

ISSN 1984-753X  
ISSN (online) 2177-045x

# ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional  
Volume 8 - Número 1 - Janeiro 2016



**Coren**<sup>CE</sup>  
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

## POLÍTICA EDITORIAL

A **REVISTA TENDÊNCIAS DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL - ReTEP** do Coren-CE é um periódico científico trimestral, revisado por pares, com distribuição gratuita, que tem como objetivo publicar artigos procedentes da realidade da prática (do cuidar, do ensinar e da pesquisa) de saúde e enfermagem e/ou teóricos (reflexão e revisão) e notícias institucionais pertinentes ao desenvolvimento da categoria, contribuintes para reconstrução da enfermagem como ciência. Tem como missão incentivar e incrementar a produção do conhecimento em saúde e enfermagem, visando fortalecer a qualidade do atendimento do cuidar em enfermagem.

O corpo editorial da ReTEP não se responsabiliza pelos dados e opiniões expressos nos artigos, bem como propagandas inclusas, sendo esses da inteira responsabilidade dos autores.

.....  
A **ReTEP** é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC  
.....

ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional – Vol. 1, n.1  
(mai. 2009) – Fortaleza [CE]:  
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, 2009 - v.: il.

Trimestral  
ISSN 1984-753  
ISSN (online) 2177-045x  
1. Enfermagem

CDD 610.73

## DIRETORIA COREN GESTÃO 2015-2017

**Presidente:** Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho • **Conselheira Secretária:** Dra. Maria Dayse Pereira • **Conselheira Tesoureira:** Luiza Lourdes Pinheiro • **Conselho Efetivo:** Dra. Jacqueline Dantas Sampaio - Dr. Francisco Antonio da Cruz Mendonça - Marli Veloso de Menezes - Ana Lúcia de Assis • **Conselheiro Suplente:** Dra. Regina Cláudia Furtado Maia - Dra. Maria Celina Saraiva Martins - Dra. Nancy Costa de Oliveira - Dra. Maria Verônica Sales da Silva - Raimunda de Fátima Dantas - Maria de Fátima Ferreira de Sousa - Adailson Rodrigues de Moraes.

## EQUIPE TÉCNICA

Projeto Gráfico e Editorial – E2 Estratégias Empresariais - [www.e2solucoes.com](http://www.e2solucoes.com) - [e2@e2solucoes.com](mailto:e2@e2solucoes.com)  
• Coordenação Editorial – Francílio Dourado Filho • Direção de Arte – Keyla Américo • Revisão Gramatical – Aurilene Luz Sampaio • Jornalista E2 Editora – Rafaela Veras (FNJ: 2605/JP) • Tiragem – 3000 exemplares  
• Assessoria de Comunicação do COREN-CE – Flávio Liffeman • Periodicidade – Trimestral

---

ISSN 1984-753X  
ISSN (online) 2177-045x

# ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 8 - Número 1 - 2016



Rua Mário Mamede, 609 · Bairro de Fátima  
CEP 60.415-000 · Fortaleza-Ceará-Brasil  
[www.coren-ce.org.br](http://www.coren-ce.org.br)  
55 85 3105 7850

## **INDEXAÇÃO/INDEXATION**

### **LATINDEX**

Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe – Espanha y Portugal - Dados: [www.latindex.unem.mx](http://www.latindex.unem.mx)

### **BDEF**

### **REDALYC**

## **EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR**

Mirna Albuquerque Frota

## **EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR**

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

## **EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS**

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Iraci dos Santos – UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Salete Bessa Jorge – UECE, Fortaleza/CE, Brasil

Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR, Fortaleza/CE, Brasil

Lorena Barbosa Ximenes – UFC, Fortaleza/CE, Brasil

## **CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD**

### **NACIONAL/NATIONAL**

**Alacoque Lorenzini Erdmann** – UFSC, Florianópolis-SC

**Ana Fátima Carvalho Fernandes** – UFC, Fortaleza-CE

**Ana Karina Bezerra Pinheiro** – UFC, Fortaleza-CE

**Andrea Gomes Linard** – UNILAB, Redenção-CE

**Antonio Marcos Tosoli Gomes** – UERJ, Rio de Janeiro-RJ

**Augediva Maria Jucá Pordeus** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**David Lopes Neto** – UFAM, Amazonas-AM

**Denise Guerreiro V. da Silva** – UFSC, Florianópolis-SC

**Dorisdaia Carvalho de Humerez** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Eliany Nazaré Oliveira** – UVA, Sobral-CE

**Fátima Lunna P. Landim** – FIC, Fortaleza-CE

**Francisca Lucélia Ribeiro de Farias** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Gelson Luiz de Albuquerque** – UFSC, Florianópolis-SC

**Isabel Cristina Kowal Oln Cunha** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Isaura Setenta Porto** – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ

**Ivan França Júnior** – USP, São Paulo-SP

**Karla Maria Carneiro Rolim** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Lorita Marlena Freitag Pagliuca** – UFC, Fortaleza-CE

**Lucilane Maria Sales da Silva** – UECE, Fortaleza-CE

**Luíza Jane Eyre de Sousa Vieira** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Márcia Maria Tavares Machado** – UFC, Fortaleza-CE

**Maria Albertina Rocha Diógenes** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Mariana Cavalcante Martins** – UFC, Fortaleza-CE

**Maria de Fátima A. S. Machado** – URCA, Cariri-CE

**Maria de Jesus C. Sousa Harada** – Coren, São Paulo-SP

**Maria do Socorro Vieira Lopes** – URCA, Cariri-CE

**Maria Itayra Padilha** – UFSC, Florianópolis-SC

**Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso** – UFC, Fortaleza-CE

**Maristela Inês Osawa Chagas** – UVA, Sobral-CE

**Marluce Maria Araújo Assis** – UEFS, Salvador-BA

**Mavilde de Luz Gonçalves Pedreira** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Patrícia Neyva da Costa Pinheiro** – UFC, Fortaleza-CE

**Raimundo Augusto M. Torres** – UECE, Fortaleza-CE

**Rita de Cássia Chamma** – COFEN, Brasília, DF

**Rosimeire Ferreira Santana** – UFF, Rio de Janeiro-RJ

**Silvana Maria Mendes Vasconcelos** – UFC, Fortaleza-CE

**Sônia Maria Soares** – UFMG, Belo Horizonte-MG

**Thereza Maria Magalhães Moreira** – UECE, Fortaleza-CE

**Zélia Maria de Sousa Araújo Santos** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Zuila Maria de Figueiredo Carvalho** – UFC, Fortaleza-CE

### **INTERNACIONAL/INTERNATIONAL**

**Alcione Leite da Silva** – Portugal/Brasil

**Antonio José Nuñez Hernandez** – Espanha

**Denise Gastaldo** – Canadá

**Juan José Tirado Darder** – Espanha

**Maria Teresa Moreno Valdès** – Espanha

**Marta Lima Basto** – Portugal

**Sandra Haydée Petit** – Suécia

# SUMÁRIO



## CONTENTS

1769

### Editorial

Karla Maria Carneiro Rolim

### Artigos Originais

1771

Processo de Enfermagem - análise de sua aplicação sob a ótica do enfermeiro assistencial  
***Nursing Process - analysis of your application from the perspective of hospital nurses***

Milenna Alencar Brasil, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Paula Dayanna Sousa dos Santos, Meirylane Gondim Leite, Sâmila Guedes Pinheiro.

1778

Identificação das principais malformações congênitas em recém-nascidos

***Identification of main congenital malformations in newborns***

Giselle Pereira Rovere, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Fernanda Jorge Magalhães, Rodrigo Almeida Bastos, Thais Rodrigues Paula.

1783

Hipertensão Arterial em Adolescentes Escolares: análise dos Fatores de Risco

***Hypertension in Adolescent Students: analysis of Risk Factors***

Sara Taciana Firmino Bezerra, Valéria Cristina Delfino de Almeida, Soraia Késsia de Araújo Silva, Genésio Queiroz da Silva Neto, Carla Vivian Pinheiro Lima, Paulo César de Almeida, Maria Dalva Santos Alves.

1791

Testagem para HIV: concepções de universitários masculinos

***Testing for HIV: conception of male university students***

Bruna Barbara Fernandes Moura Baía, Natianne Monique Lima de Andrade, Raphaella Florenço Tavares, Valéria Freire Gonçalves, Danielle Teixeira Queiroz.

1795

Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças institucionalizadas: conhecimento dos profissionais

***Development of psychomotor institutionalized children: professional of knowledge***

Mirna Albuquerque Frota, Ana Sabrina Silva Carneiro, Tatiana Maria Jucá Cavalcanti de Araújo, Marina Frota Lopes, Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales.

# SUMÁRIO



## CONTENTS

- 1801** Diagnósticos de enfermagem em pacientes sob ventilação mecânica internados em unidade de terapia intensiva  
***Diagnosis of nursing in patients under mechanical ventilation hospitalized in the intensive care unit***  
Elizabeth Mesquita Melo, Lorenna da Silva Lima, Adna Ribeiro Braquehais, Aglauvanir Soares Barbosa, Aline Mota Marques, Andreza Moura Magalhães Ferreira, Renata Mayra Reis Maia, Suylane Saraiva Araújo, Vlândia Teles Moreira, Violeta Frota Lima.

### Artigos de Revisão

- 1807** O enfermeiro no centro de atenção psicossocial: a construção de uma identidade profissional  
***Nurses in psychosocial care center: building a professional identity***  
Nágella Thaysa Bier de Sousa, Maria Aparecida das Graças Corrêa Milhomem, Alisséia Guimarães Lemes.
- 1813** Tecnologia educativa para aleitamento materno em prematuros: revisão integrativa da literatura  
***Educational technology for mother in early breast feeding: integrative review of literature***  
Viviane Josiane de Mesquita, Regina Cláudia Mello Dodt, Lorena Barbosa Ximenes, Ana Paula Melo Façanha.
- 1819** Representações sociais e identidade do profissional de enfermagem: evidências à luz da literatura  
***Social representations and identity of nursing professionals: evidence in the light of the literature***  
Rayanne Branco dos Santos, Maria Socorro de Araújo Dias, Alexandro do Vale Silva, Maria da Conceição Coelho Brito, Diógenes Farias Gomes.

**1825** Institucional

**1826** Palavra do Presidente

**1827** Notícias

**1838** Normas de Publicação

## EDITORIAL



### **Dra. Karla Maria Carneiro Rolim**

Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade de Rouen/França (CHU-ROUEN). Docente Titular do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente do Mestrado em Saúde Coletiva (PPGSC/UNIFOR). Coordenadora do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem (MPTIE/UNIFOR).  
E-mail: karlarolim@unifor.br

**A** consolidação e a visibilidade da pós-graduação em Enfermagem vêm sendo construídas pela ampliação do número de cursos que resultam na formação de recursos humanos qualificados, acompanhando o cenário da pós-graduação brasileira, no incremento da pesquisa e da produção intelectual. As necessidades atuais da pós-graduação *stricto sensu* no Brasil, busca a superação das desigualdades institucionais e regionais, no que tange à formação de competências para o ensino pós-graduado e para a pesquisa. Haja vista que a pós-graduação é construída de acordo com os limites e possibilidades do seu espaço histórico cultural que, por sua vez, não é estático e está sujeito a transformações contínuas.

Nesse constructo, questiona-se de que modo a tendência da pós-graduação da Enfermagem brasileira, na modalidade *stricto sensu*, está sendo construída para qualificar o profissional enfermeiro ante as demandas sociais e intersetoriais do século XXI. Essas demandas exigem um conhecimento amplo, conectado com o cenário da saúde global, com a transição epidemiológica e aumento da longevidade repercutindo na seguridade social e sistemas de saúde.

É desafio de promover a saúde em países em desenvolvimento, acrescida da reorganização dos serviços de saúde circunscritos em um instável cenário político e econômico. É necessária, portanto, a diminuição das desigualdades regionais, pois a sociedade está pautada no

conhecimento, e o papel da pós-graduação *stricto sensu* tem sido fundamental para o desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação, motores da transformação econômica e social. Destaca-se que, a inovação depende de todas as conexões estabelecidas para a intervenção e resolução de problemas identificados na prática profissional, assistencial e gerencial. Portanto, existe a necessidade de capacitar profissionais para o exercício da prática profissional inovadora, tecnológica e transformadora, com vista ao desenvolvimento técnico-científico, valoriza o potencial para atuação nos diferentes contextos da saúde e o pensamento crítico e reflexivo.

Ainda são grandes, porém, os desafios e necessidades para a consolidação da ciência da Enfermagem em nosso País, como a quebra de endógena e redução das assimetrias; assegurar a sustentabilidade dos programas de pós-graduação em Enfermagem; fomentar a produção científica em sintonia com as diretrizes traçadas pelos organismos/agências nacionais e internacionais e as políticas de ciência, tecnologia e inovação e a criação de centros de excelência em ensino e pesquisa de padrão internacional que sejam capazes de perpassar as fronteiras do ensino superior, contribuindo efetivamente com o movimento de inovação em saúde, atentando tanto às necessidades de recursos humanos e ao desenvolvimento tecnológico e inovador da Enfermagem. ●



# PROCESSO DE ENFERMAGEM – ANÁLISE DE SUA APLICAÇÃO SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL

NURSING PROCESS – ANALYSIS OF YOUR APPLICATION FROM THE PERSPECTIVE OF HOSPITAL NURSES

Artigo Original

Milenna Alencar Brasil<sup>1</sup>

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos<sup>2</sup>

Paula Dayanna Sousa dos Santos<sup>3</sup>

Meirylane Gondim Leite<sup>4</sup>

Sâmila Guedes Pinheiro<sup>5</sup>

## RESUMO

Processo de Enfermagem (PE) sob a ótica do enfermeiro assistencial. Foi realizado em um hospital terciário de referência no atendimento de urgência e emergência em Fortaleza-CE. Participaram do estudo trinta enfermeiras. Vinte e seis enfermeiras relataram experiências com PE na graduação, e quinze enfermeiras nunca utilizaram PE na assistência, em decorrência da falta de tempo, excesso de usuários, e desinteresse institucional. A importância do PE consistia em uma assistência qualificada com atendimento integral às necessidades do usuário; aquisição de conhecimentos e autonomia para o enfermeiro, e valorização da profissão. As condições necessárias para a implementação do PE na prática assistencial constituiria de capacitação profissional, conhecimento teórico-prático, delimitação de funções, e incentivo da instituição. Percebemos nas enfermeiras déficit de conhecimento teórico-prático sobre o PE, e a dificuldade de implantação deste relacionava-se à sobrecarga de trabalho.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Metodologia; Assistência Integral à Saúde.

## ABSTRACT

Nursing Process (NP) from the perspective of hospital nurses. It was conducted in a tertiary referral hospital in urgent and emergency care in Fortaleza-CE. The study included thirty nurses. Twenty-six nurses reported experiences with PE in graduation, and fifteen nurses have never used PE in care, due to lack of time, excessive users, and institutional disinterest. The importance of the EP consisted of a qualified service with comprehensive care to user needs; acquisition of knowledge and autonomy to the nurse, and appreciation of the profession. The necessary conditions for the implementation of PE in care practice would constitute professional training, theoretical and practical knowledge, delineation of functions and encouragement of the institution. We realize the theoretical and practical knowledge deficit nurses on the EP, and the difficulty of implementation of this was related to work overload.

**Keywords:** Nursing; Methodology; Comprehensive Health Care.

<sup>1</sup> Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>2</sup> Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Docente titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR (PPGSC/UNIFOR). E-mail: zeliasantos@unifor.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda no PPGSC/UNIFOR. Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

<sup>4</sup> Discente de Enfermagem (UNIFOR). Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq).

<sup>5</sup> Discente de Enfermagem (UNIFOR). Bolsista no Programa de Iniciação Científica e Tecnológica (PIBICT/FUNCAP).

## INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é o método de trabalho utilizado na área de enfermagem e permite, através da pesquisa, da análise lógica e do raciocínio analítico, desenvolver e implementar cuidados, tanto técnicos como interpessoais ou de relacionamento e comunicação<sup>(1)</sup>.

Entende-se que o processo de trabalho do enfermeiro inclui o gerenciamento do cuidado e que o PE consiste em um instrumento desse processo, que pode qualificar a assistência de enfermagem, desde que sua aplicação esteja pautada em uma apreensão ampliada das necessidades de cuidado dos usuários e orientada na perspectiva do cuidado integral<sup>(2)</sup>.

O PE, na visão de Almeida<sup>(3)</sup>, pode ser entendido como um instrumento ou um modelo metodológico utilizado tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que ele aconteça.

O PE teve três gerações distintas: a *primeira geração* corresponde aos anos de 1950 a 1970, tendo como foco principal a identificação e a resolução dos problemas. O PE continha quatro fases - coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação. Contudo, o foco do cuidado de enfermagem estava voltado às relações fisiopatológicas; na *segunda geração*, entre os anos 1970 e 1990, o PE passa a ter cinco fases, tendo assim a inclusão do diagnóstico de enfermagem. Deixando de ter o foco na solução apenas nos problemas, e assume características de um processo dinâmico e passando a tomar decisões em ações e intervenções em enfermagem; e *terceira geração* entre 1990 e 2010, teve como foco a testagem e a especificação, na prática, de resultado de pacientes que estejam sensíveis à intervenção de enfermagem<sup>(3)</sup>. Atualmente, o PE tem cinco etapas: Avaliação (ou Histórico de Enfermagem e Exame Físico); Diagnóstico de Enfermagem (DE); Planejamento da Intervenção; Implementação da Intervenção; e Avaliação (evolução da pessoa após a implementação do cuidado).

O PE constitui um dos instrumentos básicos da prática de enfermagem, que tem a finalidade de identificar as necessidades da pessoa e atendê-las sob uma abordagem integral respeitando as suas prioridades, promovendo a sua saúde e o bem estar, tornando-o agente de autocuidado e agente multiplicador das ações de autocuidado entre os familiares. No entanto, temos observado a implantação do PE em alguns setores de algumas instituições de saúde, porém a sua utilização é parcial, ou seja, não são desenvolvidas as cinco etapas.

Diante dessas experiências vivenciadas, e mediante a importância do PE para assistência, ensino, gestão e pesquisa, decidimos realizar este estudo, objetivando analisar a aplicação do Processo de Enfermagem sob a óptica do enfermeiro assistencial.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em um hospital terciário de referência estadual em atendimento

de urgência e emergência, situado no município de Fortaleza-CE. Optamos por esta instituição por ser campo de ensino e contar com enfermeiros lotados nas unidades de internação durante as 24 (vinte e quatro) horas.

