)  
tem paciente que tem queixa de ferida no pé, faz exame físico e faz orientação sobre lesão no pé. Não tem queixa, passa batido e ele muitas vezes não sabe os cuidados (E3)  
Se eles têm problemas nos pés, alguma parte que eles estão com dificuldade, as unhas, se tem alguma queixa a gente olha. Senão, não. Por que o nosso atendimento aqui é ambulatorial, então não é para pacientes mais graves (E4)

Conforme a fala de E2, as demandas do dia a dia reforçam a falta de profissionais e a alta procura como impedimentos à avaliação clínica dos pés, o que deixa evidente que o número insuficiente de profissionais sobrecarrega os que estão atuando e compromete a qualidade da atenção. A afirmação de E4 sobre o atendimento não direcionado a “pacientes mais graves”, parece desconsiderar o caráter lento e progressivo da doença que culmina em lesões graves, bem como o papel da Atenção Primária de Saúde (APS) na prevenção dessas complicações. Nessa forma de interpretar, o acompanhamento e a intervenção precoce deixam de fazer parte da atenção, o que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo diabético a sofrimentos e incapacidades. Da mesma forma, a afirmação de E3 evidencia o foco curativo da atenção em detrimento da promoção da saúde e do autocuidado, elementos centrais na APS.

Entende-se, portanto, que os profissionais avaliam o indivíduo com DM quando há algum sintoma indicativo de uma complicação. Esse direcionamento da assistência segue em sentido contrário a todas as recomendações de cuidado com diabéticos e, por extensão, com portadores de outras DCNT. Devido às limitações causadas pelo DM, são necessárias estratégias que indiquem ao indivíduo a necessidade de autocuidado, incluindo a inspeção constante dos pés para detecção precoce de lesões e minimizando o risco de amputação<sup>18</sup>. Além disso, indica-se que os enfermeiros façam inspeções minuciosas e frequentes dos pés dos diabéticos, os quais têm maiores probabilidades de sofrer amputação se relacionados a outros indivíduos sem a doença, o que pode ser evitado, na maioria das vezes, com diagnóstico e tratamento adequados<sup>18</sup>.

A segunda US, conduta quando há lesão instalada, revelou o que os enfermeiros fazem frente a uma queixa e ou constatação de lesão. Quando há feridas de difícil cicatrização, características do pé diabético, as falas dos enfermeiros revelaram que o aspecto central da atenção é o encaminhamento a serviço especializado ou a outro profissional:

Feridas mais extensas, com área de necrose, que pode ser uma ferida diabética, a gente encaminha para o ambulatório de lesões de pele (E1)  
Pacientes com feridas de difícil controle a gente encaminha para as feridas crônicas, ou para o vascular (E2)

Além dos encaminhamentos, a conduta é diferente para os pacientes que já apresentaram complicações em outro momento. Nesse caso, a recomendação é que os curativos sejam feitos na unidade:

Depende, se é algum paciente que já teve alguma complicação em relação a feridas, há alguma dificuldade de cicatrização, alguma coisa assim, a gente faz os combinados

entre a equipe. ‘Ah, um paciente diabético tem que vir fazer o curativo aqui na unidade’ (E3)

O tratamento do pé diabético requer atenção especial e nenhuma lesão, mesmo que não ulcerativa deve ser banalizada<sup>4</sup>. Quando há lesões ulcerativas, o tratamento deve ser imediato, tratando a infecção quando presente, diminuindo a pressão sobre o pé lesionado, limpando a ferida e avaliando a necessidade de encaminhar a serviço especializado<sup>17</sup>. Percebe-se que as condutas apresentadas pelos enfermeiros não são contrárias ao preconizado pelo MS. Conforme comentado, os enfermeiros costumam fazer curativos nos CSF e encaminhar ao serviço especializado quando necessário.

A terceira US remete a Orientações ao indivíduo diabético sobre outros aspectos do tratamento e controle, demonstrando as outras frentes de cuidado que recebem atenção do enfermeiro. Primeiramente chamamos a atenção para o papel do enfermeiro revelado nas falas abaixo:

[...] cuidado a gente não consegue aplicar, a gente consegue orientar o autocuidado, verificar se eles estão fazendo o que a gente orienta. (E2)  
Bom, a nossa parte principal é orientar e cobrar. (E4)

A fala de E2 revelou dois aspectos do cuidado. O primeiro é que o cuidado está mais vinculado ao fazer, ao desenvolvimento de técnicas (curativos, por exemplo) e o segundo parece sugerir que orientação para o autocuidado e acompanhamento não são considerados cuidados. Da mesma forma, a fala deixou evidente o que o enfermeiro consegue fazer, sugerindo que ele considera a existência de outros aspectos da assistência que não consegue desenvolver, o que novamente aponta na direção da falta de profissionais. A indicação da cobrança dos cuidados orientados remete novamente a certa impessoalidade na atenção, em que a orientação é dada ao outro que deve segui-la, pois, caso não o faça, estará sujeito a complicações. A expressão ‘cobrar’ parece desvincular orientação, acompanhamento e avaliação no cuidado do diabético, e sugere que o profissional culpabiliza o paciente pelas complicações.

No que se refere à alimentação, o enfermeiro orienta com o apoio da nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), como observado nas falas descritas a seguir:

[...] encaminhamos para nutricionista para orientação nutricional, hoje tem disponível também do NASF [...] A Alimentação nós mesmos orientamos e a nutricionista nos dá apoio quando necessário. (E1)  
A gente dá também orientação nutricional, mesmo sendo uma parte mais específica da nutricionista, o básico do básico a gente orienta e encaminha pra orientação. (E3)

O NASF surge como grande aliado na assistência ao indivíduo com DM e, sabendo disso, o enfermeiro orienta atividade física, contando com o apoio do educador físico:

sempre orientamos atividade física para aqueles que podem exercer, né [...], hoje tem disponível também do NASF, o educador físico, que faz grupos de caminhada, de alongamento, então para estimular a atividade física (E1)

A gente tem o grupo de caminhada, muitos hipertensos e diabéticos são orientados a participar [...] às vezes pacientes com colesterol alterado, diabético, a gente orienta [a participar]. (E2)

O NASF é composto por profissionais de diversas áreas de conhecimento que trabalham na lógica de contribuir com as equipes nas quais são cadastrados e tem como objetivo desconstruir o modelo biologicista da medicina curativa e voltar as ações para a prevenção de doenças e promoção da saúde<sup>19</sup>. Conforme visto, o enfermeiro conta com profissionais do NASF, principalmente nas questões voltadas à alimentação e à atividade física. A atenção nutricional individual deve ser subsidiada pelo profissional da nutrição de maneira indireta, pelo compartilhamento de saberes com os profissionais da equipe de saúde da família, além do planejamento e desenvolvimento de protocolos de atendimento e encaminhamento<sup>20</sup>. A atividade do educador físico deve ser matricial, ou seja, deve apoiar a equipe nas atividades que for desenvolver e não assumí-las<sup>21</sup>. No entanto, os participantes da pesquisa revelaram que os grupos de caminhada são coordenados pelos profissionais do NASF e não houve relatos de que o enfermeiro ou algum profissional da ESF acompanhe esse momento. É importante destacar que as orientações de atividade física e alimentação saudável são importantes para os indivíduos diabéticos, visto que interferem no seu metabolismo e nos seus níveis glicêmicos.

Um último aspecto se refere ao **controle de complicações em órgão alvo**, tal como demonstrado na fala abaixo:

[...] se ele for hipertenso e diabético, eu sempre investigo quanto tempo faz que consultou com o cardio, vejo se precisa de consulta com o oftalmo e anoto que necessita avaliação para pro médico que atender já dar o encaminhamento né. (E6)

As complicações podem ser macrovasculares, tais como doenças isquêmicas cardiovasculares, ou microvasculares, que podem levar à neuropatia, retinopatia, nefropatia e pé diabético. O MS descreve que o rastreamento dessas complicações precisa ser realizado com o intuito de prevenir agravamento da situação<sup>17</sup>. Os entrevistados percebem a importância de acompanhar o indivíduo diabético e de avaliar sua situação de saúde com o intuito de prevenir as complicações. A postura desse enfermeiro revela preocupação com a prevenção dos agravos e não apenas com o tratamento destes, viabilizando melhor qualidade de vida para os pacientes, e menor implicação de gastos para a instituição de saúde.

## Visita Domiciliar

A Visita Domiciliar (VD) tornou-se uma forma de cuidado bastante utilizada pela enfermagem da APS aos indivíduos. A VD na ESF é utilizada como método para adentrar e conhecer a realidade vivenciada pelo indivíduo, assim como o contexto social e as necessidades da comunidade em que vive. No momento da VD é possível estabelecer vínculo com o indivíduo, facilitando a abertura deste e o reconhecimento de suas necessidades<sup>22</sup>.

Nesse subtema, a primeira *unidade de significado* é: o diabético não é prioridade para a VD, o que remete à definição dos pacientes a serem visitados pelos enfermeiros, os quais relataram priorizar pacientes acamados ou restritos ao domicílio, que não podem chegar à unidade:

Mas a gente não tem rotina de fazer visita pra todos os diabéticos. As visitas domiciliares são priorizadas para aqueles pacientes que são acamados ou com dificuldade de locomoção até a UBS. (E1)

Então, o que a gente tem priorizado no momento é paciente restrito ao domicílio [...] (E3)

Não é requisito pra VD ser diabético. Para nossos pacientes diabéticos, a gente faz visita quando eles estão limitados ao domicílio. (E4)

Conforme visto, os enfermeiros fazem visita de rotina aos diabéticos somente se estiverem acamados ou limitados ao domicílio. Novamente é percebida a visão curativa embasando as ações desenvolvidas na APS, posto que as VD visam aqueles indivíduos que já estão com complicações severas, indicando que o foco não é a promoção da saúde e a prevenção de agravos. A prevenção de doenças e agravos é um dos principais benefícios da VD, visto que possibilita ao profissional uma visão geral da situação em que vivem o paciente e seus familiares, oportunizando o estreitamento das relações entre o profissional e os que vivem naquele espaço, possibilitando que o profissional se torne referência para aquele indivíduo e familiares no momento de dúvidas e necessidades<sup>22</sup>.

Há também outro aspecto a destacar: o acompanhamento dos diabéticos pelo CR desencadeia atitudes diferentes em relação à VD a esses pacientes pelo enfermeiro. Uma delas é visitar os pacientes atendidos no domicílio somente quando o serviço solicita, pois a equipe do CSF não sabe quais indivíduos têm necessidade de VD:

Se o CR pedir a gente vai, se não pedir a gente nem sabe que tem que fazer visita. Ai, a gente não vai né. (E4)

Essa fala sugere que, ao procurar o serviço de referência ou ser encaminhado para lá, o diabético perde o vínculo com o CSF. Além disso, indica falhas na comunicação entre serviços da rede de atenção. Outra atitude desencadeada pelo atendimento do diabético pelo CR aponta

para uma direção diferente e deixa claro que, mesmo em acompanhamento no serviço de referência, o diabético continua sendo visitado pelos Agente Comunitário de Saúde (ACS) do CSF, mantendo um vínculo com o enfermeiro de lá:

A gente faz, se tem necessidade, se a gente da unidade verifica a necessidade ou se o CR liga e comenta alguma coisa também (E3)

A necessidade de VD pelo enfermeiro pode ser trazida pelo ACS, por familiares do diabético ou solicitada pelo CR, por contrarreferência. Conforme E3, não há diferenciação no atendimento aos pacientes que fazem acompanhamento no CSF, em relação aos que o fazem no CR:

Mas se a agente de saúde comenta alguma coisa específica, alguma situação diferente, independentemente de o paciente ser do CR ou ser “nosso” entre aspas, porque são todos nossos, a gente faz. A gente não exclui porque é do CRESM, até porque o CR não tem serviço em domicílio né, então o papel é nosso (E3).

O enfermeiro reconhece que todos os pacientes são usuários do CSF e responsabilidade dos que lá atuam mesmo que façam acompanhamento no CR. É papel do CSF fazer o acompanhamento domiciliar. Entretanto, essa atitude em relação ao acompanhamento do diabético atendido pelo CR, no CSF continua sendo orientada pela existência de complicações e limitações. O CR é um serviço de atenção secundária, que atende pacientes que necessitem de acompanhamento com médicos especialistas. Trabalha na lógica ambulatorial e realmente não possui nenhum serviço de busca ativa e de acompanhamento domiciliar, o que continua sendo papel do CSF. A ESF reafirma a universalidade, a equidade, a integralidade, a regionalização, a participação social e a descentralização, princípios que fundamentam o SUS, além de se alicerçar sobre a família, o território, a responsabilização e o trabalho em equipe<sup>23</sup>.

O CSF também tem responsabilidade sobre esse indivíduo e sua família. Para tanto, precisa conhecê-lo e ser referência para ele. Percebe-se, na fala de E4, que o paciente é transferido ao CR e julga que seja responsabilidade única desse centro avisá-la sobre a situação do paciente. Tais afirmativas são equivocadas pelo fato de o enfermeiro e a equipe do CSF terem como responsabilidade o conhecimento do território e das famílias que ali vivem. Por outro lado, evidenciam a inexistência ou ineficiência da referência e contra referência entre CSF e CR. A segunda *unidade de significado* na categoria ‘VD’ é: motivos que levam o enfermeiro a não fazer a VD:

Teve um tempo que eu fazia só assistência e ia bastante fazer VD, com ACS, para conhecer também os pacientes. Isso ajudou também a criar o vínculo [...] Mas depois que a gente já tinha esse conhecimento do ambiente dele ficava mais a cargo do ACS trazer se tinha algo de diferente (E2)



São casos pontuais, porque a gente não dá conta da demanda, carro a gente só tem uma vez por semana e tem dois enfermeiros e dois médicos para atender toda a demanda. Então o que a gente tem priorizado no momento é paciente restrito ao domicílio. (E3)

Mas é assim, como a gente tem muito paciente cadastrado e não tem aquela disponibilidade de tempo de fazer visita, faz só na sexta de manhã. Aí seleciona os que mais precisam, os acamados mesmo (E4)

Um primeiro motivo apontado na fala de E2, descrita acima, é o conhecimento que o enfermeiro obteve do território, do ambiente e da realidade dos usuários com os quais já estabeleceu vínculo, o que lhe permite deixar a VD no encargo do ACS. Cabe ao ACS comunicar ao enfermeiro situações diferentes que necessitem de VD. A fala revela preocupação do enfermeiro em conhecer o território no qual atua, bem como os usuários que lá vivem e suas realidades de vida e saúde, o que é muito importante. Entretanto, mesmo assim a VD continua sendo relevante para manutenção do vínculo e aproximação com a comunidade.

Destaca-se ainda que a realização da VD é importante no processo de prevenção de agravos e detecção precoce de complicações do diabetes, visto que é um momento de interação entre equipe e indivíduo, o que leva a um conhecimento mais específico da realidade, à detecção das necessidades do paciente e familiares, com planejamento de cuidados mais coerentes e propiciando um trabalho mais efetivo da equipe. Já E3 e E4 vincularam a não realização da VD aos diabéticos à falta de tempo devido à grande demanda de atendimentos e à falta de veículo para deslocamento da equipe para a VD, o qual é disponibilizado apenas um turno por semana. Resultados de estudo sobre VD com enfermeiros e ACS na cidade de Rio de Janeiro vêm ao encontro dos achados desta pesquisa, ao demonstrar a insatisfação dos profissionais com a sobrecarga de trabalho, o que resulta em falta de tempo para realização de atividades necessárias dentro da unidade e às externas, como é o caso da VD<sup>24</sup>.

A terceira *Unidade de Significado* do subtema ‘VD’ discute o ACS como elo Enfermeiro-paciente. Os enfermeiros relataram que os ACS sempre lhe trazem informações e que a partir disso, é construída uma conduta para o caso:

O agente traz a situação, a gente olha no prontuário, são muitas as situações de dificuldades com medicação, por vezes a gente monta caixinhas para separar a medicação, vamos até a residência para orientar, bem como passamos orientações pro ACS, para que ele possa retransmitir. (E1)

A gente tem a reunião da equipe toda semana pra gente colocar os casos, as situações de cada paciente, daí elas trazem, ou eu passo pra elas qual o problema que a gente está enfrentando, até porque a gente registra em ata. (E3)

Os enfermeiros baseiam muitas de suas ações no que é trazido pelos ACS. Relataram que embasam suas condutas nas informações que o ACS traz sobre as necessidades do paciente.



Relataram também que solicitam informações aos ACS, o que reforça a ideia de que esse é o elo entre o enfermeiro e o indivíduo/família, visto que está mais próximo deles por realizar visitas frequentemente e por estar inserido na mesma comunidade. Por meio da VD, desenvolvida pelo ACS, é possível promover a saúde e prevenir doenças e agravos, pois, através dessa atividade, é possível orientar e dar suporte para que indivíduo e família saibam lidar com as mais diversas situações do processo saúde-doença<sup>24</sup>. Nesse sentido, os enfermeiros relataram que instruem os ACS para que orientem os indivíduos. É relevante que o enfermeiro confie e valorize o trabalho do ACS, visto que o conhecimento empírico que ele detém sobre sua comunidade pode ser enriquecido pelo conhecimento científico do enfermeiro, resultando em ações coerentes e resolutivas<sup>24</sup>.

A quarta unidade de significado deste subtema é relacionada à Capacitação do ACS. Os enfermeiros relataram que, na maioria das vezes, as capacitações dos ACS são realizadas pelos acadêmicos de enfermagem que permanecem no CSF para realização de estágios:

O que eu estou vendo ao longo desses dois anos, é que eles são uma categoria bastante privilegiada, por que todo acadêmico, da UFFS, da UDESC, que está fazendo atividade educativa é direcionada ao ACS. Mas eu, enquanto enfermeira, não tenho feito atividades educativas com os ACS, apesar de ser uma vontade minha (E1).

Com os agentes comunitários teve uma época que a gente estava fazendo até semanal, uma conversa com eles, aproveitava muito os acadêmicos para fazer esse tipo de atividades que a gente não tinha tempo (E2).

Sim, são feitas capacitações, principalmente pelas acadêmicas dos cursos de enfermagem que ficam aqui, acabam fazendo sobre diversos temas (E3).

Os enfermeiros perceberam a importância de capacitar os ACS e relataram que, devido à falta de tempo, gostam de ter acadêmicos de enfermagem que os ajudem nessa atividade. Tal situação revela a importância da inserção da academia nos serviços de saúde, momento que gera aprendizado ao futuro enfermeiro e contribui com a dinâmica do serviço, facilitando o trabalho diário do enfermeiro. É importante que o enfermeiro capacite/oriente os ACS com relação às condutas e orientações direcionadas aos pacientes nas VD<sup>24</sup>. Já E4 relatou que as capacitações são realizadas pela Secretaria de Saúde do município:

Sim, não sei nem dizer de quanto em quanto tempo, mas tem, isso é a secretaria de saúde que passa para a coordenação da unidade. (capacitações promovidas pela SMS, não pelo Enfermeiro)

Também pode ser interessante que as capacitações sejam oferecidas pelo serviço de saúde como forma de educação permanente, isso mostra a preocupação da SESAU do município em desenvolver uma atenção de qualidade para seus usuários.

## Atividades Educativas

A educação em saúde é atividade de promoção da saúde que visa a contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos, viabilizando qualidade de vida e prevenção de agravos relacionados à situação de doença. As atividades educativas são parte integrante do tratamento do DM e precisam ser reforçadas no cuidado aos diabéticos. A primeira *Unidade de Significado* deste subtema discute Grupos como atividade educativa: maneiras de condução e conteúdo discutido. Uma forma de entender o grupo é pela sua finalidade, operativa ou terapêutica. Os grupos terapêuticos se dividem em grupos de autoajuda e psicoterapêuticos. Os grupos operativos são aqueles baseados nas tarefas, mais amplos e, devido às muitas possibilidades de desenvolvimento, englobam o campo de ensino-aprendizagem, institucionais e comunitários.<sup>25</sup> Os enfermeiros relataram que, de atividade educativa, o que é de fato desenvolvido são os grupos:

[...] atividades educativas são mais nesses grupos, fazemos sempre atividades, até recreativas, buscamos sempre o apoio de outros profissionais, não só dos enfermeiros, mas também do médico, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, educadora física. Então a gente faz mais ou menos a cada 4 meses. (E1)

A gente faz esses grupos com hipertensos e diabéticos, que eram juntos. Alguns eram as duas coisas né. É feito a cada 6 meses, então a gente estava conseguindo aos poucos. Estabeleceu-se o grupo há uns 2 anos (E2).

Então, o grupo a gente tem toda quinta, das 8 às 9, com 3 a 4 meses de duração (E3).

O grupo de caminhada é toda segunda-feira às 8 da manhã, das 8 às 9 [...] O grupo de hipertenso e diabético, são dois, um acontece dentro do posto de saúde e outro acontece no salão comunitário do bairro (E4).

Percebe-se também a diferença nos intervalos de tempo entre a realização de um encontro de grupo e outro. E1 relatou realizar grupos de 4 em 4 meses, E2 afirmou que é feito a cada 6 meses, enquanto E3 destacou que realiza esses grupos de forma fechada com intervalo de início e fim de cerca de 4 meses. Isso evidencia que o enfermeiro é o responsável por determinar como essa atividade ocorrerá com base nas suas possibilidades, visto que é ele quem a coordena e desenvolve. Os enfermeiros também indicaram formas diferentes de definir temas e de trabalhar com os grupos:

Nessas atividades educativas se fala sobre algum tema. Buscamos às vezes saber no que eles têm interesse, para nós termos adesão a esses grupos. Não chegar lá e fazer palestra. Fazer mais com recreação, orientação, sobre diversos temas, inclusive sobre os temas que eles têm interesse em saber (E1).

Atividades lúdicas, diferentes, pra não chegar ali e falar o que pode e o que não pode (E2).

Eu e a nutricionista definimos o que cada uma vai falar nesses encontros. Então, a gente combina com eles no primeiro encontro que o grupo é semanal, para evitarem faltar, para justificarem as faltas e orienta como funciona (E3).

São temas que na verdade a gente escolhe. Na verdade, nós já pedimos muitas vezes para eles sugerirem assuntos e eles não sugerem nada. (E4).

Há os que procuram identificar temas de interesse dos diabéticos, há os que definem temas a partir de sua avaliação de importância e há também relato de grupos realizados na modalidade de curso, com duração de 3 a 4 meses, de tal forma que são novos componentes em cada grupo e os que já participaram não participam mais:

Só que a gente tem um limite de espaço, daí não tem como deixar que os antigos venham, por que vai dispersar demais e a gente não vai passar a informação correta. Então, a princípio esse novo grupo é para ser com novas pessoas para dar oportunidade [a outros] também (E3).

No que se refere à forma de trabalhar com o grupo, enquanto alguns optam por atividades mais participativas e lúdicas, outros seguem o formato tradicional de aula com exposição de conteúdo e controle de ausências. Nenhuma das maneiras de condução deve ser desvalorizada, pois são diferentes, mas é importante considerar que cada uma tem um potencial diferenciado. Quando são impostos temas e métodos fechados, a educação é verticalizada e tem contribuição restrita para o crescimento pessoal e crítico do usuário, visto que este participa apenas ouvindo as informações e, por vezes, não interage por considerar que não tem conhecimento, por sentir-se constrangido ou mesmo por não ter interesse no que está sendo falado. No entanto, quando o grupo é construído coletivamente há maior probabilidade de os indivíduos interagirem, pois se sentirão parte integrante daquele processo, ocupando posições diferentes da de ouvintes.

É possível observar nos serviços de saúde que a maioria das atividades educativas segue o modelo biologicista, onde as pessoas são reunidas para falar da doença e para que os profissionais prescrevam comportamentos adequados<sup>26</sup>. Nesse caso, as atividades têm um baixo potencial educativo e de empoderamento, visto que as pessoas são pouco ouvidas e, ao mesmo tempo, ‘carregadas’ de informações. Vale ressaltar que o profissional precisa estar preparado para conduzir um grupo<sup>26</sup>. Quando há verticalização desse processo, em forma de palestra, o profissional descontextualiza a lógica do trabalho em grupo com julgamento de valor e rotulação do público. Quando isso acontece, a prática dos grupos corre o risco de ser depreciada. Os enfermeiros também relataram os temas abordados nos grupos:

A gente falava sobre medicação, atividade física, saúde bucal, alimentação (E2).  
Os temas relacionados, os exames, por que que eles têm direito a fazer os exames 1 vez por ano, porque ele tem que fazer [os exames], quais são as complicações que ele pode ter, o que é a insulina, o que é toda essa parte do organismo, como funciona, com uma linguagem bem fácil (E3).  
A gente leva assuntos que interessam para a doença deles e também da comunidade em geral. Já foi nutricionista lá, psicólogo, médico, enfermeiros, dentistas. Tem a questão odontológica também do paciente diabético que eles têm que passar uma vez por ano pela avaliação odontológica (E4).

É possível perceber que o conteúdo dos grupos é focado somente na doença, o que está exemplificado no relato de E4. Diante do que já foi discutido nesse estudo, e a fim de enfatizar que o embasamento biologicista dos grupos precisa ser modificado, é possível afirmar que as ações desenvolvidas ainda são baseadas nesse modelo, o que demonstra a necessidade de capacitação dos profissionais que desenvolvem os grupos. É importante destacar também a tentativa de desvincular as atividades com os grupos da temática ‘doença’, ampliando os temas para promover a integração grupal, a ludicidade, a confraternização e a saúde integral:

A gente fazia também sorteio de brindes, como foi feito no último final de ano, uma coisa assim mais relacionada a confraternizar. Não foi levado comida, mas foram feitas atividades lúdicas com brindes. Pra elevar a autoestima deles também. Não só falar de doença, doença, doença, fica maçante né (E2).

O relato demonstra que o grupo baseado no modelo biologicista se torna cansativo. Porém, também é possível perceber que há dificuldade no desenvolvimento de estratégias para mudança. É importante também considerar que nem sempre o profissional, no caso o enfermeiro, tem desejo ou habilidades para coordenar um grupo. Isso pode afetar os resultados potenciais do grupo, os quais podem ser reduzidos em razão da “falta de habilidade, satisfação e capacidade” do profissional que o coordena<sup>25:965</sup>.

O relato acima indica preocupação do enfermeiro com a integração dos membros do grupo entre si e com ele próprio. Entretanto, é preciso considerar que, em um grupo, os temas propostos pelos profissionais também precisam ser discutidos, pois são importantes para a ampliação do conhecimento dos diabéticos sobre sua condição e são inclusive citados no Caderno de atenção básica número 36, “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus” como temas a serem orientados aos pacientes diabéticos.

A segunda unidade de significado relacionada a ‘Atividades Educativas’ discute a Percepção dos enfermeiros sobre as atividades educativas realizadas. Nesse sentido, os enfermeiros participantes deste estudo avaliaram como positivo o desenvolvimento de grupos educativos:

Sempre é válido, mas eu acho que o retorno que a gente tem, não é aquilo que a gente sonha, não. Mas é válido para conseguir se aproximar desse paciente. Não ficar apenas aquele atendimento na UBS com uma mesa entre a gente [...] E é a base né. Tem de trabalhar muito nessa base pra não ter complicações depois. (E1).

O resultado foi positivo em relação às orientações que eles receberam dos cuidados, do que fazer, de como fazer e dos valores mesmo... índice de PA, de glicemia todos reduziram, ficaram na normalidade, com alguma exceção. Nesse grupo que a gente tinha eram só pacientes descompensados (E3).

Então eu acho que tem algum impacto [...]. A gente conseguiu que muitos comessem a fazer atividade física, que eles vejam que todos naquele grupo têm o mesmo problema. A gente consegue motivá-los para se medicar melhor quando se

está no grupo. Eles conversam entre eles, trocam informações “ó, eu faço tudo certo e o meu HGT está sempre baixo”. E eles se conhecem também, gente que morava a vida inteira no mesmo bairro, mas não se conhecia. Esses grupos têm disso né (E4).

Os grupos propiciam que os seus membros interajam, busquem juntos alternativas de resolução dos problemas, além de propiciar uma maior aproximação da comunidade com o profissional. No momento do grupo, os profissionais podem estimular o diálogo compartilhador de saberes e experiências, possibilitando que uns aprendam com as vivências dos outros. Nesse sentido, a experiência e vivência do profissional, no caso o enfermeiro, atuaria não na prescrição de cuidados, mas na ampliação do conhecimento e no esclarecimento de dúvidas. Estar em grupo representa colocar-se em posição de igualdade com disposição de ouvir e falar. Nesse ambiente é possível trocar experiências, compartilhar saberes e vivências, aprender, com os outros, diferentes formas de manejar a doença e as mudanças que ela traz na vida cotidiana.

Os enfermeiros relataram que, no momento dos grupos, há essa troca de informações entre os indivíduos, as quais incluem aspectos da doença, mas que também vão além. Alguns passaram a conhecer e ou a estreitar laços com vizinhos, o que viabiliza melhora na situação de saúde do indivíduo, assim como potencializa a promoção da saúde, visto que valoriza seu convívio e bem-estar social. Destaca-se também que os enfermeiros colocaram os resultados dos grupos como não sendo os melhores. Por outro lado, comemoraram o fato de os grupos propiciarem melhora nos índices glicêmicos e de pressão arterial o que, segundo eles, é muito válido.

### **Contribuições da assistência de enfermagem.**

A unidade de significado encontrada dentro neste subtema é: percepção do enfermeiro sobre as contribuições da assistência de enfermagem na qualidade de vida dos diabéticos. Essa percepção destaca diferentes aspectos e um deles é o caráter lento da mudança de hábitos e da adoção do autocuidado:

A gente sempre quer contribuir muito, mas eu acredito que é uma luta diária porque os resultados nem sempre são o que você gostaria. Na verdade, na maioria das vezes não são o que você queria. É um trabalho de formiguinha, todo dia batendo na mesma tecla, insistindo, mas eu acho que é um trabalho fundamental, porque se não todos evoluiriam para complicações mais sérias. Então, mesmo que você consiga acompanhar só um paciente e consiga fazer um trabalho bom com aquele já vale a pena, mas é uma luta diária. (E1).

Além do caráter lento das mudanças, observa-se que os resultados obtidos nem sempre são os que os enfermeiros gostariam de alcançar. Entretanto, mesmo assim entendem como válido o seu esforço diário e, mesmo não conseguindo acompanhar todos os pacientes,

consideram que se os acompanhados não desenvolverem complicações, já “vale a pena”. As mudanças de comportamento necessitam de tempo e de atividades que instiguem a mudar. Mudar hábitos, comportamentos, estilos de vida demanda mais do que ampliação do conhecimento dos diabéticos sobre sua condição de saúde. É preciso que esses conhecimentos sejam levados para a vida cotidiana. Esse espaço de tempo entre conhecer e mudar hábitos longamente cultivados pode ser longo e atuar como elemento desestimulador para o enfermeiro. A centralidade das orientações de enfermagem na assistência e da educação em saúde também emergiu das falas:

A assistência, o assistencialismo, nem sempre é a melhor forma. Então acho que a melhor forma é orientação de autocuidado, mas nem sempre a gente consegue fazer. A gente consegue orientar, ver se ele está fazendo e interferir de alguma forma se ele não consegue fazer sozinho. Por isso tem que ter esse monte de estratégias de convencer o paciente que isso precisa ser feito e, na minha concepção, deu certo, pois poucos pacientes tiveram AVC (E2).

É possível perceber que o enfermeiro diferenciou assistência de enfermagem de atividade educativa, o que sugere que a assistência de enfermagem esteja relacionada somente a atividades técnicas como curativos, procedimentos realizados no corpo do paciente, consultas de enfermagem e outros. As atividades educativas ou “orientações” são formas de assistência de enfermagem que podem disponibilizar subsídios que favoreçam o empoderamento do diabético para que possa se auto cuidar. Outro aspecto apontado é a contribuição que a assistência de Enfermagem faz para o bem-estar do diabético, o que está relacionado às diferentes formas pelas quais é desenvolvida:

Eu acho que contribui mais que a assistência médica, falando em qualidade de vida, por que nós vemos mais o paciente. O Médico vê o paciente uma vez por ano, quem pede os exames de acompanhamento somos nós enfermeiros, quem orienta sobre alimentação e atividade física somos nós, se tem alguma situação a gente pode encaminhar para nutricionista, para o grupo de caminhada. Eu não tenho como medir o resultado disso, é a longo prazo. Nosso trabalho tem início e meio, não tem final. Mas acho que só comparando com antigamente que não tinha esse serviço de enfermagem e agora, as pessoas querem falar com o enfermeiro, acreditam no nosso trabalho (E4).

Nessa forma de perceber, a assistência de enfermagem é essencial na atenção por oferecer ‘uma base importante’ ao indivíduo, a qual não é oferecida pela equipe médica. Embora valorizadora da assistência de Enfermagem, essa forma de ver parece revelar a fragmentação do cuidado, visto que o médico não está ciente da situação do paciente, não se envolve nesse cuidado. Além de prejuízos para o cuidado, que é sempre mais efetivo quando realizado em equipe, tal situação também pode causar sobrecarga ao enfermeiro. Porém, percebe-se amparo, mais uma vez, da equipe do NASF, educador físico e nutricionista, aos



quais o enfermeiro encaminha os indivíduos ao perceber necessidade. O trabalho em equipe é um dos aspectos básicos da ESF, pois visa à integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS. Essa forma de trabalho possibilita que as atividades se complementem e, por meio da visão da equipe multidisciplinar, possam desenvolver o cuidado integral à saúde da família. Enfatiza-se que, para que o trabalho em equipe seja efetivo, é necessário capacitação e educação continuada da equipe de profissionais<sup>27</sup>. Na percepção dos participantes, o papel demonstrado pelo enfermeiro na assistência é de orientador:

Eu acho que a gente ajuda bastante, porque eles [os diabéticos] são bem desorientados. Então, a gente orienta sobre cuidados, medicação. Então, no dia a dia você vai dando orientações para os pacientes e é bom para eles. Nossas orientações são válidas (E5)

Percebe-se, porém, que as orientações dadas são baseadas no que a ciência determina e em condutas pré-definidas, com informações repassadas à maioria dos indivíduos sem tomar por base suas reais necessidades e sua situação de saúde, mas seguindo uma padronização de orientações:

[a assistência de enfermagem contribui] bastante desde que a gente consiga fazer todas as orientações de enfermagem e que eles tenham adesão. A vida deles mudaria muito se seguissem as orientações de enfermagem, os cuidados. Porque às vezes o médico não orienta na consulta tudo que é necessário, então ele depende muito do enfermeiro para muitas orientações. Se os pacientes seguissem, participassem dos grupos, fizessem a parte de promoção da saúde que é o foco da atenção básica teria um resultado bem produtivo (E3)

Contribui muito, porque a enfermagem é que fica maior parte do tempo com o paciente. Ele vem para consulta médica e depois, se você não fizer uma boa orientação, muitas vezes ele sai com dúvidas, ele fica perdido. Acho que é muito importante reforçar as questões de medicação, posologia, horário. A gente acaba fazendo um pouquinho do nutricionista, do psicólogo, do assistente social (E6).

As falas sugeriram que as orientações são unidirecionais, do enfermeiro para o diabético, sem as trocas possibilitadas pelo diálogo e com pouca valorização dos saberes que ele obteve ao longo da vida e do convívio com o diabetes. Isso pode ser dito por que não é possível perceber o reconhecimento de necessidades para nortear as orientações. Nesse caso, a prescrição de comportamentos certos e errados se destaca, cabendo aos diabéticos seguir aquilo que o profissional diz. Tal forma de agir demonstra hierarquização entre profissional e indivíduo, na qual este é dependente daquele. Entretanto, considera-se que o indivíduo não seja dependente do enfermeiro, pois é trabalho desse profissional ajudá-lo a entender e reconhecer suas necessidades, sejam elas relacionadas à situação de doença ou à promoção da saúde. Também é possível perceber certa dependência do enfermeiro em relação à conduta médica. Os enfermeiros afirmaram realizar as orientações que não foram dadas pelo médico, o que sugere falta de identidade profissional e de segurança no momento de orientar. É importante que o



enfermeiro oriente sobre todas as necessidades daquele indivíduo e não somente as dúvidas que ele diz ter sobre o que foi falado na consulta médica.

## CONCLUSÃO

Por meio dos resultados deste estudo foi possível perceber que o cuidado de enfermagem está sendo realizado de forma fragmentada. As equipes dos CSF têm dificuldades de identificar os indivíduos diabéticos acompanhados pelo CR, o que provoca a descontinuidade da assistência. Enfermeiro e equipe precisam saber das necessidades de todos os usuários residentes no território. No caso dos diabéticos, é preciso saber quem faz acompanhamento no CR e solicitar ao ACS uma atenção especial nas visitas justamente pelo fato de serem indivíduos com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de agravos.

Percebe-se que há um entendimento equivocado da real atribuição do CR e os enfermeiros participantes desse estudo acreditam que transferem os pacientes diabéticos para esse serviço, sendo inclusive cadastrados no sistema de prontuário eletrônico como ‘pacientes do CR’. Tal procedimento soa incoerente, pois o CR não deveria ter pacientes permanentemente vinculados a ele, mas atender àqueles a ele referidos pelos CSF. Dessa forma, o cuidado seria compartilhado entre o serviço de referência e o CSF, com troca de informações constantes que viriam em benefício da saúde do usuário, pois as possibilidades de complicações (amputações, por exemplo) seriam reduzidas pela atenção mais próxima. Entretanto, isso não acontece.

Ficou evidente a escassa assistência domiciliar pelo enfermeiro e ou a realização desta somente depois de ocorrido algum agravo, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), o que demonstra a necessidade de revisão das prioridades de VD dos enfermeiros da ESF, visto que é mais efetivo fazer promoção da saúde e prevenção de agravos na assistência domiciliar, do que realizar VD ao paciente acamado em decorrência de uma complicação do DM. Ações dessa natureza estão diretamente ligadas à qualidade de vida da população e à maior efetividade da atenção em saúde desenvolvida pela equipe multidisciplinar.

A sobrecarga de trabalho foi citada no presente estudo como fator prejudicial à assistência dos enfermeiros, sendo frequentemente apontada como o principal motivo para a não realização de algumas atividades e atendimentos, tal como a avaliação dos pés do diabético. Nesse sentido, acredita-se que o dimensionamento da equipe mereça especial atenção dos gestores. Além disso, a falta de recursos como veículo para deslocamento da equipe nas VD também dificulta a atenção. Desta forma, percebe-se a necessidade de que o serviço de saúde

propicie aos seus colaboradores momentos de discussão e aperfeiçoamento para que, a partir deles, questões como as atribuições dos serviços e fluxos de atendimentos possam ser elucidadas e melhoradas para garantir o acesso e a continuidade da assistência aos cidadãos deste município.

Diante das experiências vivenciadas na rede de saúde pública de um município do oeste catarinense, é possível evidenciar que a organização da demanda para atendimento poderia tornar o cuidado mais efetivo, além de propiciar ao profissional enfermeiro a possibilidade de desenvolver suas atividades com maior qualidade, incentivando a autonomia e valorizando seu papel na equipe multiprofissional. Com a demanda organizada, o profissional poderia planejar e distribuir melhor seu tempo, para tomar a frente de atividades educativas e de promoção da saúde, o que propiciaria um cuidado com maior qualidade. Há ainda a possibilidade de novos estudos nessa área, que ainda tem muito a explorar para a viabilização de aperfeiçoamento da equipe e da qualidade da assistência, visto que o papel do enfermeiro precisa ser mais bem evidenciado e discutido, a fim de haver maior valorização e incentivo à categoria.

## REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2018. Available from: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/)
2. \_\_\_\_\_. Noncommunicable diseases (NCD) Country Profiles. Geneva: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Nota informativa: Aspectos metodológicos do coeficiente de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/Nota-informativan-final.pdf>
4. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 9<sup>th</sup> ed. Brussels: IDF; 2019. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>
5. Maestri E, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB, Bitencourt JVOV. Promoção da saúde e prevenção das complicações do diabetes melito. In: Bresciani H, Martini JG, Mai LD. Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020.
6. Oliveira JEP, Montenegro Junior RM, Vencio S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad; 2017.

7. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>
9. Flor, Luisa Sorio e Campos, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. Rev bras epidemiol [online]. 2017;20(1):16-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação em atenção básica (SIAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- 13 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. International Diabetes Federation. Clinical practice recommendation on the diabetic foot: a guide for health care professionals. Brussels: International Diabetes Federation; 2017. Available from: <https://www.idf.org/about-diabetes/54-our-activities/222-idf-clinical-practice-recommendations-on-the-diabetic-foot.html>
15. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). IWGDF practical guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease. 2019. Available from: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/01-IWGDF-practical-guidelines-2019.pdf>
16. Pereira L, Paiva F, da-Silva S, Sanches R, Lima R, Fava S. Nurse's actions in diabetic foot prevention: the perspective of the person with diabetes mellitus. J. res.: fundam. care. online. 2017;9(4):1008-014. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1008-1014>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_ca\\_b36.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_ca_b36.pdf)

18. Oliviera SKP. Cuidados com os pés: o que o enfermeiro deve orientar e a pessoa com diabetes precisa saber? Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/component/content/article/98-enfermagem/705-cuidados-com-os-pes-o-que-o-enfermeiro-deve-orientar-e-a-pessoa-com-diabetes-precisa-saber>
19. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde debate*. 2017;41(Especial):345-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s25>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes\\_saude\\_familia\\_atencao\\_nutricional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contribuicoes_saude_familia_atencao_nutricional.pdf)
21. Ferreira TB, Cipolotti MD, Marques BG, Miranda MLJ. A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2016;21(3):228-36 DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n3p228-236>
22. Brehmer LCF, Canever BP, Rosa LM, Locks MOH, Manfrini GC, Willrich GPB. Diabetes mellitus: estratégias de educação em saúde para o autocuidado. *Rev enferm UFPE on line*. 2021;15:e246321 DOI: 10.5205/1981-8963.2021.246321
23. Quirino TRL, Jucá AL, Rocha LP, Cruz MSS, Vieira SG. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Revista SUSTINERE*. 2020;8(1):253-73, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2020.50869>
24. Brehmer LCF, Canever BP, Rosa LM, Locks MOH, Manfrini GC, Willrich GPB. Diabetes mellitus: estratégias de educação em saúde para o autocuidado. *Rev enferm UFPE on line*. 2021;15:246321. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246321>
25. Nogueira ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016;69(5):907-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>
26. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2882. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
27. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC, Mascarelle RCV, Espinoza P. Effects of interprofessional education on teamwork on knowledge chronic conditions management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3203. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3095.3203>

## CAPÍTULO 18

### RESSIGNIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO EM SAÚDE: TRAJETÓRIA DE UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Yaná Tamara Tomasi  
Jeane Barros de Souza  
Valéria Silvana Faganello Madureira  
Graciela Soares Fonsêca

#### INTRODUÇÃO

Para o acesso universal à saúde, faz-se necessário garantir a redução de barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas e geográficas. Além disto, também é indispensável ampliar a capacidade dos sistemas de saúde em atender as necessidades da população por meio de uma adequada capacidade de recursos materiais e humanos<sup>1</sup>. Neste contexto, os profissionais de saúde desempenham um papel relevante, portanto, a formação desses profissionais deve priorizar o desenvolvimento de competências e habilidades para a atuação na comunidade com vistas a qualificá-los para maior compreensão destas necessidades e promover o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo<sup>2</sup>.