Participaram do estudo 30 (trinta) enfermeiras de 29 à 50 anos de idade, procedentes de Fortaleza-CE, com tempo de exercício profissional entre 07 e 26 anos; 11 (onze) cursaram a graduação na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), 09 (nove) na Universidade Federal do Ceará (UFC), 08 (oito) na Universidade Estadual do Ceará (UECE), 01 (uma) na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e outra na Universidade Estadual do Pará (UFPA). Cerca de 8 (oito) eram especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, 03 (três) em Unidade de Terapia Intensiva, 02 (duas) em Enfermagem do Trabalho, 02 (duas) em Enfermagem Saúde Pública, 03 (três) em Enfermagem em Emergência, e as demais eram somente graduadas.

Coletamos os dados durante os meses de março e abril de 2014, por meio de uma entrevista, cujo roteiro conteve as questões norteadoras: *comente sobre a experiência com o PE na graduação; descreva sobre o impacto do PE na assistência ao usuário, na atuação do enfermeiro, e na categoria profissional; e discorra sobre as condições que viabilizam a utilização do PE na prática profissional do enfermeiro.*

Para a organização dos dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo de Bardin<sup>(4)</sup>, que se compõe de três etapas realizadas em conformidade com três polos cronológicos diferentes, a saber:

*Pré-análise.* Nesta etapa, realizamos leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas com identificação dos indicadores a serem abordados na análise.

*Exploração do material.* Nesta etapa organizamos os trechos recortados dos depoimentos em categorias analíticas: *experiência com o PE na graduação e na prática profissional; impacto do PE na assistência ao usuário, na atuação do enfermeiro, e na categoria profissional; e condições que viabilizam a utilização do PE na prática profissional do enfermeiro.*

*Interpretação.* Nessa etapa, analisamos os recortes dos depoimentos a partir dos significados que emergiram e os fundamentamos na literatura vigente.

O estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS)<sup>(5)</sup>, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. As enfermeiras foram orientadas sobre a natureza e os objetivos da pesquisa, anonimato e que poderiam retirar o consentimento no momento em que desejassem. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa (COÉTICA) da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para possibilitar o processamento da análise, organizamos trechos oriundos dos depoimentos nas categorias: *experiência com o PE na graduação e na prática profissional; impacto do PE na assistência ao usuário, na atuação do enfermeiro, e na categoria profissional; e condições que viabilizam a utilização do PE na prática profissional do enfermeiro.*

### Experiência com o PE na graduação e na prática profissional

O enfermeiro exerce suas funções nas áreas da assistência, do ensino, da pesquisa e da gestão, sendo que todas estas atividades possuem como cerne, o cuidar do ser humano. O desenvolvimento das habilidades necessárias para atuar neste campo de conhecimento devem iniciar durante o período da graduação, sendo aprimoradas ao longo dos anos de exercício da profissão, capacitando o enfermeiro a exercer um papel ativo e crítico, contribuindo de forma efetiva na tomada de decisões, nas questões sociais e institucionais, refletindo diretamente na qualidade do serviço prestado à sociedade<sup>(6,7)</sup>. A integração entre as atividades teóricas e práticas, apoiadas por diferentes métodos de ensino, devem promover a inserção do estudante de enfermagem no contexto das práticas de saúde<sup>(8)</sup>.

Vinte e seis enfermeiras vivenciaram o PE na graduação desde da teoria à aplicação durante as aulas práticas e estágio, quando perceberam a possibilidade de assistência planejada e individualizada com resolubilidade.

*[...] na graduação a experiências foi vivida nos campos de estágios e nos mostrou que uma assistência programada, planejada de forma individualizada e orientada, melhora a qualidade de assistência ao paciente e resolução de seus problemas [...]* (E5, 29 anos)

*[...] aplicava-se o processo de enfermagem segundo Wanda Horta de forma acadêmica, ou seja, com clientes assistidos dentro do programa de estágio. Foi uma experiência excelente, mas a direção do hospital não se preocupa com esta implementação [...]* (E 10, 41 anos)

*[...] para utilização do processo de enfermagem no período de graduação nos é fornecido roteiro completo que nos permite avaliar o cliente como um todo; vale ressaltar que na graduação ficamos responsáveis por um cliente em especial [...]* (E 19, 30 anos)

Somente 04 (quatro) enfermeiras não vivenciaram esta experiência, justificando que, na época de sua formação acadêmica não era dada ênfase ao PE.

*[...] os professores não abordavam esses conhecimentos durante o curso, que tinha duração de três anos acrescida de um ano de habilitação [...]* (E 14, 49 anos)

*[...] porque na época não estava tão em evidência, apenas tivemos no início com Wanda Horta [...]* (E 1, 50 anos)

Os enfermeiros graduados no antigo currículo, de modo geral, tiveram algum conhecimento teórico sobre o PE, e destes, somente alguns conseguiram vivenciar sua aplicação em campos de estágio.

Considerando que o processo de formação do enfermeiro visa desenvolver competências, que incluem conhecimento, habilidades e atitudes, exigidas frente às demandas básicas da prática profissional, o ensino do PE na graduação perpassa por disciplinas do componente básico ao profissional. Nestes contextos, ora valoriza-se a construção da competência conhecimento, ora são contempladas oportunidades práticas de aprendizado, buscando suscitar a compreensão teórica necessária à execução prática das etapas do PE nos cenários de cuidado, quando se verifica a materialização da competência em habilidade. Cabe, entretanto, ressaltar a contribuição da academia diante da fragmentação entre o saber e o fazer, o que corrobora com a fragilidade na construção concomitante das competências conhecimento, habilidade e atitude, na formação acadêmica<sup>(9)</sup>.

Na prática profissional, 15 (quinze) enfermeiras afirmaram a utilização do PE. Porém, de forma fragmentada, ou seja, a maioria fazia a evolução (quinta e última etapa), e outras além desta etapa, faziam a prescrição de enfermagem.

*[...] houve-se a necessidade de se aplicar o processo de enfermagem na UTI, bem como usar a unidade como piloto, porém utilizado somente a prescrição de enfermagem [...]* (E11, 29anos)

*[...] fazemos um plano de enfermagem e a evolução, o que facilita nosso trabalho na assistência ao paciente [...]* (E22, 27anos)

*[...] processo de enfermagem na prática, dia a dia, é utilizado, mas de maneira mais dinâmica, direcionada, objetiva; plano de cuidados é executado e não descrito, na prática, o registro dos cuidados é direcionado; pois a demanda (cliente) é grande e o fator tempo reduzido [...]* (E21, 34 anos)

A utilização fragmentada do PE foi justificada pelas enfermeiras em decorrência da falta de tempo, excesso de pessoas sob seus cuidados, desinteresse institucional e desinformação.

*[...] grande demanda de paciente, às vezes não permite que se desenvolva todo o processo de enfermagem [...]* por exemplo, a emergência é enorme, praticamente não realizamos o processo em sua totalidade ou de forma integral [...]

*sabemos que isso é falho e afeta a qualidade da assistência ao paciente [...]* (E29, 33anos)

*[...] quando comecei a trabalhar tinha a pretensão de utilizar o processo de enfermagem, porém não encontrei espaço, infelizmente todos os enfermeiros trabalhavam*

de outra forma [...] além do mais, os hospitais temos muitos pacientes para poucos enfermeiros e se torna quase inviável a sua execução, e as instituições, não tem interesse na operacionalização [...] (E25, 35 anos)

[...] considero difícil operacionalização, vez que requer da equipe de enfermagem um conhecimento teórico-metodológico condizente com a prática que ele realiza; implica também em profundas mudanças de atitudes em relação à essência do cuidado, ao trabalho coordenado e sequenciado, enfim, à visão holística do paciente [...] (E35, 38 anos)

[...] por ser um hospital de emergência não dispomos de tempo para realizar o processo de enfermagem, mesmo porque não ficamos em uma só unidade e muitas vezes, não fazemos o papel só de enfermeiro, cobrimos o serviço de quem falta e temos que dar conta de tudo, tem que funcionar tudo direitinho, principalmente agilizar exames, procedimentos e encaminhar pacientes para cirurgias. Em outros casos somos psicólogas, assistentes sociais, controlista, secretária, etc.[...] mal dá para fazer uma evolução, quando estamos com muitos pacientes graves, que é o que mais tem [...] (E30, 41anos)

Vivenciamos a histórica escassez de recursos humanos da área da saúde, particularmente integrantes da Equipe de Enfermagem em hospitais e outras instituições de saúde à luz demanda de pessoas que necessitam da assistência. Há que admitirmos que o enfermeiro também exerça funções diversas dentro do seu ambiente de trabalho, chegando a ter uma sobrecarga de tarefas.

### **Impacto do PE na assistência ao usuário, na atuação do enfermeiro, e na categoria profissional**

O reconhecimento da importância do PE para a profissão evidencia-se através das legislações instituídas pelas entidades de classe. Desta forma, conhecer as legislações em saúde e as específicas da profissão é imprescindível para a enfermagem se fortalecer naquilo que defende<sup>(9)</sup>.

#### **Assistência ao usuário**

Visualizamos nos relatos das enfermeiras a importância do PE para a pessoa que é cuidada: assistência qualificada; amplo conhecimento dessa pessoa, e atendimento integral às suas necessidades de saúde.

[...] fornece ao paciente uma assistência de enfermagem individualizada, especializada, qualificada no aspecto bio-psico-social, pois o PE permite um estudo direcionado ao problema do paciente, o que facilitaria o diagnóstico e resolução dos problemas [...] (E5, 29 anos)

[...] a assistência é prestada de forma mais criteriosa, pois o plano permite avaliar melhor os cuidados que foram prestados ao paciente[...] e sobretudo, atender às

suas necessidades básicas, assistindo-o de uma forma individualizada e contínua [...] (E19, 30 anos)

[...] amplia o nosso conhecimento sobre o paciente em relação ao seu tratamento, e o relacionamento interpessoal com a equipe [...] também facilita a continuidade dos cuidados e avaliação posterior dos resultados[...] (E28, 36 anos)

O pensamento das autoras compactua com o significado das falas das entrevistadas, ao reconhecerem a importância do PE para o usuário, principalmente em permitir a participação no cuidado, respeitando sua individualidade, sendo esse atendido nos seus aspectos bio-psico-sócio-espiritual, além de ter uma continuidade do cuidado, levando a receber uma assistência de enfermagem de alta qualidade.

De acordo com Medeiros, Santos e Cabral<sup>(10)</sup>, o PE proporciona ao usuário segurança em relação à assistência prestada, resultando numa melhor comunicação e entendimento do seu estado clínico, favorecendo a recuperação e o relacionamento interpessoal. Nesse sentido, os enfermeiros percebem que o PE é capaz de proporcionar segurança para a equipe de enfermagem, porque suas etapas são registradas no prontuário do usuário, sendo esse considerado um documento legal.

#### **Atuação do Enfermeiro**

Para Souza<sup>(11)</sup>, o processo de trabalho do enfermeiro, cotidianamente ocorre um direcionamento das ações para o foco organizacional da instituição, podendo-se inferir a concepção da competência gerencial que compõe o processo de trabalho, com isso este profissional vê no PE as ações de planejar, organizar e direcionar sua prática.

As enfermeiras revelaram como impacto do PE para sua atuação profissional, o crescimento profissional, teorização do conhecimento, satisfação pessoal e delimitação de papéis.

[...] o processo de enfermagem ajuda o enfermeiro a crescer como profissional, a estudar mais, se atualizar, trabalhar dentro de uma ação sistematizada, vendo o paciente como um todo, individualizando o atendimento de enfermagem e avaliando resultados [...] (E6, 31 anos)

[...] satisfação profissional por trabalhar dentro de uma metodologia da assistência, crescimento intelectual e científico, garantindo assim uma excelente assistência ao paciente. Manter em prática todo o seu conteúdo teórico [...] possibilidade de discernir e delimitar papéis e atribuições inerentes aos profissionais[...] (E18, 34 anos)

A ideia da autora está refletida nos depoimentos das enfermeiras ao julgarem importante para si, a satisfação profissional, bem como, um crescimento intelectual, conseqüente à utilização do PE, por permitir a assistência de qualidade a clientela, ao mesmo tempo em que exige habilidades e criatividade por parte dos enfermeiros.

## Categoria profissional

Para a profissão de enfermagem, a importância referida pelas enfermeiras, está relacionada com a aquisição de conhecimentos, valorização profissional e obtenção de autonomia.

*[...] produção de um corpo de conhecimento de retroalimentação para a própria categoria [...] respaldo e reconhecimento na instituição. Elevação do nível científico, pois leva os profissionais a estarem sempre estudando. Enriquecimento e respaldo da profissão no que tange autonomia e respeito [...]* (E30, 41 anos)

*[...] enriquecimento no conteúdo, pois o mesmo estimula a pesquisa, a fundamentação teórica, fortalecendo mais a cultura do profissional. Maior valorização profissional e desenvolvimento das funções atingindo o perfil desejado [...]* (E4, 32 anos)

Para a Equipe de Enfermagem, o PE possibilita a elaboração de uma prescrição de enfermagem com cuidados individualizados, além de viabilizar a melhoria nos registros e a humanização da assistência<sup>(10)</sup>. Medeiros, Santos e Cabral constaram em estudo que as enfermeiras admitem a importância da aplicação do PE, porque possibilita reconhecimento pelo seu desempenho, dar maior respaldo para a profissão, e eleva o teor científico da enfermagem.

Conforme declara Guedes<sup>(12)</sup>, os profissionais que têm atitudes mais favoráveis ao PE, provavelmente terão mais facilidade para envolverem-se nas mudanças requeridas para sua implantação e implementação, e aqueles com atitudes mais desfavoráveis, provavelmente, terão mais dificuldade.

Para Garcia e Nóbrega<sup>(13)</sup>, outro aspecto importante que pode interferir nas atitudes sobre o PE, é que frequentemente ele é tratado como tendo um fim em si mesmo ou como o meio pelo qual se obtém alta qualidade de cuidado de enfermagem. O PE não pode ser entendido como um fim em si mesmo ou sinônimo de que sua mera aplicação promoverá a qualidade da assistência, ou estará fadado a permanecer como uma forma de controle e um fazer desacreditado pela própria enfermagem.

### Condições que viabilizam a utilização do PE na prática profissional do enfermeiro

De acordo com o relato das enfermeiras, as condições necessárias para a inserção do PE na prática assistencial constituiria de capacitação profissional, conhecimento teórico-prático na graduação, compromisso profissional, praticidade, delimitação de funções, e incentivo da instituição.

### Capacitação Profissional

*[...] capacitação dos profissionais com cursos de atualização; colocar um número de enfermeiros suficientes nos setores para que haja condição de trabalho [...]* (E14, 49 anos)

*[...] aumentar o número de enfermeiros por turno na UTI e tentar diminuir a função desviada dos mesmos; motivar a realização de cursos e seminários para exercitar a prática, pois fica difícil trabalhar sem ter experiência com o mesmo [...]* (E4, 32 anos)

*[...] mais enfermeiros por unidade dentro do hospital [...] menos burocracia [...] maior interesse por parte dos profissionais na realização do processo de enfermagem [...] estudo e trabalho científico nesta área [...]* (E28, 36 anos).

A precarização do trabalho de enfermagem demonstra a grave situação de recursos humanos na saúde, prejudicada pela diversidade de contratos de trabalho, remunerações, jornadas de trabalho com diversos vínculos empregatícios, são fatores que repercutem no processo de trabalho, na qualidade de assistência e na saúde da coletividade.

A precarização do trabalho caracteriza-se por desregulamentação e perda de direitos trabalhistas e sociais, legalização dos trabalhos temporários e informais. Como consequência, observamos o aumento no número de trabalhadores autônomos e subempregados, bem como a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência individuais e/ou coletivas dos sujeitos sociais. Paralelo a isso, tem havido intensificação do trabalho, aumento da jornada, acúmulo de funções, maior exposição a fatores de risco para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e à segurança, diminuição dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego<sup>(14)</sup>.

Apesar do crescente uso das teorias de enfermagem, as práticas ainda permanecem fragmentadas, embasadas em sinais e sintomas da doença, e, na solução dos problemas. Ainda prevalece a lógica dos serviços, nem sempre se considerando o atendimento das necessidades de quem recebe o cuidado. Essa se constitui uma das dificuldades encontradas no PE permeado por uma prática clínica de cuidados voltados para tarefas, priorizando os serviços e não as necessidades da pessoa, resultando num trabalho automatizado e burocrático<sup>(15)</sup>.

### Conhecimento teórico-prático na graduação

*[...] maior ênfase na graduação; mudanças político-administrativas nos hospitais [...]* (E5, 29 anos)

Algumas enfermeiras referiram que deveria ser dada maior ênfase ao PE durante a graduação. Para Huitzi-Egilegor<sup>(16)</sup>, essa realidade é encontrada em muitas instituições brasileiras, de pouca aplicabilidade do PE e das teorias de enfermagem, principalmente em instituições públicas, o que difere daquela encontrada em um estudo realizado na Espanha, onde o uso do PE é predominante nos serviços públicos. Devido a maiores investimentos governamentais, 98,0% dos estabelecimentos de saúde daquele País executam o PE em todas as suas etapas; e 86,0% dos serviços usam uma Teoria de Enfermagem.

No entanto, concordando com o pensamento da autora, esperamos não só essa ênfase na graduação, mas também um

interesse maior dos profissionais ao saírem da universidade, compromissados em continuar na busca de conhecimentos, a fim de desenvolver habilidades com o PE em sua prática. No trabalho de Freitas<sup>(17)</sup>, a falta de interesse e motivação de alguns profissionais é vista como uma dificuldade para implementação do PE. Mudanças nos discursos e atitudes só ocorrerão com envolvimento e compromisso, por serem elementos essenciais para a superação das dificuldades encontradas nos serviços.

Apesar do crescente uso das teorias de enfermagem, as práticas ainda permanecem fragmentadas, embasadas em sinais e sintomas da doença, e, na solução dos problemas. Ainda prevalece a lógica dos serviços, nem sempre se considerando o atendimento das necessidades de quem recebe o cuidado. Essa se constitui uma das dificuldades encontradas no PE permeado por uma prática clínica de cuidados voltados para tarefas, priorizando os serviços e não as necessidades da pessoa, resultando num trabalho automatizado e burocrático<sup>(15)</sup>.