No campo da Atenção Primária à Saúde (APS), o uso de tecnologias e ferramentas de cuidado pode auxiliar o manejo das demandas do enfermeiro e de toda equipe de saúde, permitindo conhecer as reais necessidades de saúde, bem como os determinantes e agravos de maior frequência e relevância nos territórios de atuação. Assim, o Diagnóstico Comunitário em Saúde (DCS) é elemento ‘chave’ de reflexão sobre o cotidiano da comunidade e a oferta dos serviços de saúde<sup>3</sup>.

O desenvolvimento do DCS apresenta vantagens no fortalecimento do vínculo entre usuários e da Equipe de Saúde da Família (eSF), organização da oferta dos serviços de acordo com as reais necessidades da demanda, melhoria na qualidade do atendimento, oferece subsídios para a elaboração de indicadores da situação de saúde, além de permitir o acompanhamento da realidade local, com o intuito de averiguar a efetividade dos serviços<sup>4</sup>. Destarte, o DCS torna-se essencial para o planejamento das ações de saúde, o qual deve ser aplicado e sistematizado pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), demonstrando que esta é uma prática possível e necessária, sendo que a participação de todos os membros da equipe torna-se fundamental na sua elaboração, visto que contempla várias dimensões da realidade<sup>3</sup>.

No entanto, os profissionais que atuam nas eSF enfrentam dificuldades para sua efetivação, como a carência de informações e metodologias sobre a construção e aperfeiçoamento. Neste sentido, não existe um caminho metodológico único à ser seguido na realização do DCS, mas, tendo em vista que o processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais, destaca-se que, quanto maior a capacidade explicativa destes fenômenos, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde da população<sup>4-5</sup>.

Desta maneira, faz-se necessário repensar as práticas de saúde neste âmbito, principalmente incorporando o olhar para o território e suas necessidades no planejamento e ações de saúde destas equipes. Através da realização de um projeto de extensão desenvolvido em um município do oeste catarinense, em parceria com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e a Secretaria Municipal de Saúde do município, o mapeamento do território de atuação da única eSF do local foi organizado. Para operacionalização, foram desenvolvidos mapas inteligentes de cada microárea, bem como a construção de mapa do município com a delimitação do território de atuação desta equipe. Mas após a conclusão das atividades de extensão, ficou evidente que o DCS produzido com a equipe foi pouco utilizado e não atualizado pelo serviço.

A partir de então, surgiu o desejo de pesquisar a respeito, e assim delimitou-se o seguinte problema de pesquisa: Quais os significados que os profissionais da ESF atribuem ao DCS? Seguindo este pressuposto, o estudo teve como finalidade relatar a experiência de desenvolvimento da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com profissionais da eSF acerca do DCS em suas vivências no serviço de saúde.

## **METODOLOGIA**

Para alcançar o objetivo proposto, fazia-se necessário refletir teoricamente com os profissionais, mas também envolvê-los nas questões práticas, para que pudessem de fato ressignificar suas ações diante do DCS. Assim, a PCA desvelou-se como o melhor caminho a seguir, visto que é uma abordagem de pesquisa que se caracteriza por provocar mudanças inovadoras na prática assistencial da Enfermagem e saúde.

Tal estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem da PCA. A pesquisa qualitativa aplica-se ao estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e



interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, pensam e sentem, configurando-se como um importante instrumento no trabalho de investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados<sup>6</sup>.

A PCA foi publicada pela primeira vez em 1999, nascida da prática assistencial de saúde, com a intencionalidade de unir a pesquisa e a prática assistencial, buscando encontrar alternativas para solucionar ou minimizar, realizar mudanças ou introduzir inovações<sup>7</sup>. Esta ferramenta de pesquisa destaca-se à medida que o seu tema de pesquisa deve emergir das necessidades das práticas que são desenvolvidas pelos profissionais e/ou usuários, sendo que o pesquisador assume o compromisso com a construção de um conhecimento novo na busca de alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças ou introduzir inovações<sup>7</sup>.

O desenvolvimento da PCA ocorre por meio de um processo de relação direta com a prática assistencial e o protagonismo dos envolvidos, no qual há permutas de recíprocas informações, sendo que é esse movimento crítico que proporciona aos participantes a reflexão de suas práticas, aprimoramento um conhecimento, ou uma proposta de cuidado<sup>8</sup>. Portanto, a implementação de uma PCA requer que os pesquisadores desenvolvam simultaneamente pesquisa e cuidado.

Sua sistematização ocorre em cinco fases, a saber: a concepção, a instrumentação, a perscrutação, a análise e a interpretação<sup>9</sup>. Na primeira fase de concepção, é o momento da escolha do tema, com direcionamento para os objetivos da pesquisa e revisão de literatura. Na instrumentação, segunda fase da pesquisa, ocorre a elaboração dos instrumentos metodológicos empregados, desde a seleção dos participantes até a coleta e análise dos dados. Já na terceira fase, a perscrutação, é incluída a coleta e registro dos dados. Posteriormente, na quarta fase tem-se a análise, e na quinta a interpretação. Na análise, acontece o processo de apreensão, e a interpretação consiste na síntese, teorização e recontextualização dos resultados. Na teorização, busca-se descobrir os valores contidos nas informações levantadas na síntese, e na recontextualização, dar um significado a determinados achados ou descobertas<sup>6</sup>.

O estudo foi desenvolvido em um município localizado no oeste de Santa Catarina. O cenário do estudo contou com uma única UBS, com uma eSF sendo os participantes da pesquisa 10 profissionais que atuavam na eSF, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos em Enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que foram selecionados com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: ser



profissional da saúde e estar atuante na eSF do município; e os critérios de exclusão, os profissionais com menos de 3 meses de atuação no local. Para garantir o sigilo dos participantes, foi utilizado nome de árvores frutíferas da região para denominá-los.

A coleta de dados ocorreu de setembro a outubro de 2014, e tendo em vista que a PCA possibilita o uso de diferentes métodos e técnicas para obtenção de informações, utilizou-se o Arco da Problematização, proposto por Charles Maguerez, por meio de cinco encontros. Os encontros foram desenvolvidos em rodas de conversa com os participantes da pesquisa, o que permitiu o desenvolvimento de um processo coletivo de reflexão sobre a realidade vivida, orientadas por um tema gerador central relacionados aos significados do DCS, desvendando novos caminhos e possibilidades para os mapas inteligentes, definidos antes de cada encontro.

Salienta-se que os cinco encontros foram gravados, transcritos e posteriormente analisados e organizados, conforme a análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo proposta por Bardin consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, com intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens<sup>10</sup>.

A primeira etapa da análise de dados constituiu-se da pré-análise, onde foi realizado a leitura flutuante dos dados obtidos nos encontros, para assim escolher os documentos para serem submetidos aos procedimentos analíticos<sup>10</sup>. No segundo momento, que é a exploração do material de análise, foi organizada a codificação e após, a exploração do material, onde foi possível classificar e agregar duas categorias: 1) Significados do DCS, com três subcategorias “Identificação dos problemas na comunidade” “Priorização dos problemas na comunidade, na tentativa de resolve-los” e “Trabalho em equipe”; 2) Caminhos e possibilidades do DCS, com duas subcategorias: “As potencialidades no caminhar do DCS” e “As dificuldades no caminhar do DCS”. No entanto, neste capítulo será apresentado e discutido a respeito da trajetória do método da PCA para alcançar os objetivos propostos neste estudo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da (CEP) da UFFS, sob o parecer número 791.930.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo, será apresentada a trajetória da PCA que contribuiu para o alcance dos objetivos propostos neste estudo e permitiu realizar convergência com a prática. Assim, no

intuito de compartilhar como foi este caminhar, descreve-se a seguir as dinâmicas da pesquisa, conforme as etapas da PCA.

### **Fases de concepção e instrumentação**

Na concepção, como primeiro momento de reconhecimento da realidade, definiu-se a questão de pesquisa, o problema, objetivos e referencial teórico. A partir daí, foi possível ampliar os conhecimentos a respeito da temática proposta e traçar possíveis procedimentos metodológicos a serem empregados.

A fase da instrumentação foi o segundo momento, no qual desenvolveu-se a construção dos procedimentos metodológicos com a definição do local e participantes do estudo, que já foram apresentados na descrição da metodologia da pesquisa. Também neste momento, houve a sensibilização dos participantes e definição das estratégias que seriam utilizadas para a coleta de dados, onde optou-se pelo uso do Arco da Problematização, proposto por Charles Maguerez, que se desenvolve por meio de cinco etapas: 1) observação da realidade e definição de um problema de estudo; 2) conhecimento dos pontos chave; 3) teorização; 4) elaboração da hipótese de solução; 5) aplicação à realidade<sup>11</sup>.

A primeira etapa do Arco da Problematização é a observação da realidade, uma oportunidade de iniciar um processo de apropriação de informações e despertar de questionamento nos participantes sobre a sua prática e necessidades, identificando suas principais características e problemas. Após a análise destas observações, culmina na próxima etapa, que é a definição dos pontos chave a serem trabalhados, derivados da observação da realidade e das necessidades nela identificadas<sup>12</sup>.

Concluído o estabelecimento dos pontos chave, realiza-se a fase da teorização, na qual cada um dos pontos levantados é desenvolvido separadamente, construindo possíveis respostas para os problemas identificados. Na quarta etapa, de construção de hipóteses e soluções, os participantes podem refletir sobre de que maneira eles poderão utilizar o conhecimento construído para o planejamento de suas ações. O último momento é de aplicação do conhecimento construído, objetivando a concretização das sugestões geradas no processo, a fim de transformar a realidade problematizada<sup>12</sup>.

Portanto, em todos os encontros realizados com os participantes desta pesquisa, buscou-se utilizar a proposta do Arco de Charles Maguerez de forma dinâmica, criativa e reflexiva, lembrando que a metodologia da Problematização representa um método capaz de transformar

todos os participantes corresponsáveis por estes processos, estabelecendo entre si uma relação de transferência de informações e construção ativa do conhecimento por meio de situações reais ou simuladas da prática profissional<sup>11</sup>.

A sensibilização para a participação da equipe nesta pesquisa ocorreu por meio de um convite realizado pessoalmente por uma das pesquisadoras aos profissionais atuantes na equipe da ESF do município. Na oportunidade, foram repassadas informações a respeito dos objetivos da pesquisa e da importância da participação de cada um, bem como o horário e local do primeiro encontro.

### **Fases de perscrutação, análise e interpretação dos dados**

A perscrutação, análise e interpretação dos dados correspondem à terceira, quarta e quinta fase da PCA, que tem o intuito de estabelecer as estratégias para a obtenção, organização, análise e interpretação das informações. Para realizar reflexão com a equipe da ESF a respeito do DCS foi utilizada técnica de discussões em grupo, que é uma maneira pela qual as opiniões são geradas e expressadas. Para a operacionalização das discussões, foram desenvolvidas rodas de conversa baseadas em um tema gerador central.

As rodas de conversa apoiam-se na proposta dos círculos de cultura de Paulo Freire, a partir da qual a roda é mais do que a disposição física dos participantes, mas uma postura frente à produção do conhecimento, representado por um espaço dinâmico de aprendizagem e troca de saberes. Essa ferramenta possibilitou revelar o conhecimento dos participantes no contexto pesquisado, permitindo a troca de saberes, o envolvimento e estímulo para que novas ações sobre a realidade pudessem ser concretizadas<sup>13</sup>.

Assim, no primeiro encontro, foram apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa, a proposta do método a ser utilizado, e explicou-se a respeito da metodologia da roda de conversa com tema gerador central “Significados do Diagnóstico Comunitário em Saúde”, a fim de reconhecer o conhecimento dos participantes sobre o tema, e a partir de então, foi elencado o tema gerador para o encontro seguinte. Como dinâmica final, utilizou-se uma dobradura que se transformou num barco, com vistas a refletir sobre a caminhada, na qual é possível ir sozinhos ou com mais pessoas; então, por meio de recortes na mesma dobradura, surgiu uma camisa, ressaltando a importância do trabalho em equipe, que todos precisavam “vestir a camisa” e juntos lutar pelo mesmo objetivo, remar para a mesma direção.

No segundo encontro, para iniciar as atividades, foi oportunizado o momento da roda de conversa, tendo como tema gerador central “Desvendando novos caminhos e possibilidades para os mapas inteligentes”, utilizando questões norteadoras para promover o debate. A partir deste segundo encontro, através dos relatos dos participantes, foi possível construir as potencialidades do DCS, as quais destacaram-se a promoção da saúde como uma possibilidade de atuar com base nas reais necessidades levantadas em um determinado território, expressas por meio de melhorias no âmbito individual e comunitário, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, além de contribuir na resolutividade dos serviços<sup>4</sup>.

Nesse contexto, o trabalho em equipe também foi considerado elemento essencial para o funcionamento das eSF, despontando como outra potencialidade do DCS, sendo que os espaços de reunião de equipe possibilitam o planejamento e a organização dos processos de trabalho, oportunizando articulação entre os saberes dos diferentes profissionais e a construção de um cuidado integral<sup>14</sup>.

Salienta-se que através da transcrição e análise das discussões promovidas nas rodas de conversa, foram identificados “Os significados da equipe sobre o diagnóstico comunitário em saúde e sobre seu uso” como tema gerador central para o terceiro encontro, que objetivou dar um retorno aos participantes sobre o processo educativo-reflexivo, a partir das percepções realizadas no primeiro e segundo momento.

Para o início das atividades do terceiro encontro, foi elaborado o desenho de uma árvore e fixado na parede, com o intuito de realizar uma analogia entre o DCS e a árvore, sendo que ambos para crescer e frutificar, precisam primeiramente ser regados. Iniciou-se com a reflexão de que o DCS é como uma semente que precisa ser regada para crescer, sendo entregue para cada participante uma gota de água feita em papel para assim, simbolicamente, regar a árvore. Nesta gota de água, cada participante escreveu qual o seu papel/compromisso com o DCS e apresentaram suas percepções ao grupo. Por meio da ideia de crescimento das sementes plantadas, surgiram as folhas, e por meio da transcrição das falas dos encontros anteriores, foram elencados relatos que abordavam o conceito que haviam evidenciado acerca do DCS. Estes relatos foram fixados em papel com formato de folhas, onde cada participante as apresentou, retomando os conceitos anteriormente apresentados por eles.

Ao realizar analogia com a árvore, o grupo também refletiu que estas crescem e surgem os frutos. Nesta perspectiva, com o intuito de agregar ao conhecimento já apresentado pelos

participantes da pesquisa, alguns conceitos teóricos sobre o DCS foram fixados em papel com o formato de frutos. Assim, foi possível apresentar evidências científicas, destacando e referenciando também os conceitos dos participantes, revelando o quanto eles haviam crescido nesta conceituação, sendo que com ludicidade, foi possível compartilhar conhecimento teórico e assim refletir com os profissionais da eSF sobre a relevância do DCS. Em seguida, utilizou-se a dinâmica de colagem com gravuras e palavras espalhadas pelo chão e assim, cada participante da pesquisa construiu o que deveria fazer para melhor utilizar o DCS em sua prática diária. Cada profissional apresentou sua construção, os motivos de tal escolha, e assim, foram refletindo sobre o que acreditavam estar deficiente na sua atuação na eSF.

Deste terceiro encontro, por meio dos relatos, foi possível desvelar as dificuldades no desenvolvimento do DCS, como a atuação de todos os membros da eSF num trabalho em equipe, pois a falta de comprometimento dos atores envolvidos acarreta discrepâncias durante a construção do DCS, as quais repercutem na qualidade do planejamento e das ações desenvolvidas, visto que tais embaraços resultam em descontinuidade das ações e fragmentação da assistência, sendo que a valorização e a capacitação aos profissionais podem incentivá-los neste processo<sup>15</sup>.

No terceiro encontro, as discussões sobre o DCS repercutiram na reflexão da importância do trabalho em eSF. Os profissionais da ESF enfrentam vários desafios para realizar o trabalho em equipe, principalmente quanto às relações interpessoais, pois lidar com pontos de vista, cultura, crenças e personalidades diferentes não é tarefa fácil. Esses desafios podem ser superados a partir da incorporação de estratégias diversas, tais como: realização de reuniões periódicas da equipe, valorização do papel de cada membro e estímulo ao estreitamento do vínculo entre os profissionais, para além do ambiente de trabalho<sup>16</sup>.

No quarto encontro, foi o momento de refletir sobre a necessidade e relevância da atualização dos mapas inteligentes utilizados pela ESF do município. Após a reflexão teórica dos primeiros encontros, todos os participantes da pesquisa foram convidados a realizar atualização dos mapas da área de abrangência, envolvendo usuários hipertensos, diabéticos, acamados, gestantes, beneficiários do programa bolsa família, entre outros. Ao final, foi possível a ampliação do olhar da equipe para a comunidade, surgindo reflexões sobre a situação de saúde da população do território, como por exemplo, o número elevado de usuários que utilizavam benzodiazepínicos na comunidade.

Neste contexto, a trajetória da PCA gerou também a possibilidade de construir um instrumento de rastreamento e acompanhamento dos usuários de medicamentos benzodiazepínicos e através deste levantamento de dados inicial, proporcionado pelas discussões e reflexões entre os membros da equipe, várias ações em saúde passaram a ser planejadas com vistas à diminuição do número de usuários deste tipo de medicação na comunidade. O mais importante a ser destacado é que todas as ações foram planejadas pelos membros da ESF durante os encontros, sendo que ao final, coletivamente conseguiram construir o instrumento de acompanhamento destes usuários. Ainda, surgiu por parte de alguns membros da equipe, a necessidade de aprimorar os conhecimentos acerca dos benzodiazepínicos, sendo que o médico e a enfermeira se prontificaram em preparar um momento educativo com as ACS para juntos estudarem sobre este tipo de medicamentos e seus efeitos no organismo.

Vale também destacar que as vivências práticas na formação do profissional de saúde são essenciais, em especial do profissional enfermeiro. Nesta perspectiva, na formação do enfermeiro é necessária uma educação que incentive e proporcione experiências práticas e a reflexão sobre sua realidade, agregando, inclusive, os equipamentos educacionais e comunitários, direcionando a reorientação do processo de trabalho para um sistema de saúde resolutivo e de qualidade<sup>17</sup>.

No quinto e último encontro, para iniciar as atividades, foi realizado a dinâmica de recepção intitulada “O naufrago: como definir prioridades e manter o foco?”. Para isso, os participantes foram divididos em dois grupos e cada um recebeu uma cópia da história do naufrágio. Nesta história, um navio estava afundando, e o grupo tinha 15 minutos para realizar a atividade, que consistia em selecionar tarefas que os naufragos poderiam fazer nas 2h30 que antecediam o afundamento do navio. Como cada tarefa possuía um tempo determinado, o grupo selecionava as atividades e somava os tempos utilizados. Ao final, cada grupo apresentou suas escolhas e foi possível evidenciar as diferenças entre as opções de cada grupo e assim refletir quanto à importância de estabelecer prioridades e planejar ações em conjunto, pois muitas vezes é preciso dialogar e entrar em um consenso, lembrando que cada um pode ter percepções diferentes da mesma realidade. Após, foi realizado a apresentação do que foi construído durante os quatro encontros anteriores, com o intuito de compartilhar com os participantes a evolução de seus conceitos.

Com o objetivo de avaliar o processo educativo-reflexivo, foi entregue a cada participante uma folha em branco e foram convidados a expressar suas percepções sobre o

processo da pesquisa, referenciando o que cada um deixou e levou dos momentos vivenciados neste caminhar da PCA. Como encerramento, foi realizada uma dinâmica com bexiga, a qual objetivou refletir que nem sempre os caminhos mais fáceis são os melhores, e que quando não é possível vencer algo sozinho, pode-se pedir a ajuda do outro. Assim, foi colocado dentro de balões tirinhas de papel com diversas palavras, tais como: compromisso, colaboração, mentira, desprezo, desunião, entre outras. Os balões foram fixados no teto, tendo o cuidado de colocar as palavras negativas com fitas mais compridas e as palavras positivas com fitas mais curtas, dificultando seu alcance. Todos os participantes buscaram alcançar os balões, sendo que a última palavra revelada foi “sucesso”, fazendo a reflexão que quando todos trabalham juntos/em equipe para alcançar os objetivos, é possível alcançar mais fácil o sucesso. Ao final, cada participante recebeu uma muda de árvore, representando assim o DCS, com o convite de ter o compromisso de regar e cuidar dele diariamente.

Com a realização dos cinco encontros, pode-se perceber que os momentos de discussão e ações de qualificação com os profissionais da ESF puderam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada, com a oportunidade de resgatar os conceitos teóricos. Ao vivenciar as etapas da PCA, despertou nos profissionais da ESF o compromisso mútuo da equipe, indo muito além da construção do DCS.

A resolutividade dos serviços de saúde surge como um dos princípios do SUS, o qual é definido como a exigência de que quando ocorre um problema de saúde, o serviço correspondente deve estar capacitado para resolvê-lo, nos diferentes níveis de complexidade. Assim, ficou evidente que o DCS permite refletir sobre os problemas na comunidade, estabelecer as prioridades de atuação, para que todos os profissionais da ESF possam traçar possibilidades de atuação em prol de buscar resolver os problemas no território.

O olhar multiprofissional de toda equipe da ESF sobre os dados produzidos, bem como a construção conjunta das ações em saúde a serem desenvolvidas, tornaram-se catalizadores de novas práticas, ao passo que foi possível co-responsabilizar todos os atores envolvidos neste processo, planejar ações conforme a real necessidade da população e unir esforços na resolução dos problemas encontrados, sendo que o não refletir sobre estas informações ou as ações desarticuladas, tornam-se limitantes e contribuem para a reprodução de atividades em saúde fragmentadas.



## CONCLUSÃO

A escolha pela PCA como referencial metodológico foi assertiva por possibilitar uma maior aproximação dos profissionais da ESF por meio do trabalho em grupo, oportunizando reunir pesquisa e assistência, o que permitiu um rápido retorno das reflexões teóricas nas práticas do cuidado. As ações norteadas pela teoria problematizadora, sistematizadas através do Arco da Problematização, possibilitou o desenvolvimento de um processo coletivo de reflexão sobre a realidade vivida, e direcionamento das discussões a partir das relevâncias apontadas pelos participantes da pesquisa, levando em consideração seu conhecimento prévio, tornando as ações desenvolvidas mais efetivas. Assim, o trabalho com os profissionais da ESF foi desafiador, pois buscou-se instigar e inovar suas práticas de cuidado, porém, o envolvimento e comprometimento dos participantes serviram como impulso nesta caminhada, alcançando uma ressignificação do DCS.

Nesta perspectiva, este estudo demonstrou ser relevante, permitindo reafirmar que por meio do DCS é possível qualificar as ações em saúde desenvolvidas na APS, e ainda fomentar novas possibilidades de sua aplicação no cotidiano de trabalho da equipe da ESF. Porém, a temática não foi esgotada, havendo a necessidade de novos estudos que visem aprimorar e qualificar as ações desenvolvidas pelas equipes da ESF, tendo em vista a lacuna do conhecimento que abordam sobre este assunto.

## REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Washington DC; October 2014. Available from: <http://bit.ly/1DuHUIk>.
2. Marziale MHP. Universal Access to Health and Universal Health Coverage: Nursing contributions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24. Doi: 10.1590/1518-8345.0000.2667.
3. Henrique F. Diagnóstico comunitário da área de abrangência da unidade de saúde da Prainha-Florianópolis – Santa Catarina. *Revista APS* 2010; 13(4):456-64. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14590>
4. Tomasi YT, Souza JB, Madureira VSF. Diagnóstico comunitário na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Rev enferm UFPE online*. 2018; 12(6):1546-53. Doi: 10.5205/1981-8963-v12i6a230505p1546-1553-2018
5. Fonseca AF (Org). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
7. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e1450017. Doi: 10.1590/0104-07072017001450017.
8. Cortes LF, Padoin SMM, Berbel NAN. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(2). Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0362.
9. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa convergente assistencial – PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3. ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Silva LAR, Junior OP, da Costa PR, Renovato RD, Sales CM. O arco de maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. *Interfaces Científicas - Educação*, 2020; 8(3), 41-54. Doi:10.17564/2316-3828.2020v8n3p41-54
12. Fujita JALM, Carmona EV, Shimo AKK, Mecena EH. Aprendizaje basado en problemas con el Arco de Maguerez en la enseñanza sobre el juguete terapéutico. *Revista Portuguesa de Educação.* 2016;29(1):229-58. Doi: 10.21814/rpe.5966.
13. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto contexto enferm* [on line]. 2017;26(4):e0680017. Doi: 10.1590/0104-07072017000680017.
14. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde Debate.* 2017;41(114): 694-706. Doi: 10.1590/0103-1104201711402.
15. Speroni KS, Fruet IMA, Dalmolin GL, Lima SBS. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. *Revista Cuidarte.* 2016;7(2):1325-37. Doi: 10.15649/cuidarte.v7i2.338.
16. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery.* 2018;22(4): e20170372. Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0372.
17. Mattia BJ, Kleba ME, Prado ML. Nursing training and professional practice: an integrative review of literature. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2039-49. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0504.

## CAPÍTULO 19

### REABILITAÇÃO DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR: RETOMADA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Gelson Aguiar da Silva Moser  
Denise Consuelo Moser Aguiar  
Francine Lima Gelbke  
Soraia Dornelles Schoeller  
Suellen Rodrigues de Oliveira Maier  
Valéria Silvana Faganello Madureira

#### INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde no ambiente hospitalar aborda aspectos essenciais das ações da equipe multiprofissional, no que tange a pessoa em situação de agravo, seus entes e familiares. Compreende-se que cuidado em saúde, é todo aquele cuidado prestado à pessoa com lesão medular pela equipe multidisciplinar, desde o momento da admissão até após a alta hospitalar, inclusive os cuidados prestados no domicílio. O cuidado em saúde não deve ser considerado uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como um direito de ser<sup>1</sup>.

O cuidado deve respeitar as diferenças, as necessidades específicas de cuidado de cada pessoa e a lesão medular requer esse olhar diferenciado, o olhar que atenda às necessidades individuais de cuidado, pois a lesão medular dará início a uma nova fase na sua vida, há uma fase de adaptação, de viver com sua lesão<sup>1</sup>.

Quando exposto a essa nova fase de vida, necessita não somente do cuidado contínuo, mas principalmente do cuidado em saúde visando a aquisição da independência para as atividades diárias. Esse processo educacional e de independência da pessoa deve ser realizado diariamente, não somente com a pessoa que necessita ser cuidada, mas também através da orientação a sua família e seus cuidadores.

O cuidado em saúde deve começar no momento da lesão medular, com orientações a pessoa vítima do trauma, a família, amigos, sociedade e rede social de apoio, para que entendam o que é a lesão medular e quais suas limitações para o exercício da plenitude de sua independência funcional nas atividades de vida diária.

Entretanto, o cuidado pode ser efetivado de maneira significativa, na qual as limitações impostas pela lesão medular podem ser minimizadas com a reabilitação, com o assistir em Enfermagem, à prevenção de complicações oriundas de doenças que podem gerar

incapacidades, bem com a implementação de intervenções com vistas à melhor independência possível. Deve ser inclusiva e participativa abrangendo o cuidador familiar e/ou a família<sup>2</sup>.

O atendimento de reabilitação à pessoa com lesão medular deve ser realizado o mais precocemente possível, pois propicia e auxilia a aquisição da independência funcional mais rapidamente, restabelecendo suas condições físicas, de acordo com sua capacidade e grau de recuperação, ajudando a pessoa a reencontrar um novo caminho para sua vida.

A compreensão do processo de reabilitação deve envolver todos os aspectos, desde o cuidado com o corpo, até a sexualidade após a lesão medular, para isso todos os treinamentos podem ajudar na independência funcional e na mobilidade da pessoa. Nesse sentido a cadeira de rodas exerce um papel fundamental no sentido de propiciar um ir e vir de maneira mais independente possível<sup>3,4</sup>.

É consenso que o primeiro atendimento após o trauma raquimedular é fundamental para auxiliar no processo de prevenção de complicações<sup>5,6</sup>. Esse atendimento, além de prevenir complicações, auxilia a aquisição da independência funcional mais rapidamente, restabelecendo as condições físicas, de acordo com a capacidade e grau de recuperação, além de estimular a pessoa reencontrar um novo sentido na sua vida.

Para isso a reabilitação deve ser entendida como conjunto de atividades que visam melhorar as condições físicas, considerando toda a dimensão do cuidar, envolvendo a família, equipe multiprofissional e a pessoa.

É importante destacar as principais complicações<sup>7</sup>, bexiga e intestino neurogênico, disreflexia autonômica, ossificação heterotópica, disfunção erétil, entre outras, sendo que estas aliadas às complicações secundárias podem afetar a oferta do cuidado em saúde, interferindo na sua qualidade de vida, o que é corroborado por outros autores<sup>7,8</sup>.

Portanto para que o cuidado se efetive de forma integral e possa auxiliar a pessoa na sua independência, a família exerce papel fundamental na readaptação da pessoa com lesão medular, mas para isso é necessário o suporte da equipe de Enfermagem que deve possuir conhecimentos amplos para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como deve conhecer a realidade local facilitando e informando sobre o acesso aos serviços de saúde<sup>9-11</sup>.

Quando a pessoa com lesão medular se encontra internada, ainda na fase aguda da lesão medular as orientações passadas pela equipe multiprofissional podem não ser compreendidas, devido a vários fatores, entre eles sua condição clínica, sua receptividade para as orientações

do cuidado e pelo estado psicológico que se encontra, muitas vezes afetado pela depressão, algo comum na fase inicial da lesão<sup>12</sup>. Entretanto a pessoa com lesão medular precisa ser incentivada a sua independência funcional para vários atos na vida diária. Dentro dessa perspectiva, o cuidado em saúde e a reabilitação possibilitam sedimentar essa perspectiva de liberdade.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar como o cuidado em saúde no ambiente hospitalar interfere nos processos de reabilitação das pessoas com lesão medular, quando no ambiente domiciliar.

## **METODOLOGIA**

A abordagem qualitativa e exploratória foi à opção metodológica, na qual a coleta de dados utilizada se deu através da entrevista semiestruturada em profundidade, a qual ocorreu no domicílio dos participantes, a partir de um roteiro elaborado. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2014. Ao considerar o método de coleta, pensou-se inicialmente em 10 participantes com lesão medular. A partir deste ponto houve a saturação dos dados, isto é, as falas dos entrevistados iniciaram um processo de exaustividade e repetição, não havendo a necessidade de ampliar o número de entrevistados<sup>13</sup>. O tempo médio de cada entrevista foi 90 minutos, a qual foi realizada pelo próprio pesquisador.

No recrutamento dos participantes da pesquisa, adotamos a técnica conhecida como *snowball sampling*<sup>14</sup> (“bola de neve”). A técnica metodológica bola de neve é considerada não-probabilística, devido a sua estratégia de recrutamento, tendo em vista que não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante da amostra. Para o autor, esta técnica é utilizada em pesquisas sociais, na qual os participantes iniciais indicam novos participantes. O primeiro participante foi um membro da comunidade escolhido ao acaso. Essa pessoa conhecia outros membros, que foram os próximos indicados a participarem da pesquisa.

Os critérios de inclusão se pautaram em pessoas que possuíam o diagnóstico de lesão medular traumática, sendo: adultos de ambos os sexos, após o término do período da fase de choque medular (consideramos um ano como período de fase de choque) e que no período de coleta de dados tivessem de uns até três anos de lesão. O item referente à avaliação da memória foi excluído da coleta de dados, pois não se encontra alterado na lesão medular traumática. Embora haja divergências quanto a precisão da fase de choque pela literatura, pois conforme a literatura, esta fase do choque medular pode variar de semanas até um ano após o trauma<sup>15</sup>. Na fase aguda, encontramos flacidez dos membros paralisados, abolição dos reflexos e retenção

urinária. A possibilidade de melhora espontânea diminui após o primeiro ano de lesão, embora possa se estender por mais tempo<sup>16</sup>.

No critério de exclusão, optou-se por pessoas que possuíam lesão cerebral associada. Os participantes da pesquisa se constituíram de forma intencional<sup>17</sup>, a amostragem proposital dentro da pesquisa qualitativa é composta por sujeitos, definidos segundo critérios de inclusão, em que não ocorram as interferências das predileções pessoais do pesquisador.

Houve gravação das entrevistas, a partir da autorização dos participantes e da assinatura do TCLE, com transcrição a posteriori. Num segundo momento ocorreu a leitura flutuante, e apreensão dos dados, com organização de categorias, já que no desenvolvimento de categorias, conceitos relacionados costumam ser agrupados para facilitar o processo de decodificação<sup>18</sup>. Para preservar a identidade dos participantes empregou-se o uso da letra (P) e os números em ordem numérica sequencial (1 a 10). As entrevistas depois de transcritas foram devolvidas aos participantes com intuito de verificar a adequação do conteúdo transcrito e assegurar se as falas dos entrevistados condiziam com seus depoimentos.

Para análise dos dados utilizamos como referencial, a análise de conteúdo<sup>18</sup>, considerando: a. pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, que ocorreu após a transcrição e leitura das entrevistas; b. exploração do material: fase em que as entrevistas foram classificadas de acordo com categorias (codificação), pré-determinadas emergidas após a leitura das entrevistas. A partir disso foi possível alcançar a compreensão das falas dos sujeitos; c. interpretação dos resultados: (categorias e subcategorias), estas obtidas das falas das pessoas com lesão medular, gerando as impressões do pesquisador, ou seja, a análise dos dados. Após a análise das entrevistas emergiu a categoria orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e sua interferência nas atividades de vida diária de pessoas com lesão medular. A pesquisa em questão obteve parecer ético favorável ao seu início pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o nº 768.807.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O cuidado à saúde inicia a partir da chegada da pessoa com lesão medular no ambiente hospitalar após o primeiro atendimento pela equipe de emergência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e unidades do corpo de bombeiros. Durante as entrevistas constatou-se a importância do atendimento dentro do ambiente hospitalar e na condução desse

cuidado, sendo possível perceber a preocupação dos participantes com os primeiros atendimentos recebidos no hospital. A referida categoria, orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e sua interferência nas atividades de vida diária de pessoas com lesão medular, mostra de maneira significativa o atendimento hospitalar como início do processo de aquisição de independência funcional, através do aprendizado das atividades de vida diária da pessoa com lesão medular e sua prática nas atividades de vida diária no domicílio.

O atendimento à pessoa com lesão medular no Brasil quase sempre ocorre primeiramente num hospital geral, devido à estrutura de atendimento dos socorristas (SAMU/Corpo de bombeiros). Esses hospitais, por não serem especializados, geralmente não possuem as condições necessárias para a efetivação do início do processo de reabilitação. Essas situações vão desde as condições físicas e humanas, pois muitas vezes não encontram espaços físicos adequados e preparados para o atendimento e pela falta de profissionais da saúde previamente habilitados para interagir nessa fase importante da pessoa com lesão medular.

Cabe destacar que as orientações sobre os cuidados com as pessoas com lesão medular são de extrema valia e devem ser iniciadas logo após a internação no hospital, porém percebe-se nos relatos abaixo que nem sempre isso ocorre, o que acarreta angústia e desconhecimento, pois a pessoa com lesão medular nem sempre tem a noção exata do grau da lesão e do seu comprometimento.

Aqui no, no hospital (geral) eu não seria cuidado, não chegaram a ensinar, eles faziam alguma coisa, ah me davam banho, normal na cama, eu não conseguia sair, estava até então de cama-maca, se eu não sabia de nada, como seria minha vida daqui para frente [...] (P1).

Fiquei três semanas no Hospital. Foi sofrido porque, nunca precisei de ajuda de ninguém para me virar. Eu não conseguia nem sentar, eu ficava cinco, dez minutos, já deitava de volta porque eu não conseguia, eu tinha dores. Eu tinha que tomar banho com lencinho porque eu não conseguia tomar banho de chuveiro; mas não entendia direito o que estava acontecendo (P2).

Não sabia de nada, não tinha noção de que nunca mais andaria e que seria dependente de outra pessoa (P5).

Após o atendimento da equipe móvel de saúde no local do acidente, as pessoas são levadas a hospitais gerais públicos, não especializados, onde são prestados os cuidados em saúde e o atendimento hospitalar se efetiva. Os cuidados prestados por equipes de atendimento no pronto socorro, muitas vezes não atendem as expectativas das pessoas com lesão medular e suas angústias, sendo que muitas dúvidas permanecem durante o período da internação, conforme podemos constatar nos relatos abaixo.



O período que eu fiquei lá no hospital lá, acabou tudo sendo novo desde banho lá, até o cateterismo em si... Ah, a questão do intestino, eu não sabia nada, nada, nada, simplesmente fazia eles limpavam, não tinha, não tinha orientação nenhuma (P7).

No hospital para onde fui levado, fui atendido no pronto socorro, mas fiquei muito tempo esperando a chegada do neurologista e ninguém me dizia nada, não sentia minhas pernas, não sabia o que tinha acontecido (P8).

No hospital geral, a pessoa com lesão medular recebe os primeiros cuidados em saúde, e algumas vezes são necessárias intervenções em locais especializados, tais como centro cirúrgico e UTI.

Então, o que acontece, nessa situação eu tive Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto, foi em torno de 32 horas, 48 horas, alguma coisa assim, e aí, não lembro, não lembro nada porque eu fui pra UTI. Fui pra UTI, fiquei 18 dias na UTI. Nesse período, foi justamente por esse fator de ter essa, esse Síndrome. Então, foi uma situação bem complicada, me passaram esse relatório, até meu colega estava junto falou assim que eu estava muito ruim mesmo (P1).

[...] sim, foi numa segunda-feira, no sábado eu cheguei aqui em Chapecó, Domingo eu fiz a cirurgia, correu tudo bem, fiquei na UTI, pois tive algumas complicações (P2). Ah, depois no hospital eu fiquei dois dias acordado, antes da UTI, daí depois dormi, na UTI, fiquei quatorze dias em coma, da UTI [...] eu tive infecção bem grande, eu tinha bastante febre. Depois eu peguei uma úlcera por pressão no hospital, bem grande...foi bem difícil (P5).

Após o atendimento inicial, o período de permanência que varia em cada caso, e de acordo com o estabelecimento clínico e as complicações que podem advir da lesão medular, a equipe de saúde realiza as orientações necessárias durante o período de internação e já inicia a preparação da pessoa e da família ou seu cuidador para a alta hospitalar e possível condução para o hospital especializado em reabilitação, considerando as necessidades específicas que terá em seu domicílio.

Recebia as orientações de toda a equipe para saber como deveria agir quando chegasse em casa [...] na verdade lá eu quase não ajudava, só ajudava a colocar a fralda (P2). Eu fui entendendo o que tinha acontecido no decorrer da minha internação, que não andaria mais... [...] todo o dia alguém me ensinava alguma coisa, pois me diziam que em casa eu iria precisar me virar (P9).

Ressalta-se que os profissionais da saúde que prestam os cuidados, além do conhecimento científico e capacidade técnica necessária na prestação do cuidado integral, necessitam ter características intrínsecas a profissão como afetividade, amorosidade e conhecimento, permitindo lidar com os problemas de saúde da pessoa com lesão medular.

Evidencia-se a importância das orientações recebidas no decorrer da internação, as quais ajudam na aquisição da independência funcional e trazem segurança no autocuidado, conforme percebeu-se no relato a seguir:

A orientação que eu que eu recebi... a primeira orientação ali que eu te falei do cateterismo, quando eu saí de lá ela foi novamente bem, como que eu posso dizer bem trabalhada, foi bem explicada (P4).

Após a alta hospitalar, a condução para centro especializado leva algum tempo, considerando que nem sempre se efetiva logo após a alta de um hospital geral. Quando da entrada num centro especializado de reabilitação, sejam pela formação dos profissionais de saúde, pela estrutura física do local ou de programas específicos no atendimento às pessoas, podemos observar que os cuidados em saúde vão se integrando de forma contínua e gradual, conforme relatos.

Lá no hospital (de reabilitação-especializada) eles fazem uma aula antes, o que você tem que tomar de cuidado com a tua pele, onde que você tem que limpar melhor, porque eles já sabem, tem um histórico assim que tem muito problema (P1).

A maioria do que a gente faz hoje, foi lá depois que eu fui para o hospital especializado, que lá realmente eles, além deles ensinarem a pessoa, quem pode claro, a se virar sozinho. Só não, não voltei a trabalhar ainda porque, tem esse dilema com o INSS, que se eu voltar a contribuir então eu perco esse benefício. Se não fosse isso teria voltado a trabalhar já, com certeza (P3).

E, depois de que eu fui em 2011 pra reabilitação, depois ano ali então, se tornei uma pessoa independente de novo é, aí conquistei minha independência e basicamente é isso (P7).

As orientações recebidas durante o período de internação e na alta hospitalar, quando de forma contínua e ao longo do tratamento, são incorporadas pela pessoa com lesão medular. Isso possibilita que, ao sair daquele ambiente previamente preparado (hospital de reabilitação) inicie o enfrentamento da realidade no domicílio.

Após sair do hospital de reabilitação, tudo o que aprendi foi muito útil, me ajudou muito [...] não sei como seria se não tivesse aprendido tanta coisa [...] hoje sou independente (P8).

Aprendi muita coisa, me ajudou muito mesmo! Minha mãe também me auxiliou muito nessa fase, durante a reabilitação, ficou um tempo comigo [...] eu me considero assim uma pessoa independente, eu tenho veículo adaptado, então eu entro no veículo, saio do veículo, guardo a cadeira sozinho, é, em casa minha higiene também, tudo sozinho, eu tenho uma cadeira de banho, faço a transferência, volto, enfim, para a cama também, faço as transferências, volto, bem, bem independente assim, está tranquilo (P9).

Em contraponto a essa realidade, muitas vezes o ambiente no hospital de reabilitação propicia um aprendizado constante, por ser ambiente preparado para o treinamento das atividades de vida diária; porém pode ser fator complicador, quando a pessoa com lesão medular se depara com a sua realidade, com o seu ambiente no domicílio, conforme percebe-se nos relatos:

Na minha residência em relação a esses cuidados, foi um inferno, tenho para te dizer que foi um inferno, bem complicado, até porque assim ó, minha casa não estava preparada para nada, nada, nada, nada, a, o único lugar que eu conseguia ir era da cozinha no meu quarto, não conseguia mais nenhum cômodo (P4).