#### Compromisso profissional

*[...] compromisso e envolvimento dos profissionais por conscientização integrada e justificação na oportunidade de exercer a enfermagem com referencial de metodologia para o trabalho [...]* (E23, 47 anos).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem a prescrição da assistência de enfermagem, é uma atividade privativa do enfermeiro, bem como os cuidados diretos a pacientes graves, cuidados de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas<sup>(18)</sup>.

Ressalta-se, portanto, que a utilização do PE na prática profissional, favorece o cumprimento desta Lei, além de prestar uma assistência de alta qualidade à pessoa. Porém, cabe ao enfermeiro assumir o compromisso para com sua própria profissão.

Para Medeiros, Santos e Cabral<sup>(10)</sup>, é o PE que oferece suporte teórico e segurança na tomada de decisões frente ao usuário, trazendo como consequência maior visibilidade à profissão.

#### Praticidade

*[...] que o plano já fosse impresso com os cuidados básicos rotineiros de enfermagem sendo necessário somente acrescentar ao plano diário, os cuidados específicos a cada paciente [...]* (E2, 34 anos)

*[...] informatização do processo com os instrumentos necessários, fazendo de maneira prática [...]* (E22, 27 anos)

As enfermeiras sugeriram instrumentos práticos para a utilização do PE, sem se conscientizarem de que esses instrumentos devem ser elaborados por elas mesmas, baseadas no contexto de sua prática.

Os formulários contemplando as fases do PE são importantes para que os enfermeiros tenham conhecimento teórico-prático, de modo a executarem as ações. Esse conhecimento é necessário, como base para a tomada de decisão e na escolha das intervenções para assistir a pessoa, subsidiando o raciocínio crítico e clínico em enfermagem<sup>(10)</sup>.

Uma outra sugestão das enfermeiras é a informatização do PE. Esperamos que isso possa, mediante esforços delas junto a gestão, ocorrer num futuro próximo, pois certamente seria mais prático.

#### Delimitação de funções

*[...] a condição de que o enfermeiro deixe de ser burocrata e passe a ser assistencial de fato, mediante a condição de trabalho e o interesse político da instituição [...]* (E11, 29 anos)

O enfermeiro, muitas vezes, tem que desempenhar várias funções, num período de tempo reduzido para tal. Esperamos, que essa condição seja repensada pela própria administração da instituição juntamente com a gestão de enfermagem.

#### Incentivo da Instituição

É comum a abordagem mais teórica do PE nas instituições de ensino superior (IES), entretanto a não articulação da teoria com a prática, dificulta a percepção dos discentes quanto à aplicação e viabilidade deste instrumento no cotidiano do processo de cuidar<sup>(19)</sup>.

*[...] reconhecimento pela Direção da Instituição, e iniciativa e apoio da Direção de Enfermagem em dar condições para implantar o processo de enfermagem [...] se conscientizar da importância do processo para o enfermeiro e para o paciente [...]* (E13, 39 anos)

Muitas enfermeiras concordavam que um maior interesse da instituição viabilizaria a utilização do PE na prática assistencial.

Em relação ao ensino do PE, tem sido introduzido nos Cursos de Graduação a partir de disciplinas básicas, tendo como objetivo construir, junto ao discente, a competência para realizar suas etapas, assim como desenvolver habilidades e atitudes no contexto das disciplinas do componente profissional, que proporcionam o aprendizado no campo teórico e prático<sup>(20-21)</sup>.

Lamentavelmente, as políticas administrativas das instituições de saúde refletem normas e rotinas pré-estabelecidas, apoiadas em raízes capitalistas, onde o quantitativo predomina sobre o qualitativo. Sendo assim, o enfermeiro tem que seguir essa corrente, ficando muitas vezes, sobrecarregado de tarefas burocráticas e conseqüentemente impossibilitadas de prestar uma assistência que realmente atenda à pessoa em todas as suas necessidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PE é visto pelas enfermeiras como uma melhoria na assistência prestada às pessoas. É uma atividade exclusiva do enfermeiro, que lhe garante autonomia, porém percebemos neste estudo que muito se discute sobre o PE, porém este ainda é timidamente realizado. Apesar do reconhecimento dos enfermeiros assistências sobre a importância da implementação do PE, ainda se percebe uma escassez de conhecimento teórico-prático por parte destes, fato também comprovado em outros estudos. Percebe-se que a dificuldade de implanta-

ção do PE vem também da falta de conhecimento teórico e, da sobrecarga de trabalho da Equipe de Enfermagem.

Com os resultados do estudo, pretendemos sugerir aos docentes do ensino de enfermagem, a aplicação do PE em todas as disciplinas nos campos de estágio, e aos enfermeiros assistenciais uma reflexão sobre a importância da utilização desta metodologia em sua prática, e posterior implantação nas instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Alfaro-Lefevre R. Applying nursing process: the foundation for clinical reasoning. Philadelphia: Lippincott; 2014:3.
2. Azzolin GMC, Peduzzi M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(4):549-55.
3. Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MCR. Processo de Enfermagem na Prática Clínica: Estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011:963.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1994.
5. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
6. Kikuchi EM, Mendes MMR. O cuidado no processo de avaliação da aprendizagem: um enfoque fenomenológico. CiêncCuidSaúde. 2012;11(Suppl):23-30.
7. Corbellini VL, Santos BRL, Ojeda BS, Gerhart LM, Eldt OR, Stein SC, et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2010;63(4):555-60.
8. Crookes K, Crookes PA, Walsh K. Meaningful and engaging teaching techniques for student nurses: a literature review. Nurse Educ Pract. 2013;13(4):239-43.
9. Pereira MJB, Fortuna CM, Mishima SM, Almeida MCP, MatumotoIet S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. Rev Bras Enferm. 2009; 62(5):771-7.
10. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(3):234- 42.
11. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AI. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66 (2): 256-67.
12. Guedes ES, Turrini RNT, Sousa Baltar VT, Cruz DALM. Atitudes dos profissionais de enfermagem relacionados ao processo de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(spe): 58-70.
13. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2009; 13(1):188-93.
14. Azambuja EP, Kerber NPC, Kircho AL. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. Rev. Esc. Enferm USP. 2007; 41(3):355-62.
15. Alves AR, Lopes CHAF, Jorge MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008; 42(4):649-55.
16. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Uso do processo de enfermagem nos serviços públicos e privados de um distrito de saúde. Rev Latino-Am Enferm. 2012;20(5):903-908
17. Freitas MC, Queiroz TA, Souza JAV. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(2): 207-12.
18. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem. Brasília (DF): COFEn; 1986.
19. Pinho LB, Santos SMA, Kantorski LP. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. Texto & Contexto Enferm 2007; 16(4):703-11.
20. Leadebal ODCP, Fontes WD, Silva CC. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1):190-8.
21. Fontes WD, Leadebal ODCP, Ferreira JA. Competências para aplicação do processo de enfermagem: autoavaliação de discentes concluintes do curso de graduação. Rev Rene. 2010; 11(3):86-94.

Recebido em: 09.01.2016

Aprovado em: 20.01.2016

# IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS EM RECÉM-NASCIDOS

IDENTIFICATION OF MAIN CONGENITAL MALFORMATIONS IN NEWBORNS

Artigo Original\*

Giselle Pereira Rovere<sup>1</sup>  
Francisca Elisângela Teixeira Lima<sup>2</sup>  
Fernanda Jorge Magalhães<sup>3</sup>  
Rodrigo Almeida Bastos<sup>4</sup>  
Thais Rodrigues Paula<sup>5</sup>

## RESUMO

Objetivou-se identificar as principais malformações congênitas em recém-nascidos internados em um hospital pediátrico e suas características como possíveis fatores de risco para essa condição de saúde. Estudo exploratório, documental, retrospectivo, realizado em um hospital estadual pediátrico de Fortaleza-CE. Coletaram-se os dados utilizando-se um livro de registros da UTI pediátrica. A amostra foi de 272 registros de malformação congênita de crianças atendidas no período 2007 e 2008. Detectou-se um predomínio de 50,4% de recém-nascidos do sexo feminino; 48,0% atingiram o percentil 50 de peso; 36,0% evoluíram ao óbito. Concluiu-se um predomínio de recém-nascidos com malformação congênita em tal unidade, de modo a destacar a importância de estudos epidemiológicos com identificação de indicadores de saúde e possíveis fatores de risco. Evidencia-se a necessidade de capacitar a equipe multiprofissional e a família desses recém-nascidos nos níveis de atenção à saúde, para promover a saúde e prevenir agravos de neonatos em tais condições de saúde.

Palavras-chave: Recém-Nascido; Anormalidades Congênitas; Enfermagem.

## ABSTRACT

The objectives were to verify prevalence of congenital malformations in newborn infants hospitalized in a pediatric hospital and its characteristics as risk factors for this health condition. Exploratory study, document, developed in a pediatric state hospital in Fortaleza-CE. Collected the data using the unit's record book with pre-defined instrument. It turned out prevalence of 272 cases of congenital malformations, with a prevalence of 50.4% of newborn female; 48.0% achieved the 50th percentile of weight; and 36.0% progressed to death. It was found a high prevalence of newborns with congenital malformations. Highlights the importance of epidemiological studies identify health indicators to enable the multidisciplinary team and family of these infants to act as active subject in the care of holistic, individualized and effective way.

Keywords: Newborn; Congenital Abnormalities; Nursing.

\* Artigo extraído da dissertação de especialização em Neonatologia intitulada: Caracterização e prevalência de malformação congênita em neonatos. Universidade Federal do Ceará, 2011.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Neonatologia. Coordenadora da Unidade de Cardiologia do Hospital Infantil Albert Sabin.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeiro. Mestrando em Psicologia. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

<sup>5</sup> Discente em Enfermagem. Ex-bolsista do Programa de Iniciação Científica/Estácio - Centro Universitário Estácio do Ceará.

## INTRODUÇÃO

As malformações congênicas são consideradas defeitos na forma, estrutura e/ou função de órgãos, células ou componentes celulares, presentes antes do nascimento e surgindo em qualquer fase do desenvolvimento fetal<sup>(1)</sup>. No Brasil, cerca de 2 a 4% das crianças nascem com algum tipo de malformação congênita. Ela representa a segunda causa de mortalidade infantil, determinando 11,2% deste índice<sup>(2)</sup>. As malformações congênicas também são responsáveis por altos índices de morbidade, ou seja, complicações clínicas, internações e intercorrências<sup>(3)</sup>.

Dentre os fatores que podem estar relacionados à malformação congênita pode-se citar: idade materna, condições socioeconômicas, causas relacionadas à qualidade ambiental ou de material radioativo, alta incidência de doenças infecciosas e deficiências, escassos recursos para saúde e pesquisa, automedicação, proibição do aborto, dentre outros<sup>(3,4)</sup>.

O estudo tem como justificativa, identificar as principais malformações congênicas em recém-nascidos, sendo de muita relevância, pois favorece a possibilidade de transformação da prática assistencial, já que se trata de um interesse inerente ao enfermeiro a condição de malformação congênita, a qual as equipes de saúde deparam-se constantemente com uma quantidade significativa de tal agravo na prática assistencial.

Favorece, ainda, um direcionamento da avaliação situacional da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) quanto à identificação de recém-nascidos (RN) na condição de malformação congênita. Além de subsidiar uma temática para capacitação, educação permanente e sensibilização da equipe multiprofissional de saúde atuante nessa unidade, a fim de melhorar os cuidados junto a esse RN e sua família.

Diante de tais considerações surgiram alguns questionamentos: quais as principais malformações presentes nos recém-nascidos internados em uma instituição hospitalar? Quais suas características clínicas e sociais como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento dessa condição de saúde?

Acredita-se, que a resolução desses questionamentos possa favorecer o reconhecimento pela equipe de saúde das condições sociais e clínicas das crianças com malformação congênita internadas em uma unidade neonatal. O que poderá beneficiar um cuidado integral, holístico e direcionado, de maneira a avaliar a gravidade da condição clínica, prevenir agravos e favorecer a recuperação da saúde dessas crianças. Além de possibilitar a elaboração de um plano de cuidados com intervenções direcionadas às essas crianças e sua família, de modo a favorecer integração com a equipe multiprofissional.

Portanto, objetivou-se identificar as principais malformações congênicas dos recém-nascidos internados em um hospital pediátrico e suas características clínicas e sociais como possíveis fatores de risco para essa condição de saúde.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, documental retrospectivo com abordagem quantitativa, desenvolvido na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal de um hospital infantil, referência de nível terciário da cidade de Fortaleza-CE. A opção por esta unidade ocorreu por ser uma unidade de referência no Estado em atendimento infantil e receber um elevado quantitativo de crianças com malformação congênita.

A população foi constituída por todos os registros dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal, sendo excluídos os registros de dados incompletos, tendo uma amostragem final de 272 registros. A distribuição dos recém-nascidos com malformação congênita foi caracterizada de acordo com sexo, peso, procedência e destino.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se de um instrumento pré-elaborado conforme as informações contidas nos livros de admissão dos recém-nascidos na mencionada unidade da instituição. No instrumento continha dados maternos e do recém-nascido, tais como: idade gestacional, procedência, data de admissão, peso ao nascer, destino após sair da UTI Neonatal, diagnóstico clínico de internamento e diagnóstico específico da malformação congênita.

Os aspectos éticos foram seguidos conforme os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos<sup>(5)</sup>. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob protocolo nº 016/2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à identificação de malformação congênita nos recém-nascidos avaliados, pôde-se verificar 1.942 casos de malformação a cada 100.000 crianças atendidas na instituição em estudo no decorrer dos anos de 2007 e 2008.

Nos documentos em avaliação foi possível observar que ambos os gêneros dos recém-nascidos, apresentaram acometimento de algumas malformações congênicas de forma numericamente semelhante. Tendo 137 casos (50,4%) de malformação congênita no sexo feminino, enquanto no sexo masculino, esse número foi de 135 (49,6%). Portanto, o fenótipo neste aspecto não pôde ser considerado como um fator determinante para o acometimento de anormalidade genética e sim fatores da constituição genética do organismo.

Em relação ao percentil de peso ao nascer, foram identificados 117 (43,0%) recém-nascidos com percentil 10; 132 (48,0%) com percentil 50; e 23 (9,0%) recém-nascidos com percentil 90. A maioria (48%) dos recém-nascidos estava com peso adequado para a idade gestacional (2.750 a 3.750 gramas). Com base na procedência dos casos de recém-nascidos com malformação, dividiram-se dois grupos: os que procediam da capital e os que procediam do interior, totalizando 80 (29,0%) e 192 (71,0%), respectivamente. A distribuição caracterizada pelo destino após a UTI deu-se da

seguinte maneira: para outra unidade foram evidenciados 158 (58,0%) recém-nascidos; 15 (6,0%) foram destinados à outro hospital e 99 (36,0%) foram a óbito durante a permanência na UTI, que tiveram a malformação como principal causa de morte, conforme os registros em prontuários.

Do total de recém-nascido em estudo, 158 (58%) foram encaminhados para unidades do próprio hospital, sendo elas: média complexidade e alta complexidade, 18 (6%) foram transferidos para outra instituição de nível terciário referência em cardiologia, já que a condição clínica destes necessitava de correção cirúrgica cardíaca complexa.

Quanto aos diagnósticos de internamento que levaram tais recém-nascidos, em estudo, à situação de internamento. Constatou-se, conforme apresentado na tabela 1, 174 casos somente associados a malformação congênita, para observação do quadro clínico e cirúrgico. Os demais apresentaram outros diagnósticos tais como: prematuridade, pneumonia, sepse, herniações, insuficiência cardíaca, impetigo, perfuração esofágica, insuficiência respiratória, massa mediastinal, icterícia, ventriculite, convulsão e alterações de sinais vitais (bradicardia ou taquicardia).

**Tabela 1.** Distribuição dos recém-nascidos com malformação congênita, segundo diagnóstico de internamento. Fortaleza-CE. Jjan/2007 - Dez/2008.

DIAGNÓSTICO DE INTERNAMENTO	N	%
Malformação congênita	174	61,3
Infecção neonatal	33	11,6
Prematuridade	16	5,6
Taquipneia transitória do recém-nascido	8	2,8
Hipertensão pulmonar	5	1,7
Síndrome de aspiração meconial	6	2,2
Apneia	2	0,7
Outros	40	14,1

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Quanto as principais malformações congênitas, pode-se identificar alterações em diferentes sistemas do corpo humano como apresentado na tabela 2. Para isso, percebeu-se predomínio de malformações

No trato digestório, a malformação predominante foram atresia de esôfago e imperfuração anorretal. No sistema circulatório os defeitos de septos, anomalias de canal arterial e tronco pulmonar foram evidentes nos recém-nascidos atendidos na refe-

rida instituição. Sobre os acometimentos das malformações e anomalias cromossômicas existentes nos 272 recém-nascidos atendidos na referida instituição. Houve 320 tipos de malformação, pois algumas crianças apresentaram mais de uma alteração. Nesse caso, é possível evidenciar na Tabela 1 uma série de anormalidades genéticas influenciando diretamente na condição clínica do recém-nascido.

**Tabela 2.** Distribuição de malformações congênitas mais diagnosticadas em recém-nascidos, segundo o CID-10. Fortaleza-CE. Jan/2007 - Dez/2008.

DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS	N	%
<b>ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO</b>		
Encefalocele	4	17,0
Hidrocefalia	5	12,19
Total	5	12,19

<b>ALTERAÇÕES DO SISTEMA DIGESTIVO</b>		
Fenda palatina	2	50,00
Fenda labial com fenda palatina	2	50,00
Malformação de esôfago	37	25,4
Ausência, atresia e estenose congênita do intestino delgado	13	8,9
Outras de intestino	33	23,00
Total	87	157,30

<b>ALTERAÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>		
Malformação de nariz	3	14,0
Malformações da laringe	3	14,0
Malformações de pulmão	4	20,00
Total	10	48,00

<b>ALTERAÇÕES DO SISTEMA CIRCULATÓRIO</b>		
Malformações dos septos cardíacos	6	6,5
Malformações das grandes artérias	5	5,4
Malformações das grandes veias	4	4,2
Total	15	16,10

## DISCUSSÃO

Ao calcular a prevalência, a qual mede a proporção de pessoas numa dada população que apresentam uma específica doença ou atributo, em um determinado ponto no tempo a cada 100.000 habitantes.