Quando voltei para casa... Foi ruim, porque eu não tinha nada adaptado, era bem alto, tinha uma escada assim, a casa era bem velha, daí uma amiga minha me arrumou uma cama de hospital, eu levei seis meses pra eu começar a escovar os meus dentes e começar a comer sozinha. Era tudo a mãe, meu padrasto minhas irmãs que faziam o que tinha que fazer por mim, higiene, alimentação, água, medicamento, tudo, tudo (P10).

Quando da chegada no ambiente domiciliar, muitas vezes a pessoa com lesão medular se depara com novas barreiras impostas pela limitação física, ou por questões arquitetônicas, bem como à falta de tecnologias assistivas ao seu dispor. Embora as orientações tenham sido constantes no hospital de reabilitação, há a necessidade de que estas sejam direcionadas à realidade de cada pessoa, para que efetivamente influencie na independência para as atividades de vida diária quando no domicílio.

No hospital de reabilitação tinha tudo [...] mas em casa nem sempre podemos comprar uma cadeira de banho, um guindaste, sai muito caro, nem todo mundo pode comprar (P2).

Assim, a orientação ensina o máximo de cuidados para não ficar forçando muito, e bastante fisioterapia, bastantes exercícios, onde que eu conseguiria não deixar atrofiar os membros superiores [...] aprendi muito na reabilitação [...] mas quando cheguei em casa, foi bem difícil, nada era adaptado, minha cadeira não passava nas portas (P3).

A equipe de Enfermagem na reabilitação me ajudou muito nos cuidados, a ser mais independente [...] mas chegar em casa, é uma nova realidade! (P9).

Quando cheguei em casa mesmo reabilitado foi diferente [...] porque a gente aprende no dia a dia mesmo, vai se virando, e as vezes nem sempre do jeito que eles ensinam lá a gente consegue fazer, depende da lesão, e eu fui me adaptando dia a dia (P10).

A partir da categoria orientações do cuidado em saúde no ambiente hospitalar e sua interferência nas atividades de vida diária de pessoas com lesão medular e do referencial de análise adotado é possível destacar que às alterações de ordem físicas, psicológicas e sociais afetam de modo considerável a vida da pessoa com lesão medular; bem como a vida da família e da sociedade onde essa pessoa está inserida; provocam um grande impacto sobre a saúde e bem-estar<sup>19</sup>.

Os entrevistados relatam a importância das orientações, evidenciando que o aspecto educacional da saúde pode ser afetado por vários fatores como o estado de saúde das pessoas com lesão medular, sua receptividade para o cuidado, além das complicações que podem afetar esse cuidado, entre eles a depressão que afeta muitas pessoas<sup>12</sup>. A pessoa com lesão medular deve ser incentivada a autonomia para vários atos na vida diária. Dentro desses aspectos, as intervenções de Enfermagem no cuidado em saúde sedimentam essa perspectiva de liberdade.

Devido às alterações, deve-se considerar o que cada pessoa é um ser individual com história de vida e características próprias, que podem determinar de forma decisiva as capacidades funcionais e psicossociais preservadas para serem trabalhadas na sua reabilitação<sup>20</sup>.

Tanto o cuidado em saúde prestado no atendimento pré e hospitalar, na fase aguda da lesão medular, bem como aquele prestado no hospital especializado, quando a pessoa já se encontra na fase de reabilitação, de maneira diferente de acordo com a fase da lesão, são fundamentais para auxiliar na aquisição da independência.

A compreensão dos cuidados no domicílio é fundamental e realizá-los é prática constante e contínua da pessoa com lesão medular no decorrer dos anos de convivência com sua lesão. A pessoa só poderá se beneficiar dos avanços tecnológicos e da ciência, se conseguir manter-se física e clinicamente estável, sem complicações associadas à lesão medular, o que permite o aumento da sobrevida e da respectiva qualidade de vida.

É consenso na literatura que a reabilitação da pessoa deva ocorrer de maneira mais precoce possível e que se inicia no momento que a pessoa teve a lesão medular, pois facilita à aquisição de ganhos funcionais posteriores a fase inicial<sup>21,22</sup>.

Na pesquisa ficou evidenciado que os participantes percebem que o envolvimento da família e cuidadores no processo de reabilitação são fundamentais na aquisição da independência da pessoa com lesão medular. Isso é identificado desde o início até a continuidade da reabilitação no domicílio e seu acompanhamento após o trauma, as orientações das atividades da vida diária, o acompanhamento e a supervisão do autocuidado e muitas vezes da intervenção na prestação desses cuidados.

Cabe salientar que as orientações de cuidado em saúde precisam extrapolar o ambiente hospitalar, seja no contexto das instituições de reabilitação ou no hospital geral, pois o atendimento as pessoas com lesão medular, constitui um desafio para os profissionais de saúde e estes por sua vez devem envolver a família e a rede social de apoio no cuidado para que a qualidade de vida da pessoa possa se restabelecer o mais precocemente possível, ampliando sua expectativa de vida<sup>22</sup>.

Percebe-se a partir da pesquisa que a pessoa com lesão medular, quando sujeita a essa nova fase de vida necessita não somente do cuidado contínuo, mas principalmente do cuidado em saúde visando à aquisição da sua independência para as atividades diárias. Esse processo educacional e de independência da pessoa deve ser realizado diariamente, não somente com a pessoa que necessita ser cuidada, mas também sua família e seus cuidadores. O cuidado em saúde deve começar no momento da lesão medular, com orientações a pessoa vítima do trauma,

a família, amigos, sociedade e rede social de apoio, para que entendam o que é a lesão medular e quais suas implicações para sua vida diária, principalmente quando no ambiente domiciliar.

A chegada no hospital especializado (reabilitação) é carregada por inúmeras expectativas sobre a condição de saúde e a reabilitação da capacidade físico-funcional<sup>22</sup>. As orientações recebidas ao longo da reabilitação vão sendo acumuladas na prática diária da pessoa com lesão medular, através do aprendizado teórico sobre a lesão, bem como no desenvolvimento de suas potencialidades diárias, desde os aspectos sobre a patologia, aos cuidados com a pele, intestino, bexiga, transferências, higiene corporal entre outras. Estas orientações necessitam de uma prévia programação e o estabelecimento de metas precisa ser acordado entre a equipe reabilitadora e a pessoa com lesão medular, para que os resultados sejam efetivos nesse processo.

Evidenciou-se na pesquisa que o treinamento diário deve visar o alcance máximo de suas potencialidades na aquisição da independência funcional, o que pode ser traduzido através da conquista das metas acordadas com a equipe e da dedicação da pessoa, família e cuidador.

Nas orientações das atividades diárias no ambiente domiciliar, a família exerce um papel fundamental na readaptação da pessoa com lesão medular, mas para isso é necessário o suporte da equipe de Enfermagem que deve possuir conhecimentos amplos para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como deve conhecer a realidade local da pessoa com lesão medular facilitando e informando sobre o acesso aos serviços de saúde<sup>9-11</sup>.

Os achados da pesquisa corroboram com os autores, quando afirmam que a família exerce um papel fundamental na readaptação da pessoa com lesão medular, mas para isso é necessário o suporte da equipe de Enfermagem que deve possuir conhecimentos amplos para auxiliar nesse processo de reinserção social, bem como deve conhecer a realidade local facilitando e informando sobre o acesso aos serviços de saúde<sup>9-11</sup>.

As orientações do cuidado em saúde adquiridas ao longo do processo de reabilitação serão efetivadas, quando do retorno ao domicílio e sua aplicação nas atividades de vida diária podendo auxiliar na conquista da liberdade para desenvolver as ações cotidianas com o mínimo grau de dependência da família e cuidadores. Os participantes do estudo destacaram a importância significativa da família no processo de reabilitação e compreendem a necessidade da aquisição da independência funcional.

Embora os ambientes das instituições de reabilitação estejam preparados funcionalmente para o atendimento as pessoas com lesão medular, através de uma equipe multiprofissional treinada e com tecnologias assistivas a disposição dos programas de reabilitação, essa prática necessita ser condizente com a realidade vivida por cada pessoa, para que esse aprendizado possa ser empregado de forma adequada e segura quando da chegada no ambiente domiciliar e as atividades de vida diária possam ser realizadas de maneira independente. Desta forma, se comprova a declaração de tese, de que os cuidados em saúde melhoram a qualidade de vida da pessoa com lesão medular.

## **CONCLUSÃO**

O atendimento a pessoa com lesão medular ocorre na maioria das vezes por serviços especializados de primeiros socorros (Bombeiros, SAMU), esse atendimento não tem sido organizado de forma sequencial quando na entrada ao serviço hospitalar geral; as instituições hospitalares precisam prestar um cuidado visando a independência funcional, e serem efetivas na prestação dos cuidados em saúde para que a reabilitação inicie precocemente, evitando complicações secundárias a lesão medular. O cuidado em saúde é fundamental, principalmente nas primeiras orientações que a pessoa e a família recebem quando da sua internação.

Nas falas dos participantes da pesquisa foi possível identificar em alguns momentos, que o cuidado prestado pelos serviços hospitalares gerais, ainda não atendem de maneira efetiva as expectativas e necessidades da pessoa com lesão medular e que as instituições necessitam capacitar seus profissionais de saúde para que sigam as recomendações internacionais de protocolos a essa clientela, contemplando as orientações iniciais sobre o cuidado na fase aguda da lesão e integralizando-as às orientações no momento da alta hospitalar voltadas ao domicílio ou à sua chegada no hospital de reabilitação.

## **REFERÊNCIAS**

1. Feuerwerkr LCM, Bertussi DC, Merhy EE. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. 448p.
2. Mancussi e Faro AC. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Rev Esc Enferm da USP. 2006;40(1):128–33. Doi: 10.1590/S0080-62342006000100019
3. Andrade VS, Faleiros F, Balestrero LM, Romeiro V, Santos CB Dos. Social participation and personal autonomy of individuals with spinal cord injury. Rev Bras Enferm. 2019;72(1):241–7. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0020



4. Palimaru A, Cunningham WE, Dillistone M, Vargas-Bustamante A, Liu H, Hays RD. A comparison of perceptions of quality of life among adults with spinal cord injury in the United States versus the United Kingdom. *Qual Life Res.* 2017;26(11):3143–55. Doi: 10.1007/s11136-017-1646-x
5. Kryger MA, Crytzer TM, Fairman A, Quinby EJ, Karavolis M, Pramana G, et al. The Effect of the Interactive Mobile Health and Rehabilitation System on Health and Psychosocial Outcomes in Spinal Cord Injury: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2019;21(8):e14305. Doi: 10.2196/14305
6. Garcia FR, Salimena AM, Amorim TV. Sentidos da Pessoa Hospitalizada na Vivência da Internação: implicações para a Segurança da Assistência. *Rev Enfermagem Atual In Derme.* 2018;86(24):01-12. Doi: 10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.89
7. Nunes DM, Morais CR, Ferreira CG. Fisiopatologia da Lesão Medular: uma revisão sobre os aspectos evolutivos da doença. *Revista GETEC.* 2017;6(13):88–103. Available from: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/getec/article/view/1030>
8. Tedde ML, et al. Diaphragmatic pacing stimulation in spinal cord injury: anesthetic and perioperative management. *Clinics.* 2012;67(11):1265-1269. Doi:10.6061/clinics/2012(11)07
9. Ruiz AGB, Barreto M da S, Peruzzo HE, Schoeller SD, Decesaro M das N, Marcon SS. Actions of the Support Network for People with Spinal Cord Injury. *Reme Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1116. Doi: 10.5935/1415-2762.20180051
10. Eberhard B, Knüppel Lauener S, Mahrer Imhof R. Perspectives From Family Caregivers of Persons With Spinal Cord Injury in Hospital Versus Rehabilitation. *Rehabil Nurs.* 2019;44(6):311–8. Doi: 10.1097/RNJ.0000000000000143
11. França ISX, Coura AS, Sousa FS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Qualidade de Vida em Pacientes com Lesão Medular. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):155–63. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/06.pdf>
12. Stein DM, Sheth KN. Management of Acute Spinal Cord Injury. *Contin Lifelong Learn Neurol.* 2015;21(1 Spinal Cord Disorders):159–87. Doi: 10.1212/01.CON.0000461091.09736.0c
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ERI. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27. Doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003
14. Albuquerque AL. Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.
15. Venturini DA, Decesaro MDN, Marcon SS. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;27(2):219–29. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4600>



16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2015.
17. Tanneru K, Tanneru K, Gautam S, Norez D, Kumar J, Alam MU, et al. Evaluation of Genitourinary Complications After Spinal Cord Injury. *J Urol.* 2020;203:e697. Doi:10.1097/JU.0000000000000903.08
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2016. 280 pag
19. Vall J. *Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida.* São Paulo: Editora Atheneu; 2013. 318 pag.
20. Schoeller SD, et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. *Rev Eletr Enf.* 2012;14(1):95-103. Doi: 10.5216/ree.v14i1.12453
21. Silva GA, et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. *Texto contexto - enferm.* 2012;21(4):929-36. Doi:10.1590/S0104-07072012000400025
22. Bampi LN, Guilhem D, Lima DD. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Rev. bras. epidemiol.* 2008;11(1):67-77. Doi:10.1590/S1415-790X2008000100006

## CAPÍTULO 20

### CORPOREIDADE E CUIDADO: O COTIDIANO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DO PACIENTE PERIOPERATÓRIO

Ariane de Lourdes Gomes Bueno  
Denise Consuelo Moser Aguiar  
Gelson Aguiar da Silva Moser  
Suelem Klein  
Suellen Rodrigues de Oliveira Maier  
Valéria Silvana Faganello Madureira

#### INTRODUÇÃO

Ao contextualizar o cuidado perioperatório, por meio da Enfermagem perioperatória, pretende-se estabelecer o cuidado ao paciente cirúrgico e sua família, isto é, prover o cuidado de Enfermagem na experiência cirúrgica<sup>1</sup>.

O período perioperatório é descrito por meio das etapas que esse tempo compreende: as fases, pré, trans e pós-operatórias. A fase pré-operatória se inicia quando se decide a realização do procedimento cirúrgico anestésico, findando com a locomoção do paciente até a sala cirúrgica, já a fase intraoperatória ou transoperatória, compreende o procedimento cirúrgico propriamente dito até a conclusão do mesmo, e por fim, a última fase, a pós-operatória é quando se admite o paciente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA)<sup>2</sup>.

O ato de cuidar deve ser guiado pelos princípios éticos e bioéticos, levando em consideração que o profissional ao fazer uso do seu conhecimento para proporcionar o bem-estar e a saúde do paciente, o deixa em posição de comprometimento e responsabilidade social e profissional<sup>3</sup>. Sendo assim, é imprescindível que não se limite a desenvolver apenas seu conhecimento técnico e científico, mas possibilite uma linha de diálogo com o paciente, oportunizando que este seja independente na tomada de decisão no que diz respeito ao seu cuidado.

Um dos papéis mais relevantes realizados pela equipe Enfermagem no centro cirúrgico, é o de recepcionar o paciente assegurando um cuidado especial, sempre visando garantir a sua segurança bem como a sua integridade. Essa recepção acontece, quando o paciente adentra o centro cirúrgico, onde é realizado o *'Check list'* (Protocolo de Cirurgia Segura) assim como, os sinais vitais deste. A partir desse momento conversas são formadas, sendo importante passar confiança e acalmá-lo para o procedimento que está por vir<sup>4</sup>.

Sob esta ótica, o ser que cuida e o ser cuidado em todas as suas singularidades, revelam todos os seus sentimentos, emoções, estilo de vida, construtos de difícil mensuração, que modelam a experiência humana. Sob o mesmo olhar, o cotidiano está conectado com a realidade de um determinado contexto, integrando as expressões e a maneira de viver e conviver entre as pessoas<sup>5</sup>.

A Enfermagem lida constantemente com o corpo do ser cuidado, e neste movimento, a corporeidade de quem cuida se evidencia no cotidiano da Enfermagem, pois a equipe está envolta na dimensão do cuidado e nos afazeres diários. Ao perceber a subjetividade do outro, a Enfermagem se vê frente a frente com a sua corporeidade, que transcende o ato físico de cuidar e permeia sua intencionalidade de ser afetivo e amoroso. Ao cuidar, o profissional se depara com sentimentos distintos, pois a Enfermagem vivência um cotidiano repleto de tarefas e muitas vezes, ao se debruçar nessas ações com normas e protocolos, se distanciam do cuidado atento e afetuoso com o paciente.

Dessa maneira, vislumbra-se a importância do cuidado, no que se refere a admissão do paciente cirúrgico, às atividades descritas como função da equipe de Enfermagem no Centro Cirúrgico, que permeiam a recepção e identificação do paciente; encaminhamento ao bloco cirúrgico, especificamente a sala de cirurgia; recepção e avaliação na sala de recuperação anestésica<sup>6</sup>.

A partir da contextualização da temática proposta, reafirmou-se que o interesse na realização dessa pesquisa, surgiu a partir do contato com os profissionais responsáveis pela recepção do paciente no centro cirúrgico, durante as atividades teórico práticas no bloco operatório, além da afinidade pela área. Nesta perspectiva vislumbrou-se o presente estudo durante o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso durante a graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Frente às inquietações acerca do cuidado ofertado durante a chegada do paciente ao centro cirúrgico, questionou-se: Como se dá o cuidado da equipe de Enfermagem, durante a admissão do paciente na sala pré-operatória? Para responder tal questionamento, a pesquisa teve como objetivo: analisar como a equipe de Enfermagem percebe a corporeidade e o cuidado em seu cotidiano durante a admissão do paciente no centro cirúrgico.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, pois trabalha com sensações, percepções, crenças, valores e a subjetividade<sup>7</sup>. Utilizou-se como referência teórico a abordagem etnográfica<sup>8</sup>, pois pode representar uma nova forma de cuidar, que leva em consideração as necessidades do paciente sob o prisma do seu grupo cultural, o qual pode revelar novas dimensões para a prática da profissão.

A etnografia lida com relações, transcrição de textos, levantamento de hipóteses, mapeia ambientes específicos, adentra nas práticas do cotidiano, e as relata em diário de campo descrevendo detalhadamente os dados extraídos das práxis vividas<sup>9</sup>.

O campo da pesquisa deu-se no cotidiano dos profissionais de Enfermagem, respeitando os preceitos éticos conforme a legislação brasileira em vigência. Os sujeitos da pesquisa foram seis profissionais de Enfermagem atuantes no centro cirúrgico de um hospital do oeste catarinense (enfermeiros, técnicos e técnicos do transporte), com a garantia da confidencialidade a partir do sigilo dos participantes e o uso de codinome (flor).

A coleta dos dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2019, nos diferentes turnos, com a observação participante, diário de campo e entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro.

A análise dos dados, deu-se por meio da análise de conteúdo<sup>10</sup> ancorada na abordagem conceitual da pesquisa etnográfica, seguindo as respectivas etapas: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFS), com o parecer de número 3.130.487, em 04 de fevereiro de 2019.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Considerando as falas, foram criadas três categorias a partir dos principais elementos e temas emergidos nas entrevistas, compondo os seguintes capítulos: O cotidiano evidenciado na admissão do paciente perioperatório; Corporeidade e cuidado: Percepções da equipe na admissão do paciente perioperatório e O cuidado do paciente na admissão perioperatória: Potencialidades e fragilidades, os quais são apresentados nos quadros 1, 2 e 3 abaixo e serão discutidos a seguir.

**Quadro 1 – Categorização do cotidiano**

Categoria/ cap.	Unidade registro	Falas dos sujeitos	Observações
O cotidiano evidenciado na admissão do paciente perioperatório	Registros e observação	F1: muito longe de atingir a perfeição, falta funcionários e muito demanda de serviço;	*Registros da observação de campo: Orientação aos pacientes e atenção aos protocolos, quanto a vestimenta, adornos;
	Falta de Funcionários e suporte;	A qualidade fica comprometida; O paciente não é atendido como deveria.	Conferencia de exames;
	Estrutura deficiente e provisão de materiais;	F2: Eu atuo sozinha aqui na admissão, fizemos o que é possível e poucos funcionários do transporte (FT), A estrutura e o espaço são pequenos;	Conflito com a enfermeira coordenadora, sobre a qualidade da assistência; E não ouvir os funcionários;
	Normas não cumpridas E exigidas somente da Enfermagem;	Não somos equipados para atender uma emergência como deveria; Se tiver uma emergência, preciso pedir auxílio;	Turnos agitados, alta demanda; Queixas sobre os diferentes turnos, por não atenderem os protocolos de admissão;
	Segurança prejudicada;	F3: "Existem algumas normas Desnecessárias;	Sobrecarga de pacientes para admitir e espera;
	Rotina para os diferentes turnos;	Alguns avanços nas normas em relação a admissão do paciente;	Reclamação do turno da noite; Muito atraso da cirurgia;
	Protocolos não usados;	Contratação de técnicos de Enfermagem para o transporte do paciente, que traz benefícios para o paciente;	Aplicado advertência pela enfermeira a funcionária, por conduta falha no trato com o paciente;
	Coordenadora atenta na produção de cirurgia;	O check list é uma segurança para o paciente, ocorre a conferencia dos exames, jejum, e verificação de alergia.	Condutas inapropriadas da equipe, risadas; Solicitação de cumprimento dos protocolos;
	Falta de gestão em pessoas;	Protocolos para a vestimenta foi implementado;	Fluxo intenso de pacientes na recepção;
	Ausência do enfermeiro na unidade;	Não adesão aos protocolos pelos médicos e residentes; Somente a enfermagem cumpri as normas. Se é para um é para todos.	No turno da noite não tem enfermeira e nem técnicos na admissão; Qual a prioridade? O que é preciso ser feito? Qual o papel da equipe?
	Assistência deficitária;		
	Muito atraso nas cirurgias.		