No ano de 2007 a 2008 no Estado do Ceará, verificou-se uma ocorrência de 133.917 registros de recém-nascidos vivos, os quais em 2007 verificou-se que 2.596 recém-nascidos tiveram diagnóstico de Malformação congênita e anomalias cromossômicas na cidade de Fortaleza-CE<sup>(6)</sup>. Dentre estes, na instituição avaliada, houveram uma ocorrência de 272 recém-nascidos com malformação congênita.

Portanto, no presente estudo, o numerador abrange o total de pessoas que se apresentam doentes num período determinado (2.596 recém-nascidos com malformação congênita em Fortaleza-CE multiplicado por 100.000. O denominador, por sua vez é a população da comunidade, em estudo, no mesmo período (272 recém-nascidos com malformação no hospital pediátrico de referência em Fortaleza-CE). O que correspondeu a 0,95 de uma prevalência de malformação congênita, o que caracteriza uma importante frequência e magnitude desta condição de saúde nessa Instituição.

Resultado considerado previsível quando se considera que quanto maior a idade gestacional maior será o peso ao nascer. No entanto, neste estudo, as gestantes tinham entre 11 a 20 anos sendo esperado um número maior de recém-nascidos de baixo peso. E isso, contradiz com outros estudos em que houve 66,7% dos recém-nascidos malformados com baixo peso ao nascer<sup>(8)</sup>.

Um estudo realizado em Recife identificou a frequência de 2,7% malformações em nativos e de 6,7% entre os natimortos, com predomínio de anormalidades do sistema nervoso central, osteomuscular e cardiopatias. Além disso, na relação com o sexo, observou-se prematuridade e baixo peso como maior nos casos de malformação, o que representaram a segunda maior causa de morte dos recém-nascidos, depois da prematuridade<sup>(9)</sup>.

Porém, foi observado redução das demais causas de mortalidade infantil graças ao crescente controle e melhoria da atenção às doenças infecto-contagiosas à criança prematura<sup>(10)</sup>, bem como a evolução tecnológica nos métodos diagnósticos e terapêuticos. Já os óbitos decorrentes de malformações congênitas, aumentaram consideravelmente, o que torna importante causa de morte neonatal a ser considerada no âmbito da saúde pública.

Cabe ressaltar que o nascimento de um filho com malformação acarreta mudanças no funcionamento do núcleo familiar, modifica o equilíbrio entre trabalho, amigos, irmãos, pais e mães. Consoante o relato de autores, a família pode ser reestruturada e a criança pode melhor se desenvolver quando os pais e os profissionais de saúde firmam parceria. Esta parceria visa para a construção conjunta de estratégias de enfrentamento da situação e a consequente melhoria da assistência em saúde<sup>(11)</sup>.

Dentre as diversas estratégias utilizadas para a vinculação entre profissionais e família, destaca-se a visita domiciliar, e deve ser considerada uma ação transformadora pela sua peculiar amplitude de abrangência, envolvendo, ainda que não as esgotando, desde atividades curativas, até as de promoção à saúde, de educação em saúde e de vigilância epidemiológica, e aproximando-se, assim, mais da perspectiva de atenção integral a toda a população<sup>(12)</sup>.

Dessa forma, faz-se importante o implemento da visita domiciliar para conhecer o cotidiano das famílias; a valorização da opinião dos familiares sobre as melhores formas de lidar com o problema da criança; e o fornecimento de explicações pelos profissionais sobre a patologia, prognóstico e evolução da criança. Por isso, a importância desse achado decorre do fato que as crianças com alguma deficiência física ou mental apresentarem um desenvolvimento mais tardio das funções motoras e cognitivas e, quanto mais precocemente forem estimuladas pelos familiares e profissionais da saúde há maiores chances de desenvolvimento<sup>(13)</sup>.

Portanto, destaca-se o trabalho da Enfermagem para estabelecer um plano de cuidados específico de acordo com a malformação congênita diagnosticada, promovendo uma assistência individualizada, sistematizada e holística de modo a favorecer a família como sujeitos ativos no cuidado a criança com malformação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a prevalência de malformação congênita em recém-nascidos, internados em um hospital de pediatria, foi de 1.942 casos de malformação a cada 100.000 crianças atendidas na instituição. Para tanto foram detectados 272 casos na referida instituição. Quanto às características sociodemográficas e clínicas como fatores de risco para essa condição de saúde pode-se incluir baixa renda, malformações associadas a outras patologias, predominância de alterações do sistema digestivo e cardiopulmonar, os quais merecem rigor no atendimento a esse público com capacitação profissional e da família para lidar com sujeito ativo no cuidado a esse recém-nascido.

Esse estudo traz como implicação para a prática a importância do conhecimento clínico e epidemiológico sobre as malformações congênitas. A qual, essa condição crônica, possibilita trazer grande impacto na vida social dos recém-nascidos e em suas famílias, já que os diversos tipos detectados, nesse público, dispensam atenção clínica rigorosa com intervenção imediata, como cirurgias ou de tratamento de reabilitação prolongado.

No que concerne às limitações do estudo, pode-se referir a falta de avaliação do pré-natal e dos fatores de risco para a malformação congênita, relacionados à mãe e à família, o que justifica a necessidade de outros estudos direcionados a uma visão holística, com correspondência a criação de políticas públicas saudáveis e capacitação dos usuários e da equipe multidisciplinar atuante junto a esse recém-nascido de risco.

## REFERÊNCIAS

---

1. Brito VRS, Sousa FS, Gadelha FH, Souto RQ, Rego ARF, Franca ISX. Malformações congênitas e fatores de risco materno em campina grande, Paraíba. *Rev. RENE*. [Internet] 2010.
2. Reis AT, Santos RS. Sentimentos de mulheres-mães diante da cirurgia neonatal nas malformações congênitas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet] 2011.
3. Brito VRS, Sousa FS, Gadelha FH, Souto RQ, Rego ARF, Franca ISX. Mortalidade infantil por malformação congênita e atenção em saúde nas instituições de referência. *Rev. RENE*. [Internet] 2010.
4. Gomes S, Antunes S, Diamantino C, Pinheiro A, Nabais I, Mendes MJ, et al. Displasia de desenvolvimento da anca: seis anos de rastreio ecográfico a crianças de risco. *Nascer crescer*. [Internet] 2012.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvce.def> [acesso em 02 ago 14].
7. Rodrigues LS, Lima RHS, Costa LC, Batista RFL. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. *Epidemiol. serv. saúde*. [Internet] 2014.
8. Gomes MRR, Costa JSD. Mortalidade infantil e as malformações congênitas no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: estudo ecológico no período 1996-2008. *Epidemiol. serv. saúde*. [Internet] 2012.
9. Souza FS, Brito VRS, Medeiros FAL, Coura AS, Gadelha FHA, Franca ISX. Incidência de malformação congênita e atenção em saúde nas instituições de referência. *Rev. RENE*. [Internet] 2010.
10. Nunes MD. Perfil epidemiológico das malformações congênitas em recém-nascidos no estado do Tocantins no período de 2004 a 2008 [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2010.
11. Gondim KM, Pinheiro PNC, Carvalho ZMF. Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral. *Rev. RENE*. [Internet] 2009
12. Franca SP, Pessoto UC, Gomes JO. Capacitação no Programa de Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. *Trab. educ. saúde*. [Internet] 2006.
13. Santos AM, Weiss SLI, Almeida GMF. Avaliação e intervenção no desenvolvimento motor de uma criança com Síndrome de Down. *Rev. bras. educ. espec.* [Internet] 2010.

---

Recebido em: 12.01.2016

Aprovado em: 29.01.2016

# HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES ESCOLARES: ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO

HYPERTENSION IN ADOLESCENT STUDENTS: ANALYSIS OF RISK FACTORS

Artigo Original\*

Sara Taciana Firmino Bezerra<sup>1</sup>  
Valéria Cristina Delfino de Almeida<sup>2</sup>  
Soraia Késsia de Araújo Silva<sup>2</sup>  
Genésio Queiroz da Silva Neto<sup>2</sup>  
Carla Vivian Pinheiro Lima<sup>2</sup>  
Paulo César de Almeida<sup>6</sup>  
Maria Dalva Santos Alves<sup>7</sup>

## RESUMO

Objetivou-se avaliar os fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes de duas escolas, uma particular e outra pública, situadas em Fortaleza-CE, Brasil. Utilizou-se formulário aplicado a 206 alunos. Verificou-se que 58,3% eram do sexo feminino. Na família, 51,0% dos adolescentes relataram casos de hipertensão arterial, 51,9% de diabetes mellitus, 26,2% de obesidade. Asma e obesidade foram as doenças mais frequentes entre os estudantes. Houve associação estatisticamente significativa entre estudar na escola privada e considerar a saúde boa ( $p=,036$ ), prática de atividade física ( $p=0,032$ ), história de hipertensão ( $p=0,000$ ), diabetes mellitus ( $p=0,002$ ), acidente vascular encefálico ( $p=0,000$ ), e obesidade ( $p=0,047$ ) na família, bem como para o consumo de *fast foods* ( $p=,004$ ) e substituição de almoço por lanche ( $p=,000$ ). Desta forma, os adolescentes necessitam de atenção diferenciada, consideran-

do tanto as peculiaridades que caracterizam essa faixa etária quanto o meio sociocultural em que estão inseridos.

**Palavras-chave:** Adolescente; Enfermagem; Doenças Cardiovasculares; Hipertensão.

## ABSTRACT

This study aimed to assess the risk factors for hypertension in adolescents from two schools, one private and one public, located in Fortaleza-CE, Brazil. We used a questionnaire applied to 206 students. It was verified that 58.3% were females. In the family, 51.0% of adolescents reported cases of hypertension, 51.9% of diabetes mellitus, and 26.2% of obesity. Asthma and obesity were the most common diseases among students. There was a statistically significant association between attending private school and consider a good health ( $p=0.036$ ), practice physical activity ( $p=0.032$ ), history of hypertension ( $p=0.000$ ),

\* Trabalho realizado em duas escolas de Fortaleza (CE) como parte da monografia de conclusão de curso de Enfermagem apresentada ao Departamento de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO), 2012.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Docente Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: saratfb@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira (o) graduada pela FAMETRO.

<sup>3</sup> Estatístico. Doutor. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada II da Universidade Federal do Ceará (UFC).

diabetes mellitus ( $p=0.002$ ), stroke ( $p=0.000$ ), and obesity ( $p=0.047$ ) in the family, as well as the fast food consumption ( $p=0.004$ ) and replacing lunch for snacks ( $p=0.000$ ). In this way, adolescents need special attention, considering both the peculiarities that characterize this age group as the socio-cultural environment in which they live.

**Keywords:** Teenager; Nursing; Cardiovascular Diseases; Hypertension.

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem é ciência, arte, ética e estética do cuidado, desenvolvida à pessoa em todas as fases do ciclo vital, em diferentes contextos, na dimensão do processo saúde-doença, o que retrata a complexidade e importância desta profissão. Na fase da adolescência, a enfermagem deve atuar no sentido de investigar e identificar no comportamento dos jovens estilos de vida que podem favorecer ao adoecimento. Esta fase da vida merece atenção especial por expressar mudanças físicas e psicossociais, algumas das quais influenciam o estilo de vida que constituem em si como fatores de risco para hipertensão arterial<sup>(1)</sup>.

A hipertensão na adolescência está associada a vários fatores de riscos, os quais podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis estão relacionados aos hábitos de vida, como sedentarismo, ingestão de sal e gordura, assim como aspectos emocionais ligados à depressão, ao uso de drogas ilícitas, dentre outros. Os fatores não modificáveis estão associados às características genéticas ou inalteradas<sup>(2)</sup>.

Ações que promovam o autocuidado dos adolescentes são necessárias, tanto no contexto da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como em outros, pois o diagnóstico da hipertensão arterial neste público pode estar relacionado a uma doença renal de base ou simplesmente a um início precoce do quadro clínico observado em adultos<sup>(3)</sup>. O enfermeiro deve ter visão holística do adolescente, a fim de compreendê-lo em suas transformações corporais e formação de identidade, de modo a incentivar a participação deste no processo de autocuidado.

Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram identificar os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para HAS presentes em adolescentes escolares e analisar a relação desses fatores de risco com o tipo de escola que frequentam, se pública ou particular. É de grande importância tal estudo por possibilitar a identificação de fatores sobre os quais a enfermagem poderá intervir, no sentido de melhorar a qualidade de vida desta clientela.

## REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial em adolescentes é potencial para agravos maiores à saúde na idade adulta e velhice, uma vez que somada aos fatores culturais que interferem no desenvolvimento acarretará complicações ao indivíduo, afetando de forma significativa a qualidade de vida. Diante disto, alguns

hábitos de vida podem ser prejudiciais e tornar o adolescente mais susceptível a ser acometido pela HAS, devendo, portanto, ser avaliados, controlados ou excluídos do dia a dia deste.

Em sua forma primária (aquela sem causa detectável), a HAS na infância e na adolescência parece resultar da interação entre fatores genéticos e ambientais, tais como, ocorrência de HAS nos pais, ingestão de sal e de calorias e grau de aptidão física, os quais contribuem para o aparecimento de outros determinantes individuais da elevação da pressão arterial, como a frequência cardíaca e o excesso de peso ou de gordura corporal<sup>(4;7;15)</sup>.

O sedentarismo é importante fator de risco para HAS em adolescentes. Levantamentos epidemiológicos demonstraram que crianças que assistiam TV por mais de duas horas/dia apresentaram maior prevalência de sobrepeso/obesidade<sup>(5)</sup>. Ao estarem inseridos em um contexto de sociedade moderna, os adolescentes apresentam hábitos cada vez mais sedentários.

A ingestão excessiva de sal e gordura é também considerada fator de risco potencial para o desenvolvimento da HAS. O alto teor de sódio na alimentação pode associar-se a maiores níveis de pressão arterial na infância e vida adulta<sup>(6)</sup>.

Deve-se considerar que o adolescente se alimenta sem ter conhecimento dos riscos à saúde. Há incentivo dos meios de comunicação a consumir alimentos prontos e industrializados, em geral, com grande densidade calórica (ricos em gordura, açúcar e pobres em fibras) e com baixo poder de indução de saciedade. Tal questão exerce importante influência sobre o consumo de alimentos com elevado teor de gordura, favorecendo o ganho de peso e, conseqüentemente, a obesidade, forte fator de risco para HAS<sup>(7)</sup>.

O uso de drogas colabora para o aumento da pressão arterial em adolescentes. Cada vez mais se percebe adolescentes realizando a ingestão de bebidas alcoólicas, usando drogas ilícitas e em contato com o tabaco muito cedo. No Brasil, trabalhos mais recentes demonstram que o tabagismo está presente em três a 12,1% dos adolescentes<sup>(8)</sup>.

As principais medidas para prevenção da HAS são resumidas em hábitos saudáveis de vida, como priorizar alimentação saudável, evitar o sedentarismo, o consumo de bebida alcoólica e o tabagismo, atitudes simples que devem ser estimuladas desde a infância<sup>(9)</sup>.

Deve-se atuar em conjunto, envolvendo não somente os profissionais de saúde, como principalmente proporcionando aos clientes a autonomia necessária para agirem como sujeitos do processo saúde-doença, de forma coparticipativa, de modo a garantir melhor qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado em duas escolas de ensino médio, no município de Fortaleza-CE, uma estadual da rede pública de educação e a outra da rede privada. A população da escola privada era de 180 alunos do

ensino médio. Todos foram convidados a participar. Buscou-se a mesma amostra na escola pública que tinha 1.464 alunos, todos do ensino médio. Participaram 206 estudantes, 102 da escola pública e 104 da privada. A amostragem foi realizada por conveniência de acordo com a aceitação dos alunos em participar do estudo. A faixa etária previamente delimitada foi de 12 a 20 anos de idade.

Inicialmente, os estudantes foram convidados a aderirem ao estudo, por meio de visitas às salas de aula para explicar os objetivos da pesquisa. Estes levaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais ou responsáveis assinarem, autorizando assim a participação para coleta dos dados.

O Instrumento de Coleta de Dados foi um roteiro aplicado como formulário, contendo informações com dados de identificação, socioeconômicos e com os fatores de risco para hipertensão arterial, tanto os modificáveis como os não modificáveis.

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel 2007 para análise no Programa EPI-INFO, relacionando a escola pública com a escola privada, analisaram-se as diferenças entre os dois grupos através do teste Qui-quadrado, considerando  $p < 0,05$ . Os resultados estão apresentados em tabelas e quadros.

A presente pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública de Fortaleza-CE, com aprovação conforme parecer N° 109. 280 e CAEE: 00652212.6.1001.5037.

## RESULTADOS

Os dados estão apresentados de acordo com a caracterização sociodemográfica, aspectos psicossociais, culturais e avaliação nutricional, bem como comparados escola privada com escola pública.

**Tabela 1.** Distribuição dos adolescentes escolares segundo dados sociodemográficos. Fortaleza, CE, 2013.

VARIÁVEIS	f	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	120	58,3
Masculino	86	41,7
<b>COR DA PELE</b>		
Branca	48	23,30
Negra	18	8,7
Parda	129	62,6
Amarela	11	5,4

VARIÁVEIS	f	%
<b>FAIXA ETÁRIA (ANOS)</b>		
12 a 14	3	1,5
15 a 17	185	89,9
18 a 20	16	7,8
<b>ESCOLARIDADE</b>		
1º Ano	124	60,2
2º Ano	54	26,2
3º Ano	28	13,6
<b>NATURALIDADE</b>		
Capital do Ceará	184	89,3
Interior do Ceará	12	6
Outros Estados	6	3
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Estudante	190	92,3
Estagiário	16	7,7

Nos dados apresentados na Tabela I, verifica-se prevalência do sexo feminino (58,3%). Em relação à cor da pele, foi interessante observar que a maioria dos adolescentes (62,6%) se declarou de cor parda, alguns expressaram preconceito ao serem questionados acerca da variável cor da pele negra ou até mesmo amarela. A avaliação desta variável é importante, visto que, de acordo com o Ministério da Saúde, há maior prevalência da hipertensão arterial na população de raça negra. Porém, deve-se considerar a miscigenação no Brasil, pois desde sua colonização houve grande mistura de raças.