**Fonte:** Dados coletados pela pesquisadora, 2019.

**Legenda:** FLOR 1, FLOR 2 e FLOR 3, referente a F1, F2, F3, as quais demonstram as falas dos entrevistados; \* registros de campo da pesquisadora.

## Quadro 2 – Categorização do cuidado e da corporeidade

Categoria/ cap.	Unidade registro	Falas dos sujeitos	Observações
Corporeidade e cuidado: Percepções da equipe na admissão do paciente Peri operatório.	Registros mais evidentes Corporeidade: mente espírito; Corpo é base; Espiritualidade é o ser humano; Acolhimento.  Dificuldade na gestão; Falta de pessoal; Instituição; Sobrecarga de trabalho; Descuido no cuidado, evento adverso; Alta demanda de cirurgias.	F1: “O paciente não é atendido como deveria; tenta fazer o melhor; acredita que os maqueiros também prestam o seu serviço da melhor maneira possível; Corpo é a base do paciente, e a corporeidade é a mente, a espiritualidade é o ser humano; O cuidado que todo mundo merece, é a qualidade”.  F2: “A corporeidade para mim, é aquilo que vai além do corpo é o interior dela, é a pessoa em si; tentamos acolher o paciente da melhor maneira possível. O ambiente é pequeno, mas atendemos a todos bem, apesar das condições”.  F3: “fluxo intenso, não se consegue cuidar como deveria, é diferente nos setores, a visão e a realidade do CC, mas se faz um ótimo trabalho com o que a gente dispõe. A enfermeira não consegue prestar um cuidado adequado como deveria, pelo excesso de atividades, dependo da minha equipe para funcionar. Situações com pacientes com lesão, ocorrem sim; Falta de funcionários, alto número de procedimentos realizados, não é desculpa.	* Registros da observação de campo: O turno da noite não medicou um paciente, a equipe não viu; Brincadeiras com os pacientes, risadas e constrangimentos; Desatenção aos detalhes como marcar o local da cirurgia; Os funcionários do transporte (FT) têm uma boa relação, atendem bem; fazem aferição dos sinais o vestir do paciente; A formação do (FT), é parcial em técnico de Enfermagem; Conversas inapropriadas da equipe em alguns procedimentos; Ausência da aplicação dos protocolos de marcação cirúrgica; A técnica mostrou-se atenciosa e amorosa com os pacientes; Situação com paciente que realizaria uma cirurgia ortopédica, e este veio caminhando da recepção central (entrada do hospital) até a área de admissão, com risco pelo seu quadro e a segurança; Postura antiprofissional de funcionários com colegas, e pacientes; Observado pacientes na recepção sem pulseira de identificação; Uma funcionária da tarde atenta com o bem-estar do paciente; Humanização e acolhimento presente em muitos gestos e ações; Espera, angústia de pacientes e famílias, em situação com criança; Ausência de afetividade da equipe médica; Muitos pacientes e familiares vistos como queixosos.

**Fonte:** Dados coletados pela pesquisadora, 2019.

**Legenda:** FLOR 1, FLOR 2 e FLOR 3, referente a F1, F2, F3, as quais demonstram as falas dos entrevistados; \* registros de campo da pesquisadora.



**Quadro 3 – Categorização das potencialidades e fragilidades**

Categoria/ cap.	Unidade registro	Falas dos sujeitos	Observações
O cuidado do paciente na admissão perioperatória: Potencialidades e fragilidades	Registros e observação	F1: A equipe pode melhorar mais; se esforçar mais no atendimento ao paciente; os colegas são pessoas boas de trabalhar; a estrutura difícil, pois, não tem equipamentos, nem o <sup>2</sup> . A sala é pequena e apertada, o número da equipe é pouco, se ocorrer uma emergência o paciente ficaria sozinho para pedir ajuda.	A equipe tem que trabalhar em harmonia e concentração, sendo que o trabalho começa desde a recepção e vai até a sala de recuperação, findando com o sucesso da alta do paciente;
	Boa equipe, dedicada; Necessita provisão de equipamentos e materiais;	F2: O espaço precisa readequar, mais funcionários para melhorar a qualidade do serviço; acredito que todos fazem o seu melhor, mesmo com as dificuldades não deixamos de atender as pessoas; Tem alguns colegas que precisam se atentar mais no serviço; Prestar mais atenção, mais agilidade; Melhorar a identificação segura; Maior zelo e atenção.	A técnica da recepção do turno vespertino está sempre tentando fazer o seu trabalho da melhor maneira possível, porém mesmo com sua disposição, rotina parece corromper o seu trabalho; Enfermeira muito irritada com uma situação; Necessidade de capacitar os funcionários;
	Normas na segurança do paciente; Empenho de todos no cuidado; Nova construção do hospital, sem espaço disponível	F3: Aqui temos pouco espaço, na área nova em construção, não será muito diferente; Penso que os responsáveis pelo projeto, não tem visão da realidade, acho que para receber melhor o paciente precisaria de um espaço maior.	Nas trocas ou folgas, os demais funcionários não gostam de substituir os colegas da admissão; Sem conhecimento do fluxo e protocolos;

**Fonte:** Dados coletados pela pesquisadora, 2019.

**Legenda:** FLOR 1, FLOR 2 e FLOR 3, referente a F1, F2, F3, as quais demonstram as falas dos entrevistados; \* registros de campo da pesquisadora.

A Enfermagem desde seu surgimento, é vista como uma profissão comprometida com o bem-estar, com a saúde e com a qualidade de vida dos pacientes, família e coletividade. Nesse sentido, o cotidiano que configura a admissão do paciente cirúrgico, através de um cuidado qualificado, especializado e assertivo. Dito isto, a segurança do paciente se torna um dos critérios fundamentais para esse cuidado, vindo com o intuito, de minimizar eventos adversos e iatrogenias nos espaços de saúde<sup>11</sup>.

Os profissionais de Enfermagem compreendem e visualizam a importância de um cuidado de qualidade ao paciente, porém, o cotidiano atual que eles estão inseridos trazem aspectos sobre o número inadequado de profissionais no setor, o que fica evidente nas falas de Flor 2.



De acordo com os relatos, percebe-se que existe uma deficiência na quantidade de profissionais que trabalham na sala pré-operatória, pois os que têm não são suficientes para cobrir a demanda do serviço. Além disso, o espaço físico do setor, é deficitário em vários aspectos, tanto estrutural como técnico. A qualidade do atendimento ofertado ao paciente, fica prejudicada, quando a estrutura organizacional do ambiente hospitalar, revela a quantidade insuficiente de profissionais da Enfermagem em relação a demanda e a necessidade do serviço<sup>12</sup>.

Outro aspecto importante entrelaçado ao cuidado do paciente, é com relação a qualidade do cuidado e a segurança dele, a partir da utilização do Protocolo de Cirúrgica Segura (*check list*), adotado pela instituição durante o período perioperatório, devido à importância dos dados obtidos, como as situações do paciente e intercorrências no procedimento cirúrgico, entre outras.

Acerca da segurança do paciente, vale ressaltar a importância das normas e dos protocolos dentro dos espaços hospitalares, pois estes implicam diretamente no cuidado ofertado ao paciente, que é submetido a um procedimento mais complexo, como é o caso da cirurgia. Além disso, outro ponto relevante que foi mencionado acima, é o trabalho realizado assertivamente pelos profissionais de Enfermagem, no que diz respeito ao preenchimento do protocolo de cirurgia segura, o qual faz toda a diferença para a vida do paciente.

É imprescindível que haja uma ligação em todas as fases que permeiam o cuidado no período perioperatório, por isso a relevância de ferramentas tecnológicas leve-dura, como é caso do *check list* que visa garantir o seguimento desse cuidado ao paciente cirúrgico<sup>11</sup>. Por se tratar de um ambiente totalmente diferenciado e complexo, o centro cirúrgico vem munido de normas e rotinas próprias que embasam o seu cotidiano. Pelo fato de ser uma unidade com cuidados específicos e singulares, a dinâmica de trabalho e o relacionamento entre os profissionais deste setor, precisa se dar de uma forma que todos falem a mesma linguagem, para um cuidado adequado ao paciente<sup>13</sup>.

No que diz respeito às normas e rotinas da sala pré-operatória (SPO), estas se fazem extremamente necessárias para manter o setor com um funcionamento equilibrado. No entanto, o excesso dessas normas somado a uma rotina intensa de trabalho causa um desgaste nos profissionais, que não conseguem visualizar importância dessas normas para cotidiano. Referente ao relato exposto acima, se percebe a frustração por parte do profissional com relação as normas que já existem no ambiente de trabalho, as quais ela considera pouco assertiva. Um exemplo é o uso de camisa de manga longa por baixo do uniforme (pijama), uma norma que

foi instituída para todos os profissionais, mas que somente a equipe de Enfermagem segue. Esta situação demonstra a fragilidade nas rotinas e normas instituídas.

Por outro lado, novos olhares se fundem com movimentos positivos no setor, passos assertivos tomados pela gerência, faz com que a equipe de Enfermagem presencie em determinadas ocasiões, tais movimentos, como podemos perceber neste relato de Flor 3.

Diante do novo cotidiano vivenciado pelos profissionais, é inegável que a valorização do cuidado começa a acontecer nesse espaço, mesmo que de forma lenta. Fica evidente nesse momento, o quão é importante que o trabalho seja realizado e pensado, de modo a olhar integralmente para o ser cuidado, assim como para a equipe, pois um profissional bem-preparado é um profissional seguro. Afinal, todas as ações elaboradas são baseadas em protocolos assistenciais e normas instituídas, com o intuito de alcançar resultados efetivos no que tange a qualidade do cuidado<sup>14</sup>.

Ressalta-se a importância de um cuidado diferenciado a cada paciente, levando em consideração as subjetividades. Diante desse movimento, a equipe de Enfermagem é o elo, une ambos durante todo esse processo, pois o procedimento cirúrgico não precisa ser solitário para o paciente. Sendo assim, em diversos momentos, a equipe se preocupa como o cuidado é ofertado ao paciente na SPO, e sabem a importância da assistência adequada.

Refletindo sobre o exposto, cabe destacar que os profissionais realmente se preocupam com o paciente e com o processo de trabalho que se dá cotidianamente, porém, na vivência com a equipe, percebeu-se que em inúmeros momentos quando o fluxo de trabalho se encontrava menos intenso, a equipe de Enfermagem, não procurava desenvolver outras ações para potencializar a assistência, tornando-a mais efetiva.

Contudo, o cotidiano vivenciado pela equipe de Enfermagem, se depara com inúmeros obstáculos que dificultam o cuidado aplicado, como ausência de organização, mas, principalmente no que diz respeito ao fluxo de trabalho, falta de procedimento padrão, o cuidado realizado com embasamento científico, espaço físico em desacordo com o preconizado, insuficiência de atividade multiprofissional, poucos profissionais para cobrir a demanda de serviço, somado a desatenção com o paciente, no que tange a sua segurança e individualidade<sup>11</sup>.

Observa-se situações que acontecem repetidamente no cotidiano desses profissionais, como a quantidade de produção de cirurgias diárias, que se comprova quando os ambientes ficam extremamente lotados, aglomerando pacientes em ambos os espaços do Centro Cirúrgico,

incluindo a SPO e a SRPA. Sendo assim, fica claro que a preocupação do serviço se refere ao aumento da produção, mesmo que esta seja importante, quando o olhar se volta somente para o produto, o cuidado fica negligenciado.

Nessa perspectiva, é possível que a equipe de Enfermagem em seu cotidiano, na perspectiva da corporeidade, perceba os seus corpos de maneira diferente, preste atenção no que ele revela vindo de encontro com a sua própria corporeidade. Através dessa autossensibilização, acontece a contribuição das relações sociais humanas, num mesmo espaço de cuidado<sup>15</sup>.

Nesse olhar, tanto o corpo quanto a corporeidade fazem parte desse ato de cuidar do outro, preceitos que estão interligados com a humanização da assistência de Enfermagem. A expressão da corporeidade do corpo que é cuidado, conversa com o ser que cuida esse corpo, sendo assim, é preciso haver uma sensibilidade do profissional para captar os sentimentos que aquele corpo expõe, só assim se consegue ofertar um atendimento minucioso e de qualidade<sup>16</sup>.

Outro ponto que costura a corporeidade no CC, é o manuseio dos corpos durante os procedimentos cirúrgicos. A temática da manipulação dos corpos<sup>17</sup> para a realização de procedimentos de Enfermagem no ambiente hospitalar, e revela a relação do domínio que a equipe exerce, sobre o corpo dos pacientes internados.

Neste depoimento, pôde-se observar a ausência de sensibilidade, vista como importante para o processo de cuidar, que olha para a corporeidade de cada indivíduo. Também é possível perceber, que a afetividade não rodeia cotidianamente o trabalho da equipe, nem a empatia. Cada forma de cuidado impacta consideravelmente a vida das pessoas, pois sofrem influências das vivências do cotidiano, sendo pelo espaço onde se encontra ou até mesmo pelas relações humanas, que são dotados de sentimentos e emoções<sup>18</sup>. No cotidiano do cuidar, os profissionais percebem as fragilidades, assim como, as potencialidades que permeiam o processo de trabalho.

Em meio as dificuldades que permeiam o cotidiano de trabalho dos profissionais de Enfermagem, fica evidente que é imprescindível, que todos os membros integrantes da equipe compreendam as suas reais responsabilidades e limites de atuação, para que tanto o funcionamento do serviço, quanto o trabalho exercido pelo profissional seja de fato assertivo<sup>19</sup>.

Ao bordar o cuidado ao paciente, a equipe de Enfermagem se depara com as relações interpessoais estabelecidas no dia a dia do ambiente de trabalho em que se encontram, e tais relações contribuem diretamente no cuidado ofertado a todos que adentram esse espaço. Quanto as potencialidades observadas no cotidiano da equipe de Enfermagem, destacou-se a

comunicação, a qual reforça a importância do trabalho em equipe, dito em diferentes momentos da pesquisa. O trabalho baseado na comunicação, constrói uma ferramenta facilitadora no relacionamento interpessoal entre os profissionais, uma vez que essas relações configuram um cuidado ao assertivo, e mais importante, afetivo para o paciente<sup>19</sup>.

Nas relações com o paciente cirúrgico, destacaram-se os fatores que dificultam o processo de cuidar afetivo, denominado como fragilidades. Na equipe de Enfermagem perioperatória, se apresentam cotidianamente um cuidado frágil na relação com o paciente. São inúmeras as justificativas nesse contexto, que de certa maneira maquiam a ausência de afetividade, o desgaste do trabalho, numa rotina que fratura e vicia o profissional, o tornando frio ao olhar para o cuidado. Soma-se a isso, a escassez de recursos materiais, espaço físico conflituoso, que permeia todos que estão envolvidos nesse ambiente. Outro ponto fundamental, capturado no enredo do CC, são as relações de poder, que ficam evidenciadas nos labirintos desse lugar. A hierarquia e o poder capilar, entendido por Foucault como uma ação que é expressa através das relações entre os indivíduos, as quais se incorporam e se difundem nas redes sociais, da qual fazem parte a família, os círculos de amizade, e o ambiente hospitalar<sup>20</sup>.

Os estudos atuais apontam a relevância de um ambiente humanizado que incluem e ofertem conforto e bem-estar, não somente para o paciente, mas também para o profissional. Por esse motivo, a instituição hospitalar tem a obrigação de promover um espaço que venha atender tanto as necessidades de cuidados dos pacientes, quanto a práticas dos profissionais, colaborando e contribuindo para as relações entre o ser cuidado e o ser que cuida, melhorando e construindo assim, um nova forma de cuidar com um olhar voltado a integralidade e subjetividade do paciente<sup>21</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Os espaços de saúde vêm se modificando significativamente, para poder se adaptar aos novos processos de cuidado e as tecnologias leves ofertadas ao paciente. Nesse sentido, transfigura-se o olhar, tanto para o biológico, quanto para o humano, desfazendo a visão de corpo que “monta e desmonta”, mas percebendo novas vertentes, as quais buscam compreender a corporeidade, bem como a subjetividade de cada pessoa, considerando que cada corpo tem uma história.

No cotidiano vivido pela Enfermagem na admissão do paciente cirúrgico, é possível encontrar inúmeros aspectos, os quais vem de encontro a esse cuidado diferenciado mencionado

ao longo do trabalho. É na disposição, auxílio mútuo, no cuidado atencioso e no trabalho realizado em conjunto, que se percebe as potencialidades na assistência ofertada nesse espaço cotidiano, o qual é repleto de momentos de docilidade e empatia.

No entanto, as fragilidades se sobrepõem, no sentido da infraestrutura deficiente, das ações tecnicistas, do dimensionamento reduzido de pessoal, das relações interpessoais dos gestores, e da equipe multiprofissional que dificultam o cuidado afetivo e efetivo na admissão do paciente cirúrgico.

Espera-se que este estudo desperte nos leitores investigações e a criação de espaços de saúde e de ensino nessa área, considerando que o centro cirúrgico é visto como um setor pouco explorado dentro do hospital, e essas barreiras precisam ser modificadas, para que novas perspectivas e melhorias possam adentrar nos espaços fechados da instituição hospitalar. Sugere-se também que outras pesquisas sejam desenvolvidas, no intuito de promover um cuidado diferenciado ao paciente, em especial no momento particular da vida dele, que é o procedimento cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

1. Guido LA, Goulart CT, Brum CN, Lemos AP, Umman J. Perioperative nursing care: na integrative literature review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* 2019;4(6):1601-1609. Doi: 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1601-1609.
2. Madeira MZA, Oliveira EFV. Perioperative nursing care and patient satisfaction. *Revista Interdisciplinar*. 2011;4(2):9-15. Disponível em: <https://docplayer.com.br/36400695-A-assistencia-de-enfermagem-perioperatoria-e-a-satisfacao-do-paciente.html>
3. Baptista MKS, Santos MR, Duarte SJH, Comassetto I, Trezza MCSF. The patient and the relationships of being able to know how to care for nursing professionals. *Escola Anna* Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0064
4. Rocha IF, Pincerati CLA. The role of nurses in the admission of patients to the operating room. 2017. Disponível em: <https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1611370015P700.pdf>
5. Moser DA. Corporeality and care: labyrinth in the training of nurses. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação. 2016;1(21):1-137. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173262>
6. SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Práticas Recomendadas SOBECC*. 7. ed. rev. e atual. São Paulo, SP: SOBECC; 2017.
7. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Collective health science*. 2019;17(3):621-626. Doi: 10.1590/S1413-81232012000300007

8. Lima CMG, Dupas G, Oliveira I, Kakehashi S. Ethnographic research: starting your understanding. *Rev. latino-am.enfermagem*. 1996;4(1):21-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a03>
9. Geertz C. *The Interpretation of Cultures* /Clifford Gertz. 1. ed. Rio de Janeiro. 2008; 323p. Disponível em: [https://moodle.fct.unl.pt/pluginfile.php/122511/mod\\_resource/content/0/Leituras/Geertz01.pdf](https://moodle.fct.unl.pt/pluginfile.php/122511/mod_resource/content/0/Leituras/Geertz01.pdf)
10. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. 4.ed. Lisboa: Edições 70; 2010.
11. Klein S, Aguiar DCM, Moser GAS, Hanauer MC, Oliveira SR. Segurança do paciente no contexto da recuperação pós-anestésica: um estudo convergente assistencial. *Revista SOBECC*. 2019; 24(3);146-53. Doi: 10.5327/Z1414-4425201900030006
12. Silva MA, Guareschi PA, Wendt GW. Is there a subject in Michel Maffesoli? .*Revista da USP*. 2010;21(2):439-455. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v21n2/v21n2a11.pdf>
13. Freitas NQ, Dissen CM, Sangoi TP, Beck CLC, Goulart CT, Marion R. The role of nurses in the surgical center in the perspective of nursing academics. *Revista Contexto & Saúde*. 2011;11(20):1133-1136. Disponível em: <file:///C:/Users/Ariane/Downloads/1756Texto%20do%20artigo-7185-1-10-20130719.pdf>
14. Laccort AA, Oliveira GB. The Importance of Teamwork in the Nursing Context. *Rev. UNINGÁ Review*. 2019;29(3):6-10. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976/1572>
15. Moraes, NF. [Education and corporeality: conflict and pleasure in teachers' daily lives]. (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas. 2007. 132p. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/288/1/Educa%c3%a7%c3%a3o%20e%20corporeidade%3a%20conflito%20e%20prazer%20no%20cotidiano%20dos%20professores.pdf>
16. Pinto AKF. Corporeality and Care: The nurse's view of human existence. *Anais do V Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA)*, Universidade Federal do Pará. 2016. Disponível em: [http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expandidos/relato\\_de\\_experiencia/outra/REL363.pdf](http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expandidos/relato_de_experiencia/outra/REL363.pdf)
17. Kruse MHL. *The powers of cold bodies - the things that nurses are taught*. (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2003. 158p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/3436>
18. Monteiro PV, Almeida ANS, Pereira MLD, Freitas MC, Guedes MVC, Silva LF. When caring for the body is not enough: the emotional dimension of nursing care. *REME*. 2016;20:e957. Doi: 10.5935/1415-2762.20160026
19. Sangiovo S, Andrade A, Arboit EL, Consentino SF. Potentialities and weaknesses of a nursing team in an operating room. *Revista Espaço Ciência & Saúde*. 2015;3(1):1-14.