A idade mínima dos participantes do estudo foi de 12 anos e a máxima de 20 anos incompletos, sendo a faixa etária entre 15 e 17 anos com maior número de estudantes 185 (89,9%). Considerando-se que jovens na faixa etária de 15 a 17 anos devem estar matriculados no ensino médio(10), observou-se que maioria dos jovens estava inserida regularmente em anos escolares adequados.

Evidenciou-se predominância de alunos naturais de Fortaleza (89,3%). Doze alunos eram precedentes do interior do Estado do Ceará, possivelmente devido ao processo de migração dos familiares em busca de melhores condições de vida.

A maioria dos estudantes vivia em famílias nucleares, com pai e mãe. Porém, observou-se porcentagem significativa de adolescentes que moravam apenas com a mãe 64 (31,2%). Interrogados quanto à convivência com as pessoas com quem moravam, 175 (85,0%) afirmaram bom relacionamento, isto é significativamente favorável para o bem-estar psicossocial do adolescente, uma vez que conflitos e aborrecimentos podem interferir de forma negativa no estilo de vida.

Alguns adolescentes buscavam alcançar certo grau de independência financeira ou social em ocupações extracurriculares, pois 16 (7,7%) trabalhavam como estagiários em atividades diversas, como operadores de telemarketing, operadores de caixa, atendentes e esportistas profissionais.

**Tabela 2.** Distribuição dos adolescentes escolares, segundo anamnese, hábitos culturais e atividade física. Fortaleza, CE, 2013.

VARIÁVEIS	f	%
<b>COMO ESTÁ A SAÚDE</b>		
Boa	131	63,6
Regular	72	35,0
Ruim	3	1,4
<b>GOSTA DE FAZER NO TEMPO LIVRE</b>		
Ouvir música	149	72,3
Assistir TV	127	61,7
Encontrar amigos	125	60,7
Passear	116	56,3
Praticar esportes	101	49,0
Namorar	101	49,0
Ir ao cinema	83	40,3
Ler	64	31,1
Participar de grupos sociais ou religiosos	56	27,2
Estudar	55	26,7
Internet	23	11,2

VARIÁVEIS	f	%
<b>REALIZA ATIVIDADE FÍSICA</b>		
Sim	134	65,0
Não	72	35,0
<b>ATIVIDADE FÍSICA REALIZADA</b>		
Futebol	49	23,8
Vôlei	42	20,4
Musculação	41	19,9
Outro	34	16,5
Caminhada	20	9,7
Basquete	19	9,2
Corrida	10	4,9
<b>FREQUÊNCIA SEMANAL DA ATIVIDADE FÍSICA</b>		
Zero	72	35,0
1 a 3	61	29,6
4 a 6	65	31,6
7	8	3,8

Solicitados para realizarem autoavaliação da saúde, Solicitados para realizarem autoavaliação da saúde, constatou-se resultado positivo 131 (63,6%), pois a maioria dos discentes classificou a saúde como boa, fator estimulante para melhor qualidade de vida. A prática de atividade física foi verificada em parte dos adolescentes (65%) que realizava com frequência adequada. Entre as mais citadas, estiveram o futebol, o vôlei e a musculação. Porém, citaram atividades relacionadas com o sedentarismo, de acordo com o que eles mais gostavam de fazer no tempo livre, como ouvir música e assistir à televisão.

**Tabela 3** - Consumo de drogas pelos estudantes de duas instituições de ensino. Fortaleza, CE, 2013.

VARIÁVEIS	Privada		Pública	
	f	%	f	%

#### USA ÁLCOOL

Sim	21	20,2	20	19,6
Não	83	79,8	82	80,4

Vinho	8	7,7	5	4,9
Cerveja	12	11,5	11	10,8
Cachaça	6	5,8	4	3,9
Whisky	13	12,5	10	9,8
Energético	19	18,3	13	12,7

#### FUMA

Já fumou	1	1,0	1	1,0
Usa drogas ilícitas	0	0	1	1,0
Já fez uso de drogas ilícitas	1	1,0	0	0
Outras	8	7,7	5	4,9

Ao analisar a variável referente ao uso de álcool entre os adolescentes, não houve associação estatisticamente significativa entre as escolas ( $p=0,916$ ). Contudo, pôde-se considerar frequência relevante (19,9%), representando fator de risco significativo por estar presente em população bastante jovem, as bebidas mais consumidas pelos mesmos foram a cerveja e o whisky.

Embora a maioria dos estudantes não tivesse hábitos de fumar, foram constatados fumantes na família (39,8%), o que pode influenciar esta prática por adolescentes. Além disso, já os tornaram fumantes passivos, podendo causar da mesma forma efeitos danosos à saúde.

Os adolescentes estão muito vulneráveis ao perigo iminente das drogas ilícitas. Dentre os jovens entrevistados, catorze já tiveram contato com algum tipo de droga ilícita. Um aluno da escola privada fazia uso na ocasião da pesquisa (1,0%) e oito (7,7%) já utilizaram. Na escola pública, este quantitativo foi menor (4,9%). Esse número possui extrema relevância, visto que pode trazer consequências graves para vida do ado-

lescente. Considera-se, inclusive, esse dado como alerta para o fato de que o uso de drogas não está unicamente relacionado à população de classes menos favorecidas. Estratégias públicas devem ser continuamente elaboradas para atender a esta população em estudo.

Avaliar a história de antecedentes patológicos no adolescente é importante para identificar agravo pré-existente que se constitui como fator de risco para HAS. Asma e convulsões são doenças associadas a eventos de estresse, ansiedade e medo, tornando-se assim fatores indiretamente relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Neste estudo, 37 (18,0%) deles eram asmáticos, 12 (5,8%) obesos, seis (2,9%) desenvolveram crises convulsivas, um (0,5%) era hipertenso, um (0,5%) diabético e um (0,5%) já havia infartado. Na família, 105 (51,0%) adolescentes relataram casos de hipertensão arterial, 107 (51,9%) de diabetes mellitus, 54 (26,2%) de obesidade, 30 (14,6%) de acidente vascular encefálico, 19 (9,2%) de infarto agudo do miocárdio, 48 (23,3%) de asma, 50 (24,3%) de câncer. A partir desses dados, realizou-se análise segundo o tipo de escola, pública e privada.

**Tabela 4.** Ingestão e preferência alimentar de estudantes de duas escolas de ensino médio. Fortaleza, CE, 2013.

VARIÁVEIS	f	%
<b>ALIMENTOS INGERIDOS NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS</b>		
<b>MAIS SAUDÁVEIS</b>		
Arroz e feijão	189	91,7
Leite ou iogurte	130	63,1
Frutas	126	61,2
Ovos	122	59,2
Legumes e/ou verduras cozida	81	39,3
Peixe	61	29,6
<b>NÃO SAUDÁVEIS</b>		
Refrigerante	146	70,9
Bolachas, biscoitos doces ou chocolates	134	65,0
Batata frita, salgados fritos e/ou pacotes	102	49,5
Hambúrguer, salsicha e/ou embutidos	69	33,5
Macarrão instantâneo	63	30,6

VARIÁVEIS	f	%
<b>ALIMENTOS INGERIDOS NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS</b>		
<b>PREFERÊNCIAS NUTRICIONAIS</b>		
Arroz e feijão	148	71,8
Frutas	131	63,6
Refrigerante	127	61,7
Batata frita, salgados fritos e/ou pacotes	119	57,8
Bolachas, biscoitos doces ou chocolates	117	56,8
Leite ou iogurte	113	54,9
Ovos	97	47,1
Peixe	94	45,6
Hambúrguer, salsicha e/ou embutidos	92	44,7
Bolachas, biscoitos salgados e/ou pacotes	75	36,4
Legumes e/ou verduras cozidas	63	30,6
Macarrão instantâneo	63	30,6
Salada crua	51	24,8

Houve equivalência entre os alimentos mais saudáveis que eram ingeridos pelos adolescentes em comparação com aqueles não saudáveis. Em relação às preferências nutricionais, a salada crua obteve baixo índice de aceitação. Destaca-se preferência por arroz e feijão (71,8%), assim como frutas (63,6%), demonstrando hábito saudável e protetor da saúde.

**Tabela 5.** Relação dos fatores de risco para hipertensão arterial com o tipo de escola. Fortaleza, CE, 2013.

VARIÁVEIS	Privada		Pública		P
	f	%	f	%	
<b>OPINIÃO SOBRE A SAÚDE</b>					
Boa	75	72,1	56	54,9	0,036
Regular	28	26,9	44	43,1	0,036
Ruim	1	1,0	2	2,0	0,036

VARIÁVEIS	Privada		Pública		P
	f	%	f	%	

#### REALIZA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA

Etilista	21	20,2	20	19,6	0,916
Tabagista	1	1,0	1	1,0	0,599
Usa drogas ilícitas	1	1,0	0	0	0,321
Já fez uso de drogas ilícitas	8	7,7	5	4,9	0,410

#### HISTÓRIA DE PATOLOGIAS NA FAMÍLIA

HAS	37	35,6	68	66,7	<0,0001
Diabetes Mellitus	43	41,3	64	62,7	0,002
AVE	6	5,8	24	23,5	<0,0001
IAM	11	10,6	8	7,8	0,498
Câncer	25	24,0	25	24,5	0,937
Obesidade	21	20,2	33	32,4	0,047

#### FREQUENTE FAST FOODS (POR SEMANA)

Nenhuma	19	18,3	7	6,9	0,004
Uma a duas vezes	63	60,6	52	51,0	0,004
Três a quatro vezes	12	11,5	22	21,6	0,004
Cinco vezes ou mais	10	9,6	21	20,6	0,004

#### SUBSTITUIÇÃO DE ALMOÇO POR LANCHE SEMANALMENTE

Nenhuma	68	65,4	36	35,4	0,000
Uma a duas vezes	32	30,8	48	47,1	0,000
Três a quatro vezes	2	1,9	11	10,8	0,000
Cinco vezes ou mais	2	1,9	7	6,9	0,000

Na avaliação dos estudantes sobre o estado de saúde destes, houve associação estatisticamente significativa entre estar estudando na escola privada e considerar a saúde boa, uma vez

que se obteve  $p < 0,05$ , assim como a prática de exercícios físicos com  $p = 0,032$ . Uma possível explicação deste motivo pode estar relacionada a um maior poder aquisitivo e condições de gozar melhor qualidade de vida. Pois estes alunos teoricamente podem ter mais acesso a atividades que favoreçam estilo de vida saudável.

Porém, vários hábitos nocivos à saúde dos adolescentes, como o de fumar tem sido motivo de preocupação para sociedade, pois consiste em tornar-se um vício de difícil controle na idade adulta. Aliado ao fato de causar danos irreparáveis à saúde com o passar do tempo<sup>(11)</sup>.

Este estudo evidenciou casos de uso de drogas entre os adolescentes das duas escolas. Diante disto, percebe-se que o uso de drogas ilícitas constitui importante problema social com implicações na saúde, especialmente em populações de adolescentes e adultos jovens. O uso da cocaína e de outras drogas pode causar arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca e convulsões<sup>(12)</sup>.

As variáveis referentes à história de antecedentes patológicos na família são de extrema importância ao analisar os fatores de risco para HAS em adolescentes. Os componentes de uma mesma família, além de partilharem entre si os genes, compartilham também o mesmo ambiente cultural e doméstico<sup>(13)</sup>.

No consumo de alimentos em lanchonetes e *fast foods*, houve associação estatisticamente significativa na frequência de uma a duas vezes por semana em alunos da escola privada ( $p = 0,004$ ), revelando-se como fator de risco mais predominante neste público em relação à alimentação.

## DISCUSSÃO

A maior prevalência do sexo feminino neste estudo ocorreu basicamente pelo fato de as meninas terem aderido mais facilmente à pesquisa em relação aos meninos que expressaram resistência. Este evento pode estar relacionado à questão de gênero na sociedade, em que é atribuída à mulher a responsabilidade do cuidado com a saúde, enquanto que a contribuição do ser homem está pautada na invulnerabilidade deste às doenças e agravos.

Uma das variáveis mais relevantes neste contexto foi a idade da população desta pesquisa, a qual como explicitado, restringiu-se à faixa etária de adolescente de 12 a 20 anos. Os resultados em relação à cor da pele foi um espelho da miscigenação presente no Brasil.

A maioria dos adolescentes residia com os pais (55,9%), tinha bom relacionamento com a família (85%) e considera a saúde boa (63,6%). No tempo livre (61,7%), os entrevistados gostavam de assistir à TV, o que é considerado fator de risco para patologia pesquisada, porém gostavam, também, de ouvir música (72,3%), encontrar amigos (60,7%), passear (56,3%) e praticar esportes (49%), atividades que os distanciavam da probabilidade de desenvolver hipertensão.

A prática de atividades física foi prevalente entre os jovens participantes deste estudo. Futebol, vôlei e musculação são

atividades desportivas, desenvolvidas pelos pesquisados de um a seis dias por semana (61,2%). A atividade física é um fenômeno complexo que envolve qualquer movimento corpóreo que permita contração muscular, incluindo atividades diárias, locomoção, exercícios e esporte<sup>(14)</sup>.

A maioria dos adolescentes desta pesquisa mencionou o consumo de bebidas alcoólicas apenas socialmente, em eventos festivos e de lazer, porém este hábito pode tornar-se corriqueiro e agravar-se desenvolvendo o vício propriamente dito.

Poucos adolescentes faziam uso do tabaco, todavia (39,8%) declararam ter fumantes na família, o que os tornava fumantes passivos. A educação em saúde se faz necessária dentro da sala de aula para tomada de conhecimento dos riscos do tabaco à saúde e prevenção de adultos fumantes.

Alguns adolescentes consumiam álcool moderadamente (19,9%). O início precoce do uso de álcool reflete um dos fatores mais importantes no que diz respeito ao aparecimento de problemas futuros na saúde, além disso, pode influenciar no consumo excessivo na idade adulta<sup>(15)</sup>.

Asma e obesidade foram as doenças mais frequentes entre os estudantes, 18 e 5,8% respectivamente. A HAS, o diabetes mellitus e o câncer foram mais notificados nos familiares. Diferenciando a escola pública da escola privada, os discentes da escola privada consideraram em maior porcentagem ter boa saúde e praticavam atividades físicas.

Os alunos da escola pública demonstraram ter mais casos de HAS, diabetes mellitus, AVE e obesidade na família do que a escola privada. É conhecida a herança genética da HAS, sendo importante identificar nessa população esse fator de risco para o desenvolvimento futuro de tal comorbidade<sup>(16)</sup>. O câncer e o infarto agudo do miocárdio foram referenciados nas duas escolas em proporções iguais de história familiar.

Os alunos da escola privada consumiam mais alimentos de lanchonetes e fast foods, de um a dois dias por semana, porém mais alunos da escola pública consumiam esses alimentos de cinco ou mais vezes semanalmente. Na escola pública, contabilizaram-se mais substituições de almoço por lanche, de uma a duas vezes na semana, comparada à escola particular. Porém, este ato se deve em particular ao fato de os alunos da escola pública terem aula de laboratório, nesta frequência passavam o dia na escola, assim informaram que preferiam um lanche rápido ao invés de almoçar.

Esse padrão de consumo deve-se às mudanças de estilo de vida da população em geral, por serem alimentos de fácil acesso e, muitas vezes, alternativa rápida, mesmo sendo alimentos ricos em sódio e gordura<sup>(17)</sup>.

Os adolescentes, de modo geral, são influenciados por colegas da escola, pela comodidade, pela mídia, enfim, pelo contexto sociocultural que favorece o risco de adotarem hábitos considerados nocivos à saúde para não serem excluídos de um grupo social<sup>(18)</sup>.

O contexto da Hipertensão arterial exige profissionais que busquem a mudança no estilo de vida das pessoas, por meio de diferentes estratégias de cuidado como a Consulta de Enfermagem, atividades educativas, visita domiciliar, dentre outras<sup>(19)</sup>. Dessa forma, os adolescentes necessitam de olhar especial, não apenas pelas peculiaridades que caracterizam essa faixa etária, mas principalmente pelo meio sociocultural em que estão inseridos.

Garantir a sensibilização dos adolescentes quanto à incorporação de estilo de vida mais saudável, a fim de não desenvolverem hipertensão arterial ou mesmo outros agravos à saúde, não é tarefa fácil, porém pode ter êxito, se realizada de maneira interdisciplinar e dispondo dos incentivos necessários aos adolescentes.

## CONCLUSÃO

A escola exerce influência no estilo de vida dos alunos. Sabendo disso, faz-se necessário a realização de reflexões junto

aos estudantes sobre o impacto que a conscientização destes podem realizar na saúde dos seus familiares, para que os mesmos adotem hábitos de vida saudáveis, e possam viver melhor, distanciando-se dos aspectos que podem levar ao adoecimento.

Conclui-se, portanto, que a realização de intervenções educativas direcionadas para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, sobretudo a melhora dos hábitos alimentares dos estudantes e a prática de atividades físicas, poderão contribuir com a saúde tanto dos estudantes como das suas famílias.

Cabe, ainda, destacar a importância de outros estudos desta natureza para fornecer subsídios necessários aos profissionais da saúde e assim acolher e atender da melhor maneira a esta população.