Disponível em:

<http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5304/0>

20. Furtado RN, Camilo JAO. O Conceito de Biopoder no Pensamento de Michel Foucault. *Rev. Subjetividades*. 2019;16(3):34-44. Doi: 10.23845/kgt.v14i2.141

21. Conceição SD, Alvim NAT. [Surgical Center Environment and its elements: implications for nursing care]. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2019;63(3):427-434. Doi: 10.1590/S0034-71672010000300013



## CAPÍTULO 21

### AMBIENTE DE TRABALHO, RISCOS E ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER SAÚDE: PERCEPÇÕES DE HOMENS AGRICULTORES FAMILIARES

Tatiana Xirello  
Yaná Tamara Tomasi  
Jeane Barros de Souza  
Maria Eduarda de Carli Rodrigues  
Ângela Urio  
Luna Reis

#### INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é considerada uma estratégia promissora de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam os indivíduos e coletividades. No Brasil, com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), surgiram concepções sobre saúde que suscitaram propostas articuladas no que tange à prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de garantir a integralidade no cuidado para a população brasileira<sup>1</sup>.

Diferentemente do contexto urbano, a população rural apresenta características distintas como o rendimento salarial, difícil acesso aos serviços sociais, de saúde e comércio, tendo em vista as distâncias territoriais e a falta de transporte público para deslocamento<sup>2</sup>. A saúde do homem trabalhador rural também ganha contornos especiais, visto emergirem diferentes questões relacionadas ao gênero, ciclos de vida e meio ambiente. Em se tratando de cuidados com a saúde, historicamente há uma visão de que o homem é um ser forte, viril e que dificilmente adocece, sendo uma das razões pela qual a procura pelos serviços de saúde é reduzida. Quando ocorre, por vezes, é em situações de doença aguda, quando a dor torna-se insuportável ou quando há a impossibilidade de trabalhar<sup>3</sup>.

Ao refletir sobre a promoção à saúde deste público, observa-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), integrada à Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), trazem estratégias de desenvolvimento de educação continuada. Tais estratégias propõem ações de saúde para melhoria da qualidade de vida da população em foco, contribuindo para a redução dos índices de morbimortalidade masculina por meio da ampliação do acesso dessa população aos serviços de atendimento integral à saúde na atenção primária, o que confere à política um caráter mais abrangente no cuidado à saúde do homem<sup>4</sup>.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, por sua vez, tem como objetivo qualificar o cuidado a essas populações, bem como o acesso aos serviços de saúde e minimização dos riscos e agravos, por meio de estratégias que reconheçam especificidades de gênero, cor, etnia e orientação sexual<sup>5</sup>. Nesse âmbito, o estudo ora apresentado é originado de um trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, que teve como pergunta de pesquisa: quais as percepções das mulheres e homens agricultores familiares sobre o conceito de saúde e suas possibilidades para promover saúde, diante dos riscos em seu trabalho?

No entanto, neste capítulo será abordado sobre os homens agricultores familiares. A relevância desse estudo decorre da associação de aspectos relacionados às rotinas do trabalhador rural, aos riscos aos quais estão expostos, bem como à relutância da população masculina em procurar os serviços de saúde. Além disso, busca-se preencher parte das lacunas presentes na literatura com relação à temática, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de possíveis ações intersetoriais em prol de melhorias na qualidade de vida dos homens agricultores. A partir disso, tem-se como objetivo conhecer os riscos ocupacionais que o homem agricultor familiar está exposto durante sua rotina de trabalho, identificando as maneiras que promove sua saúde em seu contexto diário.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A metodologia qualitativa é considerada o caminho mais indicado a trilhar, uma vez que privilegia os significados, experiências, motivos, sentimentos, atitudes, valores e percepção de homens adultos quanto a sua saúde no trabalho e de que forma promovem sua saúde. Através da pesquisa exploratória, por sua vez, busca-se averiguar uma situação ou problema a fim de compreendê-lo<sup>6</sup>.

O referido estudo foi realizado em um município localizado no Sul do país. Os critérios de inclusão contemplavam homens, trabalhadores rurais, com idade entre 35 e 65 anos, que possuíam Talão de Notas de Produtor Rural e associados ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais da região.

A coleta dos dados ocorreu no primeiro semestre de 2018, com utilização de entrevista individual com questões norteadoras abertas que contemplavam os seguintes aspectos: conceitos de saúde; riscos presentes na rotina de trabalho; os cuidados realizados diante da exposição a esses riscos; promoção e proteção à saúde.

Cada entrevista foi agendada previamente via telefone e realizada no domicílio do participante com o intuito de evitar o seu deslocamento, proporcionando maior conforto durante o diálogo e preservação do sigilo e anonimato dos envolvidos. Os encontros tiveram uma duração aproximada de 20 minutos. Para assegurar a fidedignidade da coleta, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. A coleta foi finalizada após a saturação das informações.

Os dados foram organizados e analisados segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>7</sup>, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com intuito de obter conhecimentos relativos à situação investigada. Tal análise possui três etapas: 1) Pré-análise, com leitura flutuante das informações obtidas e construção da tabela com as categorias para constituição dos dados submetidos aos procedimentos analíticos; 2) Exploração do material de análise com organização da codificação, envolvendo o recorte com a escolha das unidades; a enumeração, com a escolha das regras de contagem; 3) Escolha das categorias.

Para manter o anonimato dos participantes, optou-se por denominá-los com nomes de hortaliças. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sob parecer nº 2.693.982/2018.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do estudo dez trabalhadores rurais, com idade entre 35 e 65 anos, casados e que atuavam na agricultura familiar há mais de 20 anos. Apresentavam baixa escolaridade, aspectos que se assemelham a outro estudo<sup>2</sup>. Os resultados obtidos durante a pesquisa serão apresentados considerando duas categorias, sendo: 1) Riscos ocupacionais no trabalho agrícola; 2) Promoção da saúde: ações do presente que refletem o futuro.

### **Riscos ocupacionais no trabalho agrícola**

O trabalho configura-se como um dos determinantes para inserção dos indivíduos na sociedade, gerando uma direta influência sobre as condições de vida das pessoas. Assim, a visibilidade da relação entre trabalho e saúde é essencial. Este campo de pesquisa é amplo e neste capítulo focalizou-se a população trabalhadora masculina, que possui especificidades como a crença de invulnerabilidade, deficiências de autocuidado e busca tardia pelos serviços de saúde, as quais interferem diretamente nas condições de saúde e de morbimortalidade dessa população<sup>3,8</sup>.

No contexto do trabalho rural, os agricultores estão expostos a riscos para saúde de diferentes formas, sendo influenciados pela exposição a fatores ambientais, químicos, físicos, biológicos e laborais. Tais fatores contribuem para ocorrência de distúrbios de ordem neurológica por meio de intoxicações, convulsões, doença de Parkinson, adoecimentos do sistema sensorial evidenciados por distúrbios oculares, perda auditiva, bem como alterações respiratórias como processos alérgicos e doença pulmonar obstrutiva crônica, além de agravos ao sistema tegumentar, osteomuscular, sistema cardiovascular, imunológico, endócrino<sup>8,9</sup>.

Dentre os riscos supracitados, destacam-se, segundo os agricultores, aqueles relacionados ao uso de agrotóxicos, substâncias de natureza biológica, física ou química que têm como finalidade exterminar pragas ou doenças que atacam as culturas agrícolas. Todavia, esses insumos estão diretamente relacionados com o desenvolvimento de diferentes doenças crônicas, intoxicações agudas, problemas reprodutivos e a danos ambientais<sup>10</sup>. Neste cenário, percebe-se que os trabalhadores rurais e suas famílias, que dependem exclusivamente da renda obtida por meio da produção agrícola, encontram-se em situação de vulnerabilidade diante dos efeitos da exposição a estes insumos:

Também se contamina com veneno principalmente, que aqui a gente tem bastante agrotóxico. (Alho)

Os agricultores compreendem o agrotóxico como um risco a sua saúde, o que representa uma potencialidade. Isso também foi evidenciado por outro estudo que avaliou a relação entre o uso do produto e distúrbios mentais<sup>11</sup>. No entanto, um segundo estudo<sup>12</sup> ponderou que há um distanciamento entre o saber e o fazer, já que muitos trabalhadores desconsideram os prejuízos provocados pelos agrotóxicos no dia a dia de seu exercício laboral. No entanto, apesar de os participantes reconhecerem o uso e os riscos dos agrotóxicos, eles continuam sendo utilizados amplamente, a fim de manter a sua produção:

O veneno a gente usa. O sistema que está hoje nos obriga a fazer isso. (Almeirão)

O depoimento ressalta que o uso do agrotóxico é um risco para a saúde, mas que é necessário usá-los para a garantia da produção. Nas sociedades modernas, a agricultura familiar impõe os trabalhadores rurais a adequar-se socioeconomicamente para assim obter condições, adaptações e modificações consideráveis em sua vida e na produção<sup>13</sup>.

Além dos agrotóxicos, a mecanização do trabalho rural, que surge substituindo as atividades manuais pelas máquinas, traz consigo diversas melhorias na questão produtiva, no conforto e na segurança para os operadores. No entanto, efeitos negativos também são

observados com aumento potencial nos riscos de acidentes que envolvem este trabalhador. Entre homens trabalhadores rurais nos anos de 2000 a 2010, as principais causas de óbito foram quedas, ejeções e projeções de animais ou veículos de tração animal, seguido de acidente envolvendo veículo de motor essencialmente agrícola<sup>14</sup>.

Pode cair, pode por uma mão dentro da engrenagem. Tem bastante risco né, trator passa por cima. (Abóbora)

O risco maior é quando a gente vai com o trator, as terras aqui são meio “dobradas”, pode dar um acidente. Por isso a gente vai com muito cuidado e os equipamentos que precisa a gente usa e a gente se protege sempre. (Alho)

Através dos apontamentos observam-se múltiplos riscos relacionada a máquinas agrícolas, principalmente com o excesso de velocidade, em manobras, atolamento, acoplamento incorreto de implementos, declive do terreno, presença de obstáculos ou valas, entre outros<sup>15</sup>. O risco de afastamento do trabalho por esses acidentes pode impactar na integridade física, motora e financeira dos participantes, já que isso pode limitar o indivíduo para o trabalho. Outra questão de risco à saúde do trabalhador rural é a rotina ocupacional, pois, além de desenvolver suas atividades agrícolas, também executa, quando necessário, outras atividades com finalidade econômica para complementar sua renda. Assim, observa-se que a rotina do homem que vive no campo é árdua, pois o trabalho é “pesado”, desenvolvido ao rigor do sol, com ferramentas pesadas como foices, enxadas e máquinas agrícolas<sup>16</sup>.

Além desses riscos, potencializam ainda a sobrecarga de trabalho às especificidades do cultivo e o manejo com animais, o que exige dedicação em tempo integral para a realização do trabalho, incluindo os finais de semana. Todas essas características possibilitam a afirmação de que o trabalhador rural vivencia, em sua rotina, inúmeras situações de risco, evidenciadas por condições desgastantes e insalubres de labor. Convergindo com essas afirmativas há relatos sobre a rotina de trabalho, ressaltando ainda cuidados essenciais às atividades ocupacionais:

A agente se cuida no trabalho, as horas, a gente tem que se cuidar, não trabalhar muito exagerado. Então a primeira coisa da pessoa, a gente tem que começar a se cuidar nas horas do trabalho, não vai trabalhar acelerado é que nem o motor, a pessoa acaba. Então eu posso dizer que a saúde tem que estar em primeiro lugar. E depois a gente tem que trabalhar com a cabeça, se organizar bem, não trabalhar muito apurado, a gente sai bem. (Pimentão)

Consequentemente, a carga de trabalho também impacta na medicalização da população rural de modo geral, mesmo que discretamente. Esse aspecto evidencia ainda mais a necessidade de futuros estudos que identifiquem as demandas, sejam elas mentais ou físicas, que contribuem mais para a sobrecarga, adoecimento e medicalização, subsidiando estratégias que possibilitem maior qualidade de vida do trabalhador do campo<sup>17</sup>.

Além disso, é relevante refletir sobre o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) no contexto da agricultura familiar. De acordo com a Norma Regulamentadora (NR) número 6, define-se os EPI's como todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, com o intuito de proteção aos riscos que ameaçam a segurança e a saúde no trabalho e recomenda que o seu uso adequado compreende a utilização de todos os itens que o compõem: chapéu, óculos, máscara, protetor solar, macacão, avental, botas e luvas<sup>18</sup>. Os participantes do estudo abordaram sobre o uso dos EPI's:

A gente utiliza bota, luva [...] tem o macacão, tem a máscara que a gente usa pra não prejudica ou ter o contato. (Abóbora)  
Chapéu, boné equipamentos de segurança como botas, botinas, evitando de ir o sol horas mais quentes do dia. (Agridão)

Segundo os depoimentos, o uso desses equipamentos se faz presente no cotidiano de trabalho como medida preventiva e protetiva que busca reduzir ou diminuir os riscos à saúde e à segurança dos trabalhadores. Entretanto, muitos agricultores relatam a utilização parcial do conjunto básico de EPI, devido ao desconforto térmico que provoca e dificuldade para respiração e mobilidade<sup>19</sup>.

Isso representa uma problemática, visto que o uso inadequado ou a não utilização dos EPI's contribuem diretamente para o adoecimento de trabalhadores rurais, especialmente tratando-se de intoxicações com efeitos sobre o sistema nervoso<sup>9</sup>. Esse aspecto evidencia a necessidade de sensibilização da população quanto à importância do uso integral desses equipamentos e aponta um caminho para as estratégias dos serviços de saúde, o que se evidencia no seguinte depoimento:

Primeiro assim, teria que ser uma orientação dos profissionais, uma maneira de manusear, seja ela qual for o equipamento, seja o que for utilizar lá, o veneno, da maneira correta, macacão, com luvas, com óculos, com chapéu. [...] com esse tanto de tempo que a gente vive na atividade já aprendeu bastante coisa, mas orientação é uma forma de prevenir bastante. (Rúcula)

Dessa forma, a importância da prevenção e da promoção da saúde deste público é fundamental, principalmente acerca da percepção de risco da atividade por parte daqueles que a executam. Assim, observa-se que a atuação dos profissionais da saúde é fundamental na conscientização dos agricultores, evidenciando a gravidade desse problema. Ainda, torna-se essencial fomentar a atenção à saúde do trabalhador rural no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de promover a saúde deste público.

## Promoção da saúde: ações do presente que refletem o futuro

A promoção à saúde destaca-se como soma de estratégias e maneiras de promover saúde, no âmbito individual e coletivo, que supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Assim, considera-se as necessidades sociais de saúde, habitação, renda, alimentação e trabalho para o alcance da melhoria da qualidade de vida da população, marcada pelas tensões próprias à defesa do direito à saúde<sup>20</sup>.

Considerando que o conceito de saúde perpassa as condições de vida, inúmeras são as possibilidades de promover saúde. Neste estudo, os homens agricultores ressaltaram a importância da alimentação saudável, destacando que consomem a sua própria produção:

O principal para saúde é a alimentação, o que você come hoje a gente produz aqui no lote. Inclusive a gente planta um pouco de feijão, que a gente não compra, que está livre de agrotóxico, de veneno [...] guarda para você não comprar tanto enlatado, porque lá tem um monte de, como é que eu vou dizer, produto de conservante, então isso tudo é prejudicial. (Rúcula)

Ah, a gente cuida bastante. [...] alimento praticamente quase 80% que eu faço. Eu faço, pego lá na roça e trago pra casa e só o necessário mesmo a gente compra lá no mercado. (Abóbora)

Os relatos sobre o consumo de alimentos produzidos em suas propriedades, evitando a compra e o consumo de produtos industrializados destaca-se como importante estratégia no sentido de cuidado com a saúde. Percebe-se que a população rural tem uma alimentação mais saudável à medida que eles próprios cultivam seu alimento, como hortaliças, frutas, verduras, legumes, apesar do uso de agrotóxicos.

Além disso, a população rural conserva saberes e práticas de cuidado em saúde como o uso e preparo de remédios caseiros à base de plantas medicinais, crenças manifestadas por ritos religiosos e rezas, as quais também contribuem para o restabelecimento da saúde, terapia floral, radiestesia, reiki e acupuntura. Tais práticas não são realizadas isoladamente, mas de forma integrada, o que representa uma compreensão holística do processo saúde e doença<sup>21</sup>.

Quanto ao futuro, os participantes apontaram algumas preocupações e incertezas, mas também compartilharam algumas potencialidades em relação à saúde e ao trabalho na agricultura como responsável por gerar saúde:

Ah é, o nosso futuro é esse aí do agricultor, então a gente através do trabalho consegue ir para frente e ser mais saudável. (Rúcula)

O trabalho agrícola possibilita a sobrevivência humana no que se refere à produção de alimentos, o que demanda articulação da sociedade em prol da valorização dessa prática. A



inserção dos integrantes da família no trabalho agrega ao ambiente em que vivem o valor da cultura local no manejo agrícola, aspecto que precisa ser considerado quando se investiga o trabalhador no meio rural<sup>22</sup>.

O trabalho na agricultura possibilita valorizar a relação do agricultor com o ambiente. Portanto, viabiliza não somente o sustento familiar, mas também a relação com a comunidade, mantendo relações com os demais agricultores familiares e ambiente rural, instigando o prazer de trabalhar no cultivo da terra de maneira sustentável, sem comprometer as gerações futuras, repercutindo em satisfação para este trabalhador<sup>22</sup>.

Além disso, o trabalho na agricultura proporciona o consumo dos alimentos sem agrotóxicos, o contato com a terra, a rentabilidade de produção. Tais ações trazem benefícios a saúde de quem consome os alimentos e ao meio ambiente, tendo como característica a não utilização de substâncias prejudiciais à saúde dos seres humanos e a manutenção do meio:

O nosso trabalho de hoje, posso dizer nessa nossa agricultura familiar, é um trabalho que você se previne para a saúde futuramente, [...] porque é um alimento saudável, então a pessoa que come um alimento saudável, tem saúde futuramente. (Pimentão)

Assim, observa-se que a agricultura familiar pode ser conhecida por beneficiar a saúde de quem consome os alimentos e o meio ambiente, tendo como característica a não utilização de substâncias prejudiciais à saúde dos seres humanos e ao meio ambiente, aspectos estes que devem ser considerados e destacados nas práticas destes trabalhadores.

Além das questões relacionadas com alimentação, os agricultores preocupam-se com o futuro e os efeitos da rotina e a sobrecarga de trabalho sob sua saúde, tendo em vista que a produção é o seu meio de subsistência. Além disso, cabe destacar que o processo de envelhecimento também é influenciado por esses aspectos, visto que os participantes deste estudo revelam aflição com a possibilidade de doenças e a consequente dificuldade de exercer a profissão na velhice:

Preocupo porque a gente está ficando velho, eu sinto que a gente está perdendo as forças, [...] o trabalho é bastante pesado e do bastante problema de coluna de ombro, então não sei daqui uns anos como vai ser. (Chuchu)

No meio rural, os homens agricultores não têm grandes preocupações em manterem a beleza física, desejam se manter ativos no exercício diário de seu trabalho. Dessa forma, a velhice e o processo de envelhecer significam a perda da capacidade funcional, da autonomia e da independência. Esses aspectos tornam-se ainda mais preocupantes ao refletir que grande

parte dos trabalhadores rurais iniciaram suas atividades laborais ainda na infância, incentivados pelos pais, o que remete a um trabalho exaustivo durante anos<sup>2</sup>.

Diversas percepções atribuídas pelos participantes reforçam a importância de conhecer diferentes óticas quando se trabalha com o tema envelhecimento saudável, a fim de proporcionar ações específicas direcionadas às suas necessidades. Os significados de envelhecimento saudável a esses agricultores foram relacionados a sua própria saúde, ressaltando a importância de englobar nas práticas de promoção da saúde o estímulo a qualidade de vida e medidas de proteção à saúde, bem como empoderamento para tornarem-se mais participativos nas decisões sobre a sua saúde e sua comunidade. Nesse contexto, os profissionais de saúde de equipes multiprofissionais exercem papel fundamental nas ações de promoção da saúde da pessoa no envelhecer saudavelmente, principalmente no contexto rural<sup>23</sup>.

Por fim pode-se afirmar que a agricultura familiar e a promoção da saúde são duas áreas com importante ligação, sendo que a proximidade entre as duas contribui para o enriquecimento da questão da saúde no meio agrícola e na concepção das políticas públicas de saúde a este público, podendo estimular intervenções e novas práticas intersetoriais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os agricultores familiares, no seu exercício laboral, são expostos a vários riscos ocupacionais como maquinários, a rotina árdua e o contato direto com agrotóxicos, principal preocupação dos trabalhadores participantes deste estudo. Como medidas de proteção e promoção de saúde receberam destaque o uso de EPI's e a alimentação saudável.

Uma preocupação evidenciada encontra-se nos relatos de uso parcial desses equipamentos, o que expõem os agricultores e suas famílias à contaminação por agrotóxicos e a outros riscos relacionados ao trabalho no campo, como o manejo de maquinário. Tais aspectos reforçam a necessidade de intervenções e estratégias promovidas pelos serviços assistenciais e de saúde, a fim de sensibilizar a população quanto a importância do uso correto dos EPI's, bem como das possíveis consequências do uso abusivo de agrotóxicos.

Todavia, observa-se a necessidade de os serviços de saúde aproximarem-se dessas populações historicamente desassistidas, para que possam promover saúde, ações protetivas e prevenir agravos relacionados aos riscos ocupacionais. Nessa perspectiva, torna-se importante a atuação dos enfermeiros e demais profissionais da saúde no desenvolvimento e implementação de ações multi e intersetoriais, na sensibilização desses trabalhadores sobre as

consequências da exposição aos agrotóxicos e sobre a importância do uso dos EPI's, com incentivo as práticas de promoção da saúde.

As limitações do estudo foram a dificuldade de abordar esse assunto com os agricultores, bem como o acesso a essa população. Espera-se que os resultados alcançados possam sensibilizar outros pesquisadores e profissionais da saúde sobre a importância de promover a saúde dos agricultores familiares, além de servir como subsídio para a implementação de novas estratégias e reflexões sobre as atuais políticas públicas no setor.

## REFERÊNCIAS

1. Figueiredo DS, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Arawaka AM, Oliveira LS, Magagnin AB. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidades para a equidade. Rev enferm UFPE on line [internet]. 2019; 13(4): 943-51. Doi: 10.5205/1981-8963-v13i04a239123p943-951-2019
2. Zavarizzi CP, Simas JMM, Santas LF, Alencar MCB. Contexto rural e a reabilitação profissional em uma região do Vale do Ribeira. Saúde Debate. 2019; 43(123): 1057-69. Doi: 10.1590/0103-1104201912306.
3. Lemos AP, Ribeiro C, Fernandes J, Bernardes K, Fernandes R. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. Rev enferm UFPE on line. 2017; 11(Supl. 11):4546-53. Doi: 10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201714.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 94 p. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.
7. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016.
8. Burille A, Gerhardt TE, Lopes MLM, Dantas GC. Subjetividades de homens rurais com problemas cardiovasculares: cuidado, ameaças e afirmações da masculinidade. Saúde Soc. 2018; 27(2):435-47. Doi: 10.1590/S0104-12902018162943.
9. Fenzke MN, Mello MCVA de, Santos KNSC dos et al. Adoecimentos e fatores relacionados à saúde do trabalhador rural. Rev enferm UFPE on line. 2018;12(8):2214-26. Doi: 10.5205/1981-8963-v12i8a234970p1129-1139-2018.

10. Viero CM, Camponogara S, Vaz MRC, Costa VZ, Beck CLC. Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):99-105. Doi: 10.5935/1414-8145.20160014.
11. Morin PV, Stumm EMF. Transtornos mentais comuns em agricultores, relação com agrotóxico, sintomas físicos e doença preexistentes. *Psico*. 2018;49(2):196-205. Doi: 10.15448/1980-8623.2018.2.26814.
12. Corcino CO, Teles RBA, Almeida JRGS, Lirani LS, Araújo CRM, Gonsalves AA, Maia GLA. Avaliação do efeito do uso de agrotóxicos sobre a saúde de trabalhadores rurais da fruticultura irrigada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(8):3117-28. Doi: 10.1590/1413-81232018248.14422017.
13. Farias ABE. Seguro rural, políticas públicas e a modernização conservadora no campo brasileiro. 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado em Direito Agrário) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, [internet] 2016. Available from: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6608>.
14. Ferreira-de-Sousa FN, Santana VS. Mortalidade por acidentes de trabalho entre trabalhadores da agropecuária no Brasil, 2000-2010. *Cad. Saúde Pública*. 2016, 32(4):e00071914: 1-12. Doi: 10.1590/0102-311X00071914.
15. Montemor C, Veloso L, Areosa J. Acidentes com tratores agrícolas e florestais: aprender para prevenir. *Sociologia [internet]*. 2015; 30: 119-43. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-34192015000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-34192015000300007&lng=pt&nrm=iso).
16. Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Almeida MCV, Borges AM, Silva MS, Sena-Castanheira J. Cargas de trabalho e acidentes de trabalho em ambiente rural. *Texto contexto - enferm*. 2015;24(2):325-35. Doi: 10.1590/0104-07072015000480014.
17. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Abreu DPG, Vaz JC, Mello MCVA, Xavier DM. Rural workload and factors associated with the use of medication by elderly people. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03374. Doi: 10.1590/S1980-220X2017048303374
18. Brasil, Ministério da Economia. Portaria nº 11.347, de 6 de maio de 2020. Estabelece os procedimentos e os requisitos técnicos para avaliação de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e emissão, renovação ou alteração de Certificado de Aprovação - CA e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 08 de maio de 2020. Seção 1:87. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-11.347-de-6-de-maio-de-2020-255941711>.
19. Ristow LP, Battisti IDE, Stumm EMF, Montagner SED. Fatores relacionados à saúde ocupacional de agricultores expostos a agrotóxicos. *Saúde Soc [internet]*. 2020; 29(2):1-11. Doi: 10.1590/S0104-12902020180984.
20. Bristot VM. Introdução à engenharia de segurança do trabalho. 2019. UNESC, 259 p. Available from: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/6948/1/Introdu%C3%A7%C3%A3o%20C3%A0%20engenharia%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20trabalho.pdf>.

21. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Healthcare knowledge and practices of the rural population: an integrative literature review. *Interface*. 2018; 22(66):903-14. Doi: 10.1590/1807-57622017.0449.
22. Borges AM, Bonow CA, Silva MR, Rocha LP, Cexar-Vaz MR. Family farming and human and environmental health conservation. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):304-12. Doi: 10.1590/0034-7167.2016690216i.
23. Valer DB, Bierhals CCBK, Aires M, Paskulim LMG. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Ver Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):809-19. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14042.

## CONCLUSÃO

Crhis Netto de Brum  
Daniela Savi Geremia  
Jeane Barros de Souza  
Valéria Silvana Faganello Madureira

Este livro, organizado por docentes do curso de graduação em Enfermagem da UFFS que estão vinculadas ao Grupo de Trabalho para elaboração de uma proposta de criação de um Mestrado Acadêmico em Enfermagem, apresentou uma obra valiosa que retrata algumas pesquisas desenvolvidas por docentes e discentes do curso, em sua maioria, resultados de iniciação científica e de trabalhos de conclusão de curso.

A obra reflete a trajetória da pesquisa científica que merece ser compartilhada, pois apresenta o comprometimento de um coletivo acadêmico, com as demandas da realidade local e regional na qual o curso de enfermagem da UFFS está alocado. Os textos resultantes das pesquisas foram escritos de modo a valorizar a translação do conhecimento científico, objetivando tornar os saberes acadêmicos interrelacionados para aqueles que se aventurarem na leitura do livro.

A diversidade de caminhos metodológicos demonstrado pelas metodologias e métodos utilizados, apontam possibilidades para reflexões e discussão ampliadas sobre a diversidade de métodos que a Enfermagem pode usufruir para atender suas demandas oriundas de perguntas complexas de seu cotidiano de cuidado. A utilização dos resultados das pesquisas sustentadas em arcabouços bem delineados permite a minimização de dados tácitos e contribuem para a utilização de dados seguros no cotidiano clínico.

Destarte, se destaca ao longo da obra a valorização dos saberes, especialidades, o incentivo permanente de crescimento acadêmico e intelectual. Para tal, se evidencia na escrita dos textos, a autonomia, a liberdade e a responsabilidade dos acadêmicos e docentes na construção de uma formação social, ética, política e técnica centradas em uma formação humana. As pesquisas realizadas promovem reflexões e construção de conhecimentos que possibilitam o desenvolvimento de práticas de cuidado em Enfermagem criativas, inovadoras, dialógicas, articuladas com as necessidades da população e do fortalecimento do SUS.

Essa articulação demonstra o envolvimento do Curso de Enfermagem com as demandas sociais e políticas regionais, unido com as demais instituições de ensino de Enfermagem e serviços de saúde na região disponibilizando, por meio das pesquisas científicas, o

desenvolvimento de ações investigativas intersetoriais epistemologicamente sustentados para a compreensão da saúde da comunidade.

Nosso compromisso como docentes e organizadoras desta obra também exprime o reconhecimento do trabalho de pesquisa dos envolvidos na construção e fortalecimento do Curso de Enfermagem a partir das contribuições que se somam nas melhorias da gestão e organização dos serviços e sistema de saúde, nas práticas profissionais dos enfermeiros e na transformação das relações de ensino e aprendizagem no processo formativo de um ensino superior público e gratuito.

A disponibilidade e publicização desse material, se constitui em um acervo de referências para acadêmicos iniciantes em pesquisa, bem como, para o retorno à sociedade sobre a os resultados oriundos destas pesquisas que corroboram com os esforços coletivos, dos serviços envolvidos e demais setores da sociedade, para que assim pudessem ser concretizados.

Cabe-nos ressaltar que embora os esforços foram compensados quanto a realização e a conclusão das pesquisas aqui destacadas, a enfermagem enquanto ciência se encontra em um constante crescente em relação aos seus saberes, em razão disto todos os resultados apresentados suscitam uma continuidade para que se possa, paulatinamente, ampliar as fronteiras do conhecimento quanto ao cuidado das pessoas e de seu entorno. Para tanto, o livro engrandece os trabalhos e nos dá oportunidade de crescimento, amadurecimento e ampliação de estudos sobre realidades que vão além da regionalidade, em busca por cooperar com a produção da ciência brasileira e quiçá internacional.

Diante disso, parabenizamos todos e todas que aceitaram o desafio de produzir textos que representam a essência das pesquisas e dos grupos de pesquisa vinculados à área da saúde da instituição e que continuam a desenvolver caminhos para a melhoria da saúde sustentado em evidências científicas.





## AUTORES

### **Alexander Garcia Parker**

Enfermeiro. Graduação pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Mestrado em Enfermagem pela FURG. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

### **Alexsandra Martins da Silva**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Residência em Urgência e Emergência no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do ambulatório de lesões de pele do município de Chapecó. Santa Catarina

### **Aline Massaroli**

Enfermeira. Graduação pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Mestrado e Doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Líder do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem – EDUFES/UFFS. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/UFSC).

### **Andressa Reginatto Percisi**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Integrante do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES/UFFS).

### **Angela Urio**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialização em enfermagem do trabalho e saúde da família. Residência em obstetrícia pelo Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD). Enfermeira no HU/UFGD.

### **Angélica Zanettini**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Residência Multiprofissional em Saúde – Cardiologia pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação *Strictu sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Membro do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS). Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS.

### **Ariane da Cruz Guedes**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Mestrado em Ciências da Saúde pela UFPel. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva da UFPel. Professora Ajunta na UFPel no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

### **Ariane de Lourdes Gomes Bueno**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Residente em urgência e emergência no Programa Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Passo Fundo. Rio Grande do Sul.

**Célia Regina Machado Recktenvald**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialização em Gerontologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Mestranda em Biociências e Saúde na UNOESC. Docente substitua do curso de graduação em Enfermagem da UFFS.

**Cláudia Moresco Peliser Beal**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialização em Urgência e Emergência. Gerente de enfermagem na Associação Hospitalar Marcellinense. Marcelino Ramos. Rio Grande do Sul.

**Crhis Netto de Brum**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Licenciatura em Educação pelo Curso de Formação de Professores para a Educação Profissional pela UFSM. Mestrado em Enfermagem pela UFSM. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre evidências do cuidado a saúde em Pediatria e Hebiatria (GEPE-CPDH) na UFFS.

**Cristiane Marolli**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Enfermeira do Hemocentro Regional – HEMOSC. Chapecó. Santa Catarina

**Daiane Schuck**

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Enfermeira assistencial. Hospital São Camilo. Ipumirim. Santa Catarina.

**Daniela Savi Geremia**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Paranaense. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro IMS/UERJ. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

**Dauana Marchioro**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Enfermeira assistencial na Oncologia. Hospital UNIMED. Chapecó. Santa Catarina.

**Debblye Pikula**

Enfermeira. Graduação pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Especialização em Oncologia. Residência multidisciplinar em Oncologia pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF). Enfermeira oncologista da UNIMED Extremo Oeste Catarinense. São Miguel d'Oeste. Santa Catarina

**Débora Cristina Fávero**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialização em cardiologia. Enfermeira no Hospital de Clínicas de Passo Fundo. Rio Grande do Sul.

**Denise Consuelo Moser Aguiar**

Enfermeira. Graduação pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Mestrado em Educação pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Doutorado em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Pesquisa em Gestão, cuidado e Educação em Saúde e Enfermagem (GEPEGECE) na UFFS.

**Dhiane Terribile**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Enfermeira no Hospital Regional do Oeste em Chapecó (HRO). Chapecó. Santa Catarina.

**Eleine Maestri**

Enfermeira. Graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó. Estágio pós-doutoral no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Florianópolis. Santa Catarina.

**Érica de Brito Pitilin**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Estadual do Centro Oeste. Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da universidade Estadual de Maringá (UEM). Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC) na UFFS.

**Fabiana Brum Haag**

Enfermeira. Graduação na Faculdades Franciscanas (UNIFRA). Mestrado em Ciências da Saúde pela Fundação Universitária de Cardiologia. Doutora em Ciências da Saúde pela Fundação Universitária de Cardiologia, do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC) na UFFS.

**Francine Lima Gelbcke**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Docente titular da graduação e da pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo PRAXIS – Laboratório de pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem.

**Gelson Aguiar da Silva Moser**

Enfermeiro. Graduação e licenciatura pela Fundação Universidade de Rio Grande (FURG). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Pesquisa em Gestão, cuidado e Educação em Saúde e Enfermagem (GEPEGECE) na UFFS.

**Graciela Soares da Fonsêca**

Cirurgiã-Dentista. Graduação pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado e Doutorado em Ciências Odontológicas pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Estágio de Doutorado Sanduíche na Escola de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal. Professora Adjunta do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Bucal Coletiva na Faculdade de Odontologia da USP e do Grupo Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES) e Geografia e Saúde na UFFS.

**Ianka Cristina Celuppi**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialização em Auditoria em Saúde. Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Doutoranda em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Integrante do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES/UFSC).

**Jaqueline Ana Foschera**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Pedagoga. Graduação pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Especialista em Tecnologias para a Educação Profissional pelo Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC). Técnica Auxiliar de Regulação Médica (TARM), no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-SC).

**Jeane Barros de Souza**

Enfermeira. Graduação pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Mestrado em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Doutora em Ciências, pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS), Chapecó. Líder do grupo de pesquisa Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS). Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS). Estágio pós-doutoral pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

**Jeferson Santos Araújo**

Enfermeiro. Graduação e licenciatura pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorado em Ciências Pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERPUSP). Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul. Membro Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS).

**Joice Moreira Schmalfuss**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/RS). Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS/RS. Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó/SC (UNOCHAPECÓ). Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) - Campus Chapecó/SC. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar Saúde e Cuidado (GEPISC).

**Jéssica Ferreira**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG.

**Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Graduação em Licenciatura em Ciências, com ênfase em Biologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

**Kimberly Lana Franzmann**

Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Chapecó. Santa Catarina.



**Keroli Eloiza Tessaro da Silva**

Estudante da 8ª fase do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul. Bolsista do Programa de Extensão “Desenvolvimento, Validação e Avaliação de Tecnologias Sustentadas pela Implantação/Implementação do Processo de Enfermagem”.

**Larissa Hermes Thomas Tombini**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestrado em Enfermagem pela UFSC. Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul. Membro do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Gestão de Serviços (PPGS).

**Leoni Terezinha Zenevicz**

Enfermeira. Graduação pela Fundação Educacional do Alto Uruguai Catarinense (FEAUC). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Doutorado em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Estágio pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Chapecó. Santa Catarina.

**Liane Colliselli**

Enfermeira. Graduação pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul. Professora aposentada do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

**Luana Reis**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

**Maira Buss Thofern**

Enfermeira. Graduação e licenciatura pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Mestrado e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Estágio pós-doutoral na Universidade de Múrcia, Espanha. Professora convidada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Membro do Núcleo de Estudos em Práticas de Saúde e Enfermagem

**Maíra Rossetto**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Santa Maria – RS. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estágio de Doutorado na University of Wolverhampton, na Inglaterra pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior – PSDE/CAPES. Membro do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS) na UFRGS e do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS) na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Professora de Saúde Coletiva no curso de Medicina da UFFS.

**Maraísa Manorov**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Prefeitura Municipal de Araucária. Araucária. Paraná.

**Marceli Cleunice Hanauer**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialização em Oncologia pela CENSUPEG. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Docente do curso técnico em Enfermagem das Faculdades SENAC em Chapecó. Membro do Laboratório de

Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem e Saúde à Pessoas em condições Crônicas (NUCRON/UFSC).

**Maria Eduarda de Carli Rodrigues**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Mestrado em Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação *Strictu sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/UFSC).

**Maria Sylvia de Souza Vitale**

Médica. Graduação pela Universidade de Mogi das Cruzes-SP. Mestrado e Doutorado em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Chefe do Setor de Medicina do Adolescente (UNIFESP). Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação Educação e Saúde na Infância e Adolescência da UNIFESP. Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP.

**Nádia Cristina Pressi**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Enfermeira Assistencial em Oncologia no Hospital Regional do Oeste (HRO). Chapecó. Santa Catarina.

**Nora Margarita Jacquier**

Es Licenciada en Enfermería por la Universidad Nacional de Misiones (UNaM), Argentina. Magister en Salud Pública por la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), Argentina. Doctoranda en Antropología Social. Docente-investigadora de la Escuela de Enfermería – UnaM.

**Priscila Biffi**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó. Integrante do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES/UFFS). Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do hospital da Unimed, Chapecó. Santa Catarina.

**Rafael de Lima Carmo**

Graduando em Enfermagem. Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES).

**Rita de Cássia Alves Oliveira**

Cientista Social. Graduação, mestrado e Doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Estágio pós-doutoral pelo Consejo Latino-Americano de Ciencias Sociales (CLACSO), Argentina. Docente assistente doutor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Membro do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais e do Departamento de Antropologia da PUC-SP.

**Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo**

Enfermeira. Graduação pela Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Mestrado em Ciências da Educação, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa (Instituto de Ciências da Saúde). Docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.



**Samuel Spiegelberg Zuge**

Enfermeiro. Graduado pela Faculdade Integrada de Santa Maria (FISM). Especialista em Gestão de Organização Pública em saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre e Doutor em Enfermagem pela UFSM. Docente da área de Ciências da Saúde e colaborador do Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÒ). Trabalha com pesquisas de cunho quantitativo, principalmente relacionada as Condições Crônicas de Saúde, Condições Psicossociais e Prática Baseada em Evidências.

**Sara Letícia Agazzi**

Estudante da 6ª fase do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul. Bolsista do Projeto “Validação e construção de tecnologias educativas e assistenciais para o processo de enfermagem” e estudante voluntária em projeto de pesquisa do Processo de Enfermagem.

**Silvania Fabricz**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Enfermeira no Hospital Regional do Oeste em Chapecó (HRO). Chapecó. Santa Catarina.

**Sílvia Silva de Souza**

Enfermeira. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal da fronteira Sul (UFFS). Chapecó. Santa Catarina.

**Soraia Dornelles Schoeller**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC). Estágio pós-doutoral na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Docente titular do curso de enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina e do PEN/UFSC. Membro do Grupo PRAXIS – Laboratório de pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem e Coordenadora do Re (Habilitar) - Laboratório de ensino, pesquisa, extensão e tecnologia em Enfermagem, Saúde e Reabilitação.

**Suelem Klein**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Central de Material Esterilizado pelo Hospital Moinhos de Ventos. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Supervisora de Enfermagem no Centro Cirúrgico e na Hemodinâmica do Hospital Unimed Chapecó. Santa Catarina

**Suellen Rodrigues de Oliveira Maier**

Enfermeira. Graduação e licenciatura pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGO). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Doutoranda em Ciências do Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente Adjunto III na Universidade Federal de Mato Grosso/Campus Universitário de Rondonópolis. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Atenção Interdisciplinar em Saúde (UFMT) e do Grupo de Investigação e Reabilitação em Qualidade de Vida (GIRQ/EERP/USP).

**Taize Sbardelotto**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Mestranda do Programa de Pós-Graduação Strictu sensu em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Enfermeira da Prefeitura Municipal de Chapecó, Santa Catarina.

**Tassiana Potrich**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). Especialização em Saúde Coletiva- Ênfase em Saúde da Família (URI). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Chapecó, SC, Brasil.

**Tatiana Gaffuri da Silva**

Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde Humana pela Universidade do Contestado (UnC). Doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

**Tatiana Xirello**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

**Valéria Silvana Faganello Madureira**

Enfermeira. Graduação pela Fundação Educacional do Alto Uruguai Catarinense (FEAUC). Mestrado em Assistência de Enfermagem e Doutorado em Enfermagem: Filosofia, Saúde e Sociedade pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC). Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal da fronteira Sul (UFFS). Membro do grupo de pesquisa Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS). Estágio pós-doutoral no PEN-UFSC.

**Vander Monteiro da Conceição**

Enfermeiro. Graduação e licenciatura pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERPUSP). Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES) e do Centro Interdisciplinar de Estudos em Cuidados Paliativos (CIECP).

**Vanessa Ritieli Schossler**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Especialização em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Fundação Estatal de Atenção à Saúde e Faculdades Pequeno Príncipe. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Biocências da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

**Vanilla Eloá Franceschi**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Atua na Associação Beneficente Hospitalar de Guarujá do Sul.

**Yaná Tamara Tomasi**

Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFSC. Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da UFFS.

[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)  
[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)  
[@epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)  
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

Valéria Silvana Faganello Madureira  
Jeane Barros de Souza  
Crhis Netto de Brum  
Daniela Savi Geremia  
Organizadoras

# PESQUISA NA ENFERMAGEM: RELATOS CIENTÍFICOS



**2022**

[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)  
[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)  
[@epublicar](https://www.instagram.com/epublicar)  
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

Valéria Silvana Faganello Madureira  
Jeane Barros de Souza  
Crhis Netto de Brum  
Daniela Savi Geremia  
Organizadoras

# PESQUISA NA ENFERMAGEM: RELATOS CIENTÍFICOS



**2022**