## REFERÊNCIAS

1. Rêgo ALV, Chiara VL. Nutrição e excesso de massa corporal: fatores de risco cardiovascular em adolescentes. *Rev Nutr* 2006; 19(6):705-12.
2. Spinella C, Lamas JLT. Fatores associados à hipertensão arterial e níveis pressóricos encontrados entre adolescentes trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):196-204.
3. Requião PRE, Pires CG, Camargo CL. Reflexões sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial em adolescentes e a teoria do autocuidado. *Cien Cuid Saúde* 2007; 6(2):231-7.
4. Souza MGB, Rivera IR, Silva MAM, Carvalho ACC. Relação da obesidade com a pressão arterial elevada em crianças e adolescentes. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(6):714-9.
5. Dutra CL, Araújo CL, Bertoldi AD. Prevalência de sobrepeso em adolescentes: um estudo de base populacional em uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(1):151-62.
6. Portella MB, Morais TB, Morais MB. Excesso de sódio e déficit de ferro em alimentos de transição. *J Pediatr (Rio J.)* 2010; 86(4):303-10.
7. Parizzi MR. Abordagem interdisciplinar do adolescente obeso com ênfase nos aspectos psicossociais e nutricionais. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(4):154-60.
8. Címadon HMS, Geremia R, Pellanda LC. Hábitos alimentares e fatores de risco para aterosclerose em estudantes de Bento Gonçalves (RS). *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(2):166-72.
9. VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95:1-51.
10. Ministério da Educação (BR). *Caderno de Reflexões – Jovens de 15 a 17 Anos no Ensino Fundamental*. Brasília: Via Comunicação; 2011.p. 198.
11. Pelizzaro D, Bongiorno GK, Fernandes LS. Prevalência de Tabagismo e Hipertensão Arterial Sistêmica em alunos do ensino médio da cidade de Joaçaba, SC. *U&C – ACBS* 2011; 2(1):91-100.
12. Plavnik FL. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. *Rev Bras Hipertens* 2002; 9(2):185-91.
13. Araújo TL, Lopes MVO, Moreira RP, Cavalcante TF, Guedes NG, Silva VM. Pressão arterial de crianças e adolescentes de uma escola pública de Fortaleza – Ceará. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4):476-82.
14. Lippo BRS, Silva IM, Aca CRP, Lira PIC, Silva GAP, Motta MEF A. Fatores determinantes de inatividade Física em Adolescentes de área urbana. *J Pediatr (Rio J.)* 2010; 86(6):520-4.
15. Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):495-501.
16. Langowski AR, Lima JE, Knopfholz J, Reichert A, Nogueira MO, Faria NJR et al. Monitorização ambulatorial da pressão arterial em filhos de hipertensos. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(2):163-6.
17. Pinto SL, Silva RCR, Priore SE, Assis AMO, Pinto EJ. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(6):1065-75.
18. Soares CAM, Falheiros MR, Santos EO. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. *Adolesc Saúde* 2011; 8(2):46-55.
19. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2011; 69(4):759-65.

Recebido em: 11.01.2016

Approved em: 22.01.2016

# TESTAGEM PARA HIV: CONCEPÇÕES DE UNIVERSITÁRIOS MASCULINOS

TESTING FOR HIV: CONCEPTION OF MALE UNIVERSITY STUDENTS

Artigo Original

Bruna Barbara Fernandes Moura Baía<sup>1</sup>

Natianne Monique Lima De Andrade<sup>2</sup>

Raphaella Florenço Tavares<sup>2</sup>

Valéria Freire Gonçalves<sup>3</sup>

Danielle Teixeira Queiroz<sup>4</sup>

## RESUMO

Objetivou-se compreender a concepção dos universitários masculinos sobre o teste HIV e identificar seu conhecimento sobre seu status sorológico. Pesquisa descritiva com delineamento qualitativo, realizada numa Universidade privada, situada em Fortaleza – CE. Participaram da pesquisa, 30 universitários masculinos pertencentes ao curso de direito. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas após permissão dos participantes mediante assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram categorizados utilizando a técnica de análise de conteúdo. Os resultados mostraram que muitos universitários conhecem o significado da testagem enquanto outros desconheciam. Porém, ter conhecimento sobre o teste não é condição que se traduz em informações seguras que sirvam para promover mudança de comportamento e atitude nos jovens universitários. Portanto, torna-se imprescindível, o envolvimento dos profissionais de saúde e gestores na sensibilização dos usuários, incentivando-os a testagem, bem como facilitando o acesso à rede do serviço de saúde.

Palavras-chave: Sorodiagnóstico da AIDS; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

The goal was to understand the concept of male college students about HIV testing and identify their knowledge regarding their HIV status. This is a descriptive research with qualitative design, held at a private university located in Fortaleza - CE. 30 male students belonging to law school participated in this study. To collect data, semi-structured interviews were conducted, recorded after the participant's permission by signing an Informed Consent form. Data were categorized using the content analysis technique. The results showed that many of them know the meaning of testing while others did not. But having knowledge of the test is not a condition in which the results can be changed into reliable information that serves to promote change in behavior and attitude among the students. However, it is essential the involvement of health professionals and managers in the users

<sup>1</sup> Enfermeira graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista de Transferência Tecnológica (BTT) (FUNCAP). E-mail: brunafernandes@edu.unifor.br

<sup>2</sup> Enfermeiras graduadas pela UNIFOR.

<sup>3</sup> Enfermeira técnica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

<sup>4</sup> Enfermeira assistencial da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UFC/UECE/UNIFOR.

awareness, encouraging them as well as facilitating access to the health service network.

**Keywords:** AIDS Serodiagnosis; Acquired Immunodeficiency syndrome; Qualitative Research.

## INTRODUÇÃO

A identificação, em 1981, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Aids representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo<sup>(1)</sup>.

O início da epidemia da Aids no Brasil começou em meados da década de 80. Foram notificados em 2010, 34.218 casos da doença, e a taxa de incidência foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes. Em junho de 2011, o Brasil registrou 608.230 novos casos, de acordo com o boletim epidemiológico<sup>(2)</sup>.

Segundo dados nacionais, estima-se que no Brasil existam 593.000 pessoas convivendo com o HIV, e que na população brasileira exista uma prevalência de infecção por HIV de 0,42% em mulheres e 0,80% em homens, numa população de idades entre 15 e 49 anos<sup>(3)</sup>.

Em se tratando da forma de transmissão, a relação sexual é a que prevalece entre os maiores de 13 anos de idade. Em 2010 as relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV em mulheres foram de 83,1% e entre os homens foram de 42,4%, 22% por relações homossexuais e 7,7% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical<sup>(2)</sup>.

Em relação à desestabilidade econômica, o contexto da Aids pode ser a principal razão para uma vulnerabilidade social de preconceito e isolamento, sendo a perda do emprego a principal razão<sup>(4)</sup>. No englobamento das questões sociais, essa doença é considerada letal porque não envolve só os aspectos biomédicos, também esta envolvida as questões sociais e culturais, já que a Aids ainda causa bastante preconceito em uma boa parte da população<sup>(5)</sup>.

Uma das estratégias importantes para prevenção nos casos de HIV e conseqüentemente da Aids é a detecção precoce por meios de testagem motivada pelos instituições nacionais e internacionais que trabalham para o controle da epidemia de Aids<sup>(6)</sup>.

O teste HIV é descrito de várias maneiras como medida preventiva na história da epidemia. Uma delas é o teste voluntário, que tanto pode ser de iniciativa individual como de avaliação pessoal compartilhada por um profissional da saúde<sup>(7)</sup>. Os testes não voluntários considerados, como o rastreamento sorológico, podem ser realizados nas doações de sangue, células, tecidos e órgãos, na pré-admissão (no caso dos empregadores, o que é ilegal no Brasil), e no pré-natal<sup>(8)</sup>.

Houve uma dedicação maior dos estudos de se fazer uma cobertura de testagem em populações que são especialmente vulneráveis, como por exemplo: usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo<sup>(9)</sup>. Apesar dos esforços realizados, identificou-se que o diagnóstico tardio é um problema, e pode estar relacionado com as dificuldades enfrentadas para o acompanhamento nos serviços de saúde pública<sup>(10)</sup>.

A população jovem, de uma maneira geral, apresenta alta prevalência de comportamentos de risco para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como: início sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas, uso de álcool e drogas ilícitas. Alguns adolescentes ainda apresentam outras situações de risco relacionadas com a vulnerabilidade social, como desemprego, baixa escolaridade, violência e falta de acesso amplo aos serviços de saúde<sup>(11)</sup>. Entre as populações com maior vulnerabilidade estão os homens que fazem sexo com homens, os heterossexuais e os usuário de drogas injetáveis<sup>(12)</sup>.

Este trabalho se justifica por ampliar o conhecimento sobre HIV/Aids dentro da universidade, contribuindo no aprendizado coletivo, uma vez que, sirva de debate para reflexão de práticas promotoras de saúde. Essa pesquisa também visa contribuir na estimulação do conhecimento por parte dos jovens sobre seu status sorológico.

Assim essa pesquisa teve como objetivo compreender a concepção dos universitários masculinos sobre o teste HIV e identificar seu conhecimento sobre seu status sorológico.

## METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo descritivo com delineamento qualitativo, que se preocupa com as subjetividades da natureza humana como fenômeno de sua investigação. A abordagem qualitativa investiga características não quantificáveis como sentimentos, desejos, angústias, opinião, onde a palavra é o objeto principal da análise<sup>(13,14)</sup>.

Realizada em universidade privada, situada na cidade de Fortaleza-CE. Esta instituição foi fundada em 1973, e atualmente possui 31 cursos. A Universidade é dividida em cinco centros, são eles: Centro de Ciências da Saúde (CCS), Centro de Ciências Tecnológicas (CCT), Centro de Ciências Humanas (CCH), Centro de Ciências Jurídicas (CCJ) e Centro de Ciências Administrativas (CCA). A pesquisa foi realizada no curso de direito, o qual foi selecionado por meio de sorteio.

Os participantes da pesquisa foram 30 universitários masculinos pertencentes ao curso de direito. Os informantes foram convidados formalmente a participar da pesquisa após o término de sua aula mediante autorização da Coordenação de seu curso e do seu professor no momento do convite.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, gravada após permissão dos sujeitos mediante assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido –

TCLE. Para a entrevista foi utilizado um roteiro contendo dois blocos. O primeiro, com dados pessoais e características sociodemográficas, e o segundo bloco com duas perguntas norteadoras: 1) Conte o que você sabe sobre o teste HIV?; 2) Você já realizou alguma vez o teste HIV, conte sua experiência? As entrevistas foram realizadas em local privativo, respeitando a individualidade dos sujeitos e em horário conveniente para pesquisador e entrevistado.

Os depoimentos foram organizados e analisados com base na análise de conteúdo<sup>(15)</sup>. Posteriormente, surgiram categorias que codificam os termos-chaves do discurso e o transformam em elementos menores (categorias), retirando seu núcleo e dando novo significado aos termos principais. Desse modo, no presente estudo, realizou-se a análise temática, e ela se dividiu em três partes: pré-análise, extração dos núcleos de significados ou codificação e interpretação<sup>(13,15)</sup>.

A pesquisa respeitou os princípios bioéticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos e mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, recebendo parecer favorável de n. 238.23.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram desta pesquisa 30 estudantes universitários masculinos, sendo a grande maioria solteiros (25), uma minoria casados (4) e divorciado apenas um (1). Com relação à naturalidade, a maioria são da cidade em que se localiza o campus da universidade onde se realizou a coleta de dados.

Os depoimentos permitiram a construção de uma categoria: Conhecimento sobre o teste HIV. Essa categoria permitiu dois desdobramentos: *Informações deturpadas sobre o teste e desconhecimento sobre ele*.

A primeira categoria, Conhecimento sobre o teste HIV, revela o conhecimento do significado do teste HIV pelos universitários masculinos, porém percebeu-se que esse é superficial e às vezes confuso no que diz respeito aos termos usados para falar do teste. Também foi possível identificar que além de conhecer sobre o teste a grande parte dos universitários sabem onde é disponibilizado.

*“É um teste que é realizado para saber se o indivíduo já entrou em contato com o vírus da AIDS [...]”*. (U19)

*“É um teste de sangue em que é identificado se a pessoa possui o vírus HIV ou não”*. (U18)

*“É um exame que detecta a presença ou não do vírus no organismo do indivíduo”*. (U25)

*“É um teste que pode ser feito em consultórios particulares ou partições públicas, o qual mostra a possibilidade com um certo grau de eficiência se o indivíduo é portador ou não do vírus da AIDS”*. (U6)

*“É feito com material sanguíneo e oferecido pelo SUS”*. (U8)

Atualmente, estima-se que cerca de 34 milhões de indivíduos em todo mundo estejam infectados pelo HIV, que é responsável pelo desenvolvimento da Aids, considerada um grave problema de saúde pública<sup>(16)</sup>. Contudo, ainda há em diversos espaços sociais que conhecem de forma superficial o real conceito e significado da infecção pelo HIV ou a ocorrência da Aids.

A testagem para HIV é de extrema importância para detectar ou não, se uma pessoa está infectada pelo HIV, que causa a Aids<sup>(17)</sup>. Nesse sentido o estímulo a testagem do HIV é uma estratégia importante de detecção precoce de casos possibilitando o tratamento precoce, reduzindo a progressão da doença e a morbimortalidade<sup>(18)</sup>.

Os universitários têm algum tipo de conhecimento sobre a testagem devido aos diversos acessos que os testes podem proporcionar, como por exemplo, testes não voluntários que são feitos através de rastreamento sorológicos como na doação de sangue, órgãos ou tecidos e testes voluntários, que geralmente vem de uma iniciativa individual como uma avaliação pessoal em situações em que o jovem pode se considerar de risco<sup>(19)</sup>.

A subcategoria seguinte, informações deturpadas sobre o teste HIV, revela que os universitários possuem informações deturpadas sobre a testagem, bem como qual o órgão atingido pelo vírus ao contaminar o homem.

*“Um vírus contagioso (através do ato sexual ou via seringa). Que ataca o sistema nervoso”*. (U10)

*“É um teste rápido com as células do anticorpo que reagem na presença do vírus”*. (U21)

Pode-se perceber por parte de alguns entrevistados, certa desorientação acerca de informações sobre o HIV. Neste contexto é possível que exista vulnerabilidade ao HIV/Aids pela falta de informações precisas sobre o assunto<sup>(20)</sup>.

Visto que, as informações sobre essa doença não constituem em um comportamento protetor, mas a falta de informação contribui bastante para aumentar a vulnerabilidade em relação ao HIV/Aids<sup>(21)</sup>.

A segunda subcategoria, desconhecimento sobre o teste HIV, evidenciou que poucos universitários desconheciam por completo o significado do teste e como ele é realizado.

*“Desconheço sobre o assunto. Sei apenas que é uma doença sanguínea”*. (U13)

*“Desconheço os procedimentos do teste”*. (U14)

Mesmo diante de campanhas veiculadas nos meios de comunicação, foi notório identificar universitários alheios à epidemia do HIV em nosso meio.

Observou-se situação semelhante em um estudo sobre conhecimento sobre HIV/Aids em um grupo de homens e mulheres na terceira idade, que o desconhecimento sobre o

conceito, transmissão e prevenção do HIV ainda se faz presente na sociedade independente do seu status econômico<sup>(22)</sup>.

Ao questionar sobre a sua condição sorológica, a maioria dos universitários (24) responderam não conhecê-la, por nunca terem realizado o teste.

*"Nunca fiz antes"*. (U12)

*"Não, nunca realizei"*. (U13)

*"Não que eu lembre"*. (U15)

*"Que eu me lembre não"*. (U16)

Com base nas respostas de alguns participantes em não demonstrar nenhum interesse em realizar o teste para conhecer seu status sorológico, pode ser compreendido como um reconhecimento da possibilidade de ter contraído o vírus<sup>(23)</sup>.

Por uma questão de medo ou discriminação, alguns jovens preferem não conhecer seu estado sorológico, alguns acham que não tem necessidade de realizar o teste, mesmo sabendo que já estiveram em situações de risco. Sendo assim, faz-se necessário que os profissionais esclareçam sobre a importân-

cia do aconselhamento e testagem voluntária, para uma prevenção eficaz<sup>(24)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desse estudo foi notório perceber que muitos universitários conhecem o significado da testagem enquanto outros desconhecem. Porém, observa-se que ter conhecimento sobre o teste não é uma condição que se traduz em informações seguras, ou seja, que possam garantir a mudança de comportamento e atitude nos jovens universitários.

A maneira com maior eficácia para combater o HIV/Aids nos grupos vulneráveis, sobretudo, nos adolescentes universitários é a propagação de informações acerca dessa condição de saúde, e ainda o conhecimento sobre seu status sorológico mediante a realização da testagem para HIV.

Assim, torna-se imprescindível, o envolvimento dos profissionais de saúde e gestores na sensibilização dos usuários, incentivando-os a testagem, bem como facilitando o acesso à rede do serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brito AM, Castilhos EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical*. 2007; 34(2):207-17.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico Aids-DST. Brasília, Ministério da Saúde; 2012.
3. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. *Epidemiologia do HIV*. Brasília, Ministério da Saúde; 2007.
4. Lopes MVO, Fraga MNO. Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. *Revista Latino Americana Enfermagem*. 2000; 6(4): 75-81.
5. Knauth D. Psicoterapia, depressão e morte no contexto da Aids. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000.
6. Barroso LMM, Soares AP, Soares BC. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti-HIV em uma unidade de referência em Fortaleza, Ceará. *Espaço Saúde*. 2010; 12(1): 23-9.
7. Paiva V, Venturini G, França-Júnior I, Lopes F. Uso de preservativos: pesquisa nacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/artigo\\_preservativo.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/artigo_preservativo.pdf).
8. Turnock BJ, Kelly CJ. Mandatory premarital testing for human immunodeficiency virus: the Illinois experience. *JAMA*. 1989; 261(23): 3415-18.
9. Oliveira JCG. Percepções sobre pesquisa sorológica e sócio-comportamental entre homens que fazem sexo com homens na cidade do Recife [monografia] Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2009.
10. Ministério da Saúde (BR). Fique Sabendo: Aconselhamento em DST/Aids para a atenção básica Brasília, Ministério da Saúde; 2003.
11. Vieira EM, Villela WV, Réa MF, Fernandes MEL, Franco E, Ribeiro G. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens do Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(4): 997-1009.
12. Teles Dias PR, Westman, S, Fernandez AE, Sanchez M. Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. *Revista Saúde Pública*. 2007; 41(Supl.2): 94-100.
13. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
15. Bardín L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70; 2009.
16. Silva WS, Oliveira FJF, Serra MAAO, Rosa CRAA, Ferreira AGNF. Fatores associados ao uso de preservativo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6): 587-92.
17. Ministério da Saúde (BR). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília, Ministério da Saúde; 2008.
18. Brito AM, Sousa JL, Luna CF. Tendência da transmissão vertical da Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(Supl): 18-22.
19. França Júnior I, Lopes F, Paiva V, Venturi G. Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: a pesquisa nacional MS/IBOPE [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/artigo\\_teste.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/artigo_teste.pdf).
20. Silva CM, Vargens OMC. A Percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3): 401-6.
21. Ferreira MP. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 42(Supl1): 61-75.
22. Lazzarotto AR, Kramer AS, Hädrich M. O conhecimento de HIV/Aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2008; 13(16): 1833-40.
23. Cassese J. Trauma sexual e risco para o HIV. In: Pinto T, Telles IS. *Aids e escola: Reflexões e propostas do EDUCAIDS*. São Paulo: CORTEZ; 2000.p.43-50.
24. López L. *Se puede prevenir el sida?* Madrid: Biblioteca Nueva; 2000.

Recebido em: 03.02.2016

Aprovado em: 17.02.2016

# DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS

DEVELOPMENT OF PSYCHOMOTOR INSTITUTIONALIZED CHILDREN: PROFESSIONAL OF KNOWLEDGE

Artigo Original

Mirna Albuquerque Frota<sup>1</sup>

Ana Sabrina Silva Carneiro<sup>2</sup>

Tatiana Maria Jucá Cavalcanti de Araújo<sup>2</sup>

Marina Frota Lopes<sup>3</sup>

Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales<sup>4</sup>

## RESUMO

Objetivou-se observar o desenvolvimento dos marcos da criança e investigar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do desenvolvimento infantil. Estudou-se 8 crianças, de 0 a 12 meses de idade, e 10 profissionais de saúde atuantes em uma Unidade de Abrigo, em Fortaleza/Ceará, no ano de 2009. Foi utilizada a técnica de observação participante, bem como com entrevista semiestruturada. O tratamento de dados originou duas categorias: Atraso e Desenvolvimento Infantil e Fragmentação do Saber na Identificação e Classificação de Risco para o Desenvolvimento. Constatou-se que parte das crianças apresentavam sinais de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor e que o conhecimento dos profissionais é deficiente e fragmentado, fato que pode levar ao diagnóstico tardio e a inadequada oferta de estímulos em prol do desenvolvimento sadio.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Infantil; Criança; Fatores de Risco.

## ABSTRACT

The objective was to observe the development of the child's milestones and investigate the knowledge of health professionals about child development. We studied 8 children 0-12 months of age and 10 health professionals working in a shelter Unit in Fortaleza/Ceará, in 2009. We used the participant observation technique, as well as semi-structured interview. The processing of data originated two categories: Delay and Child Development and Knowledge fragmentation in Identification and Risk Rating for Development. It was found that some of the children had signs of risk for the psychomotor development and the knowledge of professionals is weak and fragmented, which can lead to late diagnosis and inadequate provision of incentives to promote the healthy development.

**Keywords:** Child Development; Child; Risk Factors.

<sup>1</sup> Enfermeira. Posdoctor pela Universidade de Rouen – França. Docente da Graduação em Enfermagem e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>2</sup> Enfermeiras graduadas pela UNIFOR.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. E-mail: marinafrota\_@hotmail.com.

<sup>4</sup> Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil abrange características que vão desde o crescimento físico, até a própria maturação neurológica, cognitiva, comportamental e afetiva da criança. O resultado desta evolução é a competência para responder as suas necessidades e as do seu meio, a partir do contexto de vida. Há diversos fatores que influenciam o desenvolvimento neuropsicomotor infantil, e a desarmonia deles pode provocar condição de risco para atraso ou limite<sup>(1)</sup>.

O comprometimento no desenvolvimento nem sempre se apresenta em decorrência de uma doença geradora de quadro sintomático. Em alguns casos a carência afetiva faz o papel de agente etiológico ou de sinalizadora de um déficit: o de relacionamento, especialmente, referente às figuras materna e paterna, que provoca impacto na construção do ser social.

Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o Brasil busca garantir os direitos globais de meninos e meninas. A sociedade civil, as Organizações não Governamentais e o Estado, tornam-se responsáveis direto pela proteção e promoção de condições favoráveis ao desenvolvimento de crianças, cujas famílias não estão aptas a fazer<sup>(1-2)</sup>.

Em contexto de violação de direitos, é comum que a criança seja retirada do núcleo familiar e passe a ser cuidada por diversos indivíduos estranhos, sem que haja, uma figura que se destaque na responsabilidade. A nova realidade compreende mudanças de ambiente físico e psicológico, e estas causam estranhamento e sentimento de desconfiança que, ao longo do tempo, poderá ser substituído por sensação de acolhimento e bem-estar. Contudo, este movimento é singular para cada sujeito, diferenciando-o em tempo, atitudes e reflexo da experiência vivida na instituição<sup>(3)</sup>.

Em síntese, há uma ligação entre sentimento de segurança, atividade cerebral cognitiva e habilidades sociais de infantes com a criação institucional precoce. É resultado de estudo, que crianças postas em famílias de acolhimento (adoção), antes de 20 meses de idade, expuseram o desempenho social classificado como expressivamente maior do que as crianças cuja oportunidade se deu após 20 meses de idade<sup>(4)</sup>.

Em contrapartida, a ocorrência de atraso e deficiência infantil provocada por processos patológicos, seja de origem pré, peri ou pós-natal, consistem em uma realidade no cenário institucional. Uma constatação acerca da permanência no ambiente de abrigo é quanto à carência de profissionais preparados para oferecer às crianças condições saudáveis ao pleno exercício de habilidades neuropsicomotoras<sup>(3-5)</sup>.

Para tanto, é preciso habilidade técnica para manter-se vigilante a sinais de alarme. A rapidez do diagnóstico e da intervenção é reconhecida como parte eficaz para uma boa saúde e prognóstico positivo. Faz-se indispensável que os profissionais comprometidos com a promoção da saúde da criança estejam aptos a reconhecer situações/fatores de risco, identificar atrasos/comprometimentos do desenvolvimento neuropsicomotor, e intervir precocemente, tanto no con-

texto quanto na facilitação do desempenho multifuncional do infante.

Justifica-se, assim, o interesse em rever esse assunto, a partir das habilidades básicas da equipe de assistência de um abrigo para menores. Objetivando, no presente estudo, observar o desenvolvimento dos marcos da criança e investigar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do desenvolvimento infantil.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. São pesquisas que estabelecem uma compreensão mais profunda da realidade das expressões humanas e não se preocupa em quantificar, mas explicar as relações sociais. Visa atingir um nível de realidade, ou seja, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes<sup>(6)</sup>.

A população foi composta por 8 crianças, de até 12 meses de idade, e 10 profissionais de saúde que atendem em uma Unidade de Abrigo, no município de Fortaleza-CE-Brasil, no período de Abril à Setembro de 2009. A escolha do local ocorreu por essa acolher crianças abandonadas pelas famílias e vítimas de violência ou descuido doméstico. Atualmente, o local abriga 87 crianças e conta com 170 profissionais.

Primeiramente, foi solicitado aos profissionais de saúde, o consentimento livre e esclarecido, após informações a respeito dos objetivos da pesquisa, foi assegurado o sigilo de informações e o respeito na decisão em participar ou não da pesquisa. Adotou-se como critérios de inclusão crianças com idade de 0 a 12 meses e profissionais de saúde que aceitasse participar voluntariamente da pesquisa. Como critérios de exclusão, adotou-se: crianças com idade superior a 12 meses, bem como profissionais que não se dispunha a participar voluntariamente.

A coleta de dados foi desenvolvida a partir da observação da criança e aplicação da Escala de Denver II adaptada, que aborda aspecto pessoal, social, motor fino e grosseiro, com respostas esperadas para a idade. Na etapa seguinte, foram conduzidas entrevistas com roteiro semiestruturado abordando as questões norteadoras: Qual a compreensão de seus membros acerca do desenvolvimento infantil? Eles utilizam protocolos de avaliação para se chegar à conclusão de inadequação/atraso do desenvolvimento?

As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos participantes. Em seguida, os dados foram analisados seguindo a técnica de análise temática. O tratamento de dados originou duas categorias: Atraso e Desenvolvimento Infantil e Fragmentação do Saber na Identificação e Classificação de Risco para o Desenvolvimento. Foram apontadas três finalidades para essa etapa: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando ao contexto cultural da qual faz parte<sup>(6)</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o nº 081/2009<sup>(7)</sup>. Em consonância com as diretrizes e normas regulamentadas pela pesquisa envolvendo seres humanos, com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações sobre o estudo e contato do pesquisador.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 87 crianças abrigadas, 8 apenas, apresentavam idade até 12 meses, critério esse, utilizado para realização do Teste de

Denver II. A caracterização das crianças foi seletiva para idade (em meses), antecedentes neonatais e habilidade motora. Das 8 crianças, 5 não apresentavam antecedentes neonatais em seu histórico (QUADRO 1).

Foi possível aplicar o teste em todas as crianças, que apresentaram fixação no olhar, e em sua maioria, sustentação na cabeça. Quanto as habilidades motoras, 4 crianças mostraram movimentos simétricos, enquanto 3 procuram objetos. A partir das observações e aplicação da Escala de Denver II adaptada, evidenciaram-se possíveis atrasos dessas crianças, no desenvolvimento neuropsicomotor.

**Quadro 1.** Caracterização das crianças em relação aos atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

	IDADE (MESES)	ANTECEDENTE NEONATAL	TESTE DE DENVER	HABILIDADE MOTORA
Criança 1	2	Ausente	Fixação no olhar e sustentação da cabeça.	Apresenta movimentos simétricos, interesse em alcançar objetos, emissão de balbucios.
Criança 2	5	Parto normal, pesando 4,26kg ao nascer, Apgar 2/5	Fixa o olhar, sustenta a cabeça, olha objeto, grita e rola.	Não manifesta risos e movimentos simétricos, não procura objetos.
Criança 3	8	Ausente	Fixação do olhar, risos, grita, volta-se ao chamado, vocaliza, senta-se sem apoio.	Apresenta movimentos simétricos, olha e procura objetos, não manifesta.
Criança 4	8	Parto normal, pesando 2,90kg ao nascer e Apgar 08 no primeiro minuto	Fixa o olhar, estranha, não se volta ao chamado, sorrir espontaneamente.	Não apresenta movimentos simétricos, não brinca de esconder, não agarra chocalho.
Criança 5	9	Ausente	Fixa o olhar, come por si, grita, rola, sustenta a cabeça, brinca, dança.	Manifesta movimentos simétricos e explora objetos chacoalhando.
Criança 6	9	Ausente	Fixa o olhar, sorri espontaneamente, sustenta a cabeça.	Procura objetos, não manifesta grito e nem fica de pé seguro.
Criança 7	10	Parto normal, pesando 2,31kg ao nascer, e Apgar 2/3	Fixa o olhar, sorrir espontaneamente, imita sons e sustenta a cabeça.	Não manifesta comer por si, brincar de esconder, não procura objetos.
Criança 8	11	Ausente	Fixa o olhar, procura objetos, volta-se ao chamado, grita e rola.	Possui movimentos simétricos, não manifesta sorriso espontâneo.

Após análise das entrevistas com os profissionais de saúde, emergiram-se duas categorias temáticas:

### Atraso e Desenvolvimento Infantil

Nesta categoria, profissionais da saúde compreendem os diversos fatores que provocam alterações no desenvolvimento da criança, porém, na maioria das vezes, não se pode estabelecer uma única causa, e sim uma associação de várias etiologias. Percebeu-se a divergência por parte dos profissionais em significar “Atraso do Desenvolvimento” e identificar os marcos correspondentes para cada faixa etária. *Atraso de desenvolvimento é o atraso global da criança, com déficit linguagem e motricidade (P1).*

Após o nascimento, o ambiente em que o bebê vive e os cuidados que lhe são oferecidos, como o carinho, estímulos e alimentação torna-se parte significativa no processo de maturação que leva a criança a adquirir independência e à medida que a criança cresce e evolui de um ponto de vista psicomotor deve-se estar atentos a várias manifestações, por vezes bem mais sutis: *O interesse da criança por objetos e como se prontifica a atingir e adquirir, a forma de alimentação e a preferência por comidas (pastosa, líquida), a interação com outras crianças (socialização) e a adaptação do meio (sala) de acordo com a criança (P5).*

A análise desse discurso aponta que o desenvolvimento é definido como as transformações globais que, incluem o crescimento (entendido como mudanças pondoestaturais), a maturação e os aspectos psicológicos, e conduzem a adaptações cada vez mais flexíveis.

### Fragmentação do Saber na Identificação de Risco para o Desenvolvimento e na Estimulação

A identificação de desvios do desenvolvimento parece depender de vários aspectos. Quanto maior a gravidade da alteração do desenvolvimento de uma criança, maior é a facilidade e a rapidez da percepção do profissional de saúde. Observa-se que há divergências entre os profissionais quanto ao método utilizado para a identificação do atraso. O foco do nosso atendimento é a fisioterapia respiratória, a motora é feita em crianças que são encaminhadas pela pediatra da unidade ou por outra instituição (P3). Em minhas avaliações observo sempre a parte neurológica da criança para saber o que pode estar desenvolvendo o atraso (P5).

Apesar de existir um consenso entre os profissionais sobre o acompanhamento do desenvolvimento da criança, a maneira como fazê-lo ainda é controversa. Na instituição, verificou-se a dissociação entre diversos setores na admissão da criança na unidade de abrigo. *Pouco faço admissões no setor, porém sempre estou atenta ao desenvolvimento das crianças em sala. Estou próxima das educadoras a fim de identificar alteração de comportamento das crianças relatadas por elas e confirmadas em observação direta (P7).*

A variação de ritmo individual permite estabelecer limites de normalidade e idades mínimas e máximas em cada marco do desenvolvimento. Devido a constante adaptação, é nos primeiros anos de vida que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente. Portanto, faz-se necessário que neste período o profissional de saúde encontrar-se alerta para vigilância do desenvolvimento da criança com o meio em que estão inseridas.

Notou-se o interesse por parte dos profissionais da unidade em observar a interação da criança com o ambiente, agindo de forma a promover estímulos ambientais que a capacite em aprimoramento de habilidades funcionais. *Além dos reflexos primitivos, o choro, o tônus muscular, a simetria corporal, a percepção do ambiente, a forma de interação na sala com educadores e demais crianças, a receptividade, o peso x idade, o sentar, o andar, intercorrências passadas e identificação de riscos (P9).*

O desenvolvimento da criança decorrente de uma interação entre as características biológicas e experiências oferecida pelo meio ambiente, fatores adversos nestas duas áreas podem alterar o seu ritmo normal. A probabilidade para isso ocorrer é chamada de risco para o desenvolvimento. A primeira condição para que o lactente se desenvolva bem é o afeto de sua mãe ou da pessoa que está encarregada de cuidar dele.

Compreender o desenvolvimento neuropsicomotor da criança requer esforços dos profissionais e instituições responsáveis pela saúde infantil. Na atenção primária, pouco se operacionaliza ou se utiliza dos conhecimentos que se têm sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, uma condição negativa, visto que, agir neste período frente a alguma necessidade, pode resultar em maiores vantagens que em outras faixas etárias<sup>(8)</sup>.

Neste estudo foi possível identificar fatores de risco para o desenvolvimento em crianças de 2 a 11 meses de idade, conforme os dados apontados pela Escala de Denver II Adaptada. O diagnóstico de atraso do desenvolvimento é uma tarefa difícil devido à flexibilidade da criança nos primeiros anos de vida. O impacto dos transtornos de desenvolvimento pode ser mitigado com a identificação precoce destes<sup>(9)</sup>. A detecção precoce de atrasos resulta na recuperação satisfatória em 80% a 90% dos casos, mediante estimulação simples, apropriada e oportuna<sup>(10)</sup>.

Para detectar atrasos no desenvolvimento infantil é necessário lembrar a situação de saúde da criança e do microambiente a qual esta inserida. O meio que poderá ser favorável ou não, podendo interferir diretamente na sua condição de saúde<sup>(11)</sup>. A influência dos fatores ambientais se dá diretamente, desde o momento da concepção, e consiste na combinação de fatores intrínsecos, como hormônios do crescimento, e extrínsecos, como a nutrição, estimulação, atividade física e ausência de doenças de causa ambiental<sup>(8)</sup>. Incorporar estratégias e práticas para avaliar a condição de

desenvolvimento das crianças contribui para fortalecer a abordagem integral à saúde infantil.

Além disso, estreita o elo de integração entre os profissionais para identificar eventuais problemas e fomentar a aplicação de práticas simples que contribuam para estimular o desenvolvimento infantil<sup>(12)</sup>. Os profissionais da Unidade de Abrigo demonstraram dificuldade de estruturar uma rotina de trabalho interdisciplinar. Os discursos apontam para intervenções isoladas, o que reflete a dicotomia dos saberes e a fragmentação do sujeito assistido por eles em: físico, cognitivo, social, emocional.

A interdisciplinaridade possibilita a interação de metodologias, de material analítico, de modelos e conceitos complementares, visando à consistência teórica e operacional que estruture o trabalho dos profissionais empenhados na atenção à saúde da criança e do adolescente. Essa interdisciplinaridade conduz à compreensão dos problemas individuais e coletivos e à capacidade de dar respostas pertinentes, eficientes e eficazes<sup>(13-14)</sup>.

A avaliação clínica profissional quando utilizada como método isolado é considerada ineficiente, já o uso de protocolos de avaliação é defendido como conduta positiva para que a equipe de profissionais estabeleça critérios coletivos de observação<sup>(15)</sup>. Eles tendem a tornar a prática avaliativa mais organizada, evitando que algum aspecto importante seja esquecido ou menosprezado. Estudo aponta para a “trampa” (armadilha) de se focar a avaliação nos aspectos motores em detrimento dos sensoriais, cognitivos, de comunicação e linguagem. Revela também que, por trás deste erro, está a pouca familiaridade do profissional com os demais campos de habilidades humanas e a fragilidade do monitoramento global e contínuo<sup>(16)</sup>.

A prática interdisciplinar torna possível a superação da fragmentação do cuidado à criança e a seus familiares e, ainda, à organização tecnológica do trabalho em equipe, considerando a especificidade de cada profissional e otimizando os recursos humanos e tecnológicos disponíveis, com vistas à atenção integral<sup>(8)</sup>. Trabalhar pela qualidade de vida infantil é permitir que toda criança cresça e se desenvolva como adolescentes, jovens e adultos saudáveis. Nesse sentido é imprescindível o conhecimento deste processo crescer e desenvolver, para que se possa atender a criança nos vários ambientes em que se encontra.

A análise do desenvolvimento do bebê durante todo o período de adaptação faz observar o crescimento físico, o desenvolvimento neuropsicomotor intelectual, presença de reflexos, vínculo com a família e a socialização, obtendo assim, uma concepção positiva em relação ao complexo saúde-criança-família-ambiente. Para que a criança atinja o bem estar físico, mental e social, o profissional tem o papel de identificar alterações motoras e cognitivas, modificando-as por meio do qual estão inseridas. Todo esse sistema de ava-

liação promove a melhoria da qualidade de vida e potencializa a promoção da saúde<sup>(14)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou sinais de risco no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, após avaliação pela Escala de Denver II, que identificou carência prejudicada pelo não reconhecimento precoce, por parte dos profissionais da Unidade de Abrigo, dificultando o diagnóstico e a oferta de estímulos. Contudo, as ideias de complexidade e multidimensionalidade não foram evidenciadas nos discursos que, ao contrário, resumem o desenvolvimento normal e o atraso deste conforme o bom ou mal desempenho de determinada habilidade.

Os profissionais que atuam no campo da infância devem estar atentos aos sinais e aos sintomas que indicam risco para o desenvolvimento sadio, para tanto, precisam ser capacitados e ter conhecimento abrangente sobre o assunto, visto que, a identificação tardia dessas manifestações pode acarretar em prejuízos irreparáveis ou em atraso da aquisição de habilidades para o bom desempenho da criança conforme a sua faixa etária.

Vê-se, pois, a importância de um protocolo de avaliação do desenvolvimento infantil que formalize este processo e que favoreça a prática profissional interdisciplinar tanto para o diagnóstico precoce de eventuais problemas de desenvolvimento, quanto para a prática de estimulação da criança. Assim, deve-se avançar no sentido da realização de capacitação profissional e observação periódica das crianças abrigadas, quanto ao processo de desenvolvimento, bem como os encaminhamentos e trabalho multidisciplinar, sempre que necessário.

As puérperas demonstraram insegurança e insatisfação diante das orientações transmitidas. Estas foram caracterizadas como incompletas ou superficiais. Ressalta-se a relevância de empoderar a genitora com informações e orientações pertinentes para que se sinta parte do contexto que promoverá a melhora do estado de saúde de seu filho.

Conclui-se, portanto que a participação da mãe, família e profissionais de saúde é relevante para o sucesso do método mãe canguru. Estimular uma relação pautada na confiança entre todos que estão envolvidos, facilita o aprendizado e promove autonomia do cuidador quanto a assistência prestada. Assim, compreende-se a que primazia de uma atenção humanizada no método canguru voltada para os recém-nascidos e para as mães carecem de uma equipe de saúde capacitada para prestar suporte assistencial holístico.

## REFERÊNCIAS

---

1. Brito AM, Castilhos EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma revisão. Shonkoff JP, Wood DL, Dobbins MI, Earls MF, Garner AS, McGuinn L et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):232-46.
2. Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Estatuto da Criança e do Adolescente, Brasília, DF; 1990.
3. Giancomello KJ, Melo LL. Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1571-80.
4. Almas NA, Degnan KA, Radulescu A, Nelson CA 3rd, Zeanah CH, Fox NA. Effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institutionalized children's social skills at age 8. *Proc Natl Acad Sci USA*, PNAS. 2012;109(2):17228-31.
5. Scherzer AL, Chhagan M, Kauchali S, Susser E. Global perspective on early diagnosis and intervention for children with developmental delays and disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2012; 54(12): 1079-84.
6. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Rocha RS, Lúcio IML, Lopes MMCO, Lima CRC, Freitas ASF. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. *Rev Rene*. 2011;12(3):502-9.
9. Foley A, Durant J. Let's ask that out front: health and safety screenings in triage. *J Emerg Nurs*. 2011;37(5):515-6.
10. Vieira AS, Mendes PC. Análise especial da prematuridade, baixo peso ao nascer e óbitos infantis em Uberlândia-MG. *Hygeia*. 2012; 8(15):146-56.
11. Silva DI, Chiesa AM, Veríssimo MLOR, Mazza VA. Vulnerability of children in adverse situations to their development: proposed analytical matrix. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(6):1397-402.
12. Sieving RE, Resnick MD, Garwick AW, Bearinger LH, Beckman KJ, Oliphant JA, et al. A Clinic-Based, Youth Development Approach to Teen Pregnancy Prevention. *Am. J. health behave*. 2011;35(3):346-58.
13. Alexandre AMC, Labronici LM, Maftum MA, Mazza VA. Map of the Family social support network for the promotion of child development. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):272-9.
14. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de risco em emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. *Enferm Foco*. 2011;2(1):14-7.
15. Bedregal P, Hernandez V, Yeomans H, Molina H. Validez concurrente de un instrumento simple de evaluación del desarrollo infantil temprano para encuestas de hogares. *Rev méd. Chile*. 2013;141(3):409-410.
16. Tellez M. You are so smart! Why didn't you study medicine? *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):9-10.

---

Recebido em: 15.02.2016

Aprovado em: 28.02.2016

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

DIAGNOSIS OF NURSING IN PATIENTS UNDER MECHANICAL VENTILATION HOSPITALIZED IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Artigo Original

Elizabeth Mesquita Melo<sup>1</sup>

Lorena da Silva Lima<sup>2</sup>

Adna Ribeiro Braquehais<sup>3</sup>

Aglauvanir Soares Barbosa<sup>4</sup>

Aline Mota Marques<sup>5</sup>

Andreza Moura Magalhães Ferreira<sup>6</sup>

Renata Mayra Reis Maia<sup>6</sup>

Suylane Saraiva Araújo<sup>6</sup>

Vlândia Teles Moreira<sup>7</sup>

Violeta Frota Lima<sup>8</sup>

## RESUMO

Objetivou-se identificar os diagnósticos de enfermagem nos pacientes em ventilação mecânica, internados em Unidade de Terapia Intensiva. Estudo exploratório descritivo, retrospectivo, abordagem quantitativa, realizado em um hospital público, em Fortaleza-Ceará, com 70 prontuários. Os dados foram coletados no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, sendo expostos em figura e tabelas. Os aspectos éticos foram respeitados. O domínio 11, Segurança/Proteção, apresentou nove diagnósticos de enfermagem e o domínio 4, Atividade/Repouso, apresentou oito. Os domínios 2, 3 e 5, Nutrição; Eliminação e troca; e Percepção/Cognição, respectivamente, apresentaram um diagnóstico cada. O paciente em ventilação mecânica apresenta diversos diagnósticos de enfermagem, englobando vários domínios.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Ventilação Mecânica.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the nursing diagnoses in patients on mechanical ventilation in the Intensive Care Unit. Exploratory and descriptive, retrospective study, quantitative approach, performed in a public hospital in Fortaleza, Ceará, with 70 records. Data were collected from November 2015 to February 2016, being exposed in figure and tables. The ethical aspects were respected. The domain 11, Security/Protection, presented nine nursing diagnoses and the domain 4, Activity/Sleep, presented eight. The domains 2, 3 and 5, Nutrition; Disposal and exchange; and Perception / Cognition, respectively, had a diagnosis each. The patient on mechanical ventilation has several nursing diagnoses, covering various fields.

**Keywords:** Nursing Diagnosis; Intensive Care Units; Respiration, Artificial.

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Enfermeira Intensivista/AMIB. Hospital São José de Doenças Infecciosas. Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). E-mail: elizjornet@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira graduada pela UNIFOR. Discente do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva na UNIFOR. Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia/Fortaleza-Ceará.

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. Docente da UNIFOR.

<sup>4</sup> Discente do curso de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC)/UNIFOR.

<sup>5</sup> Discente do curso de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista CNPq/PIBIC/UNIFOR.

<sup>6</sup> Discente do curso de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista PAVIC/UNIFOR.

<sup>7</sup> Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Instituto Dr. José Frota/Fortaleza-Ceará. Docente da UNIFOR.

<sup>8</sup> Discente do curso de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista CNPq/PIBIT.

## INTRODUÇÃO

O paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui alterações nos diversos órgãos e sistemas, que podem interferir em seu quadro de gravidade, dificultando sua recuperação e/ou reabilitação. Assim, está em observação constante e geralmente em uso de aparelhos para manutenção do funcionamento do seu organismo e preservação de sua vida<sup>(1)</sup>.

A Ventilação Mecânica (VM) é um modo artificial de ventilar pacientes que estão com incapacidade de respirar espontaneamente, diminuindo o trabalho respiratório. Considerado um método de suporte que tem salvado vidas de pacientes criticamente doentes, esta também se associa a riscos, efeitos adversos e complicações<sup>(2)</sup>.

Para que o enfermeiro possa realizar uma conduta adequada, é necessário que conhecimento e preparo para uma assistência clínica adequada as necessidades do paciente, o que é possível mediante a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado com base nos princípios do método científico<sup>(3)</sup>. Desse modo, a assistência ficará mais qualificada, pois o enfermeiro realizará o levantamento da situação, estabelecendo os diagnósticos de enfermagem, com definição do cuidado do paciente individualmente, reduzindo os riscos advindos da VM.

Segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), o Diagnóstico de Enfermagem (DE) é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou processos vitais<sup>(4)</sup>. É um instrumento de trabalho do enfermeiro, pois proporciona um plano de ação embasado nos problemas detectados, contribuindo para uma assistência de melhor qualidade.

O DE, uma vez inserido no cuidado, permite uma linguagem única, possibilita o entendimento e facilita as tomadas de decisões quanto às intervenções necessárias a cada paciente, melhorando a qualidade da assistência prestada<sup>(5)</sup>.

Diante do exposto, o estudo objetiva identificar os diagnósticos de enfermagem nos pacientes em VM invasiva, internados em UTI.

## METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado na UTI de um hospital público, em Fortaleza-Ceará. A população foi constituída pelos prontuários dos pacientes internados na UTI no período de abril a outubro de 2015, sendo a amostra 70 prontuários, com base nos critérios de inclusão: pacientes internados na UTI em VM invasiva; e permanência na UTI por pelo menos 24 horas. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: idade inferior a 18 anos; e pacientes com morte encefálica.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, utilizando um roteiro estruturado. Os resultados foram organizados no Microsoft excel, analisados com base na estatística descritiva, enfocando a frequência absoluta e relativa, posteriormente expostos em figura e tabelas.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(6)</sup>. O estudo faz parte de um projeto guarda-chuvas, aprovado por um Comitê de Ética (protocolo 05/2011).

## RESULTADOS

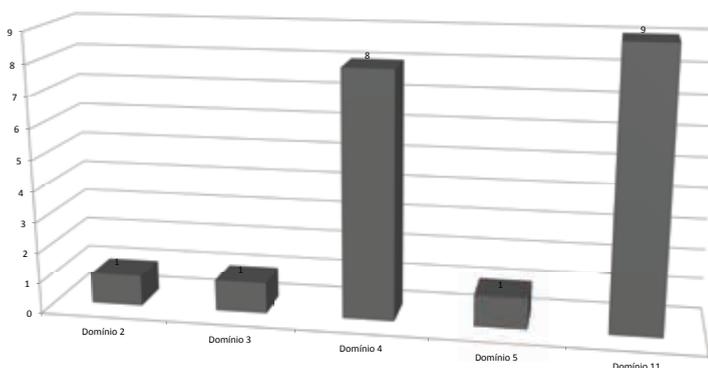
Em relação ao sexo, 52,9% dos pacientes eram do sexo feminino e 47,1% do sexo masculino. A faixa etária variou de 19 a 87 anos, predominando a faixa acima de 70 anos, com 57,1%, sendo a média de idade 68 anos. Predominaram os casados, com 38,6%. Quanto à procedência, 81,4% eram da capital; destacou-se o ensino fundamental incompleto (37,1%), seguido do ensino fundamental completo (28,6%). Referente às atividades ocupacionais, predominaram os aposentados (44,3%).

As pneumopatias destacaram-se, como diagnóstico médico que indicou internação do paciente na UTI, com 42,8%, seguidas das complicações no pós-operatório com 17,5%. E das cardiopatias com 12,8%. A prótese ventilatória mais utilizada para conexão paciente/ventilador mecânico foi o TOT, com 95,7%; e 58,6% foram submetidos ao uso de drogas vasoativas, principalmente a noradrenalina.

Foram identificados 20 diagnósticos de enfermagem nos pacientes em uso de VM, os quais foram expostos quanto à classificação geral pelos domínios e posteriormente enfatizados os diagnósticos por domínio de forma separada.

O gráfico 1 enfatiza os diagnósticos de enfermagem classificados por domínios.

**Gráfico 1.** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo os domínios NANDA. Fortaleza, 2015.



Cinco domínios prevaleceram, sobressaindo-se o domínio 11, que corresponde a Segurança/Proteção, com nove diagnósticos, seguido do domínio 4, Atividade/Repouso, representado por oito diagnósticos. Os domínios 2, 3 e 5, que se referem à Nutrição, Eliminação e troca, e Percepção/Cognição, respectivamente, apresentaram somente um diagnóstico de enfermagem cada.

Os domínios serão explorados de forma separada, enfatizando os diagnósticos de enfermagem identificados. Serão expostos somente os títulos dos diagnósticos nas tabelas. A tabela 1 enfoca os diagnósticos de enfermagem inseridos no domínio 11.

**Tabela 1.** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo o domínio 11 – Segurança/ proteção. Fortaleza, 2015

TÍTULO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Risco de infecção	70	100,0
Risco de aspiração	70	100,0
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	70	100,0
Risco de integridade da pele prejudicada	70	100,0
Risco de olho seco	70	100,0
Risco de quedas	70	100,0
Risco de úlcera por pressão	70	100,0
Risco de mucosa oral prejudicada	67	95,7
Risco de choque	39	55,7

O domínio 11 foi o mais predominante no estudo, com nove diagnósticos de enfermagem, destacando-se sete, com 100% de frequência: Risco de infecção; Risco de aspiração; Desobstrução ineficaz de vias aéreas; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de olho seco; e Risco de quedas. Foram identificados, também, os diagnósticos de enfermagem Risco de mucosa oral prejudicada, com 95,7% de frequência e Risco de choque, com 55,7%.

A seguir destaca-se a tabela 2, a qual ilustra os diagnósticos de enfermagem identificados no estudo, inseridos no domínio 4.

**Tabela 2.** Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo o domínio 4 – Atividade/Repouso. Fortaleza, 2015.

TÍTULO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Deambulação prejudicada	70	100,0
Padrão respiratório ineficaz	70	100,0
Ventilação espontânea prejudicada	70	100,0
Déficit no autocuidado para banho, higiene íntima e vestir-se	70	100,0
Mobilidade física prejudicada	53	75,7
Mobilidade no leito prejudicada	53	75,7
Débito cardíaco diminuído	39	55,7
Risco de Débito cardíaco diminuído	31	44,3

O segundo domínio mais frequente foi o 4, com oito diagnósticos, constatando-se 100% de frequência: Deambulação prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Ventilação espontânea prejudicada; e Déficit no autocuidado para banho, higiene íntima e vestir-se. Outros diagnósticos identificados foram identificados: Mobilidade física prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada, com 75,7% cada; Débito cardíaco diminuído, com 55,7; e Risco de Débito cardíaco diminuído, com 44,3%.

Por fim, três domínios foram verificados no estudo, com apenas um diagnóstico cada um. O domínio 2, Nutrição, apresentou o diagnóstico de enfermagem Deglutição prejudicada, com o percentual de 100%. O domínio 3, Eliminação e Troca, teve como diagnóstico de enfermagem Troca de gases prejudicada, com 30% de ocorrência; e o domínio 5, Percepção/Cognição, o diagnóstico Risco de confusão aguda, com 75,7%.

## DISCUSSÃO

Dentre os pacientes, 52,9% eram do sexo feminino e 47,1%, do sexo masculino. A faixa etária acima de 70 anos destacou-se, com 57,1%, sendo a média de idade 68 anos. Predominaram os pacientes casados e 81,4% eram procedentes da capital, sobressaindo-se o ensino fundamental incompleto (37,1%), seguido do ensino fundamental completo (28,6%); 44,3% eram aposentados.

As pneumopatias consistiram no diagnóstico médico mais comum associado à internação na UTI, prevaleceram as pneu-

mopatias (42,8%), seguidas das complicações no pós-operatório (17,5%) e das cardiopatias (12,8%). A prótese ventilatória mais utilizada para a manutenção do paciente em VM foi o TOT, com 95,7% e 58,6% usaram drogas vasoativas, destacando-se a noradrenalina.

Foram identificados 20 DE nos pacientes em VM, os quais foram expostos quanto à classificação geral pelos domínios, sendo, posteriormente, enfatizados de forma separada.

Os achados desta pesquisa corroboram outro estudo realizado em UTI, onde predominaram também os diagnósticos nos domínios 11 e 4, referentes à Segurança/proteção e à Atividade/Repouso, respectivamente<sup>(7)</sup>.

O domínio 11, Segurança/Proteção, foi o que mais prevaleceu; este significa estar livre de perigos, lesão física ou dano ao sistema imunológico; conservação contra perdas e proteção da segurança ou ausência de perigos<sup>(4)</sup>.

Nesse domínio foram identificados nove DE, destacando-se: Risco de infecção; Risco de aspiração; Desobstrução ineficaz de vias aéreas; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de olho seco; Risco de quedas; e Risco de úlcera por pressão, presentes em todos os pacientes. Foram verificados, também: Risco de mucosa oral prejudicada; e Risco de choque.

O Risco de infecção se refere ao risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos<sup>(4)</sup>. A UTI é um setor crítico que apresenta um risco aumentado de infecções, devido aos procedimentos invasivos e a permanência em ambiente hospitalar, o que favorece a susceptibilidade aos patógenos<sup>(8)</sup>.

Risco de aspiração é o risco de entrada de secreções gastrintestinais e orofaríngeas, sólidos ou fluídos nas vias traqueobrônquicas<sup>(9)</sup>. Estudo anterior demonstrou também 100% dos pacientes internados em UTI com esse diagnóstico, podendo estar relacionado à alimentação por sonda, ao nível de consciência diminuída e ao uso de via aérea artificial<sup>(7)</sup>.

Desobstrução ineficaz de vias aéreas corresponde à incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter a via aérea desobstruída<sup>(4)</sup>. A retenção de secreção leva a diversas complicações, sendo a mais comum a hipoxemia, ocorrendo quando há acúmulo de secreções traqueais, devido a alterações no transporte ciliar da mucosa brônquica para a faringe<sup>(1)</sup>.

Risco de integridade da pele prejudicada significa vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde<sup>(4)</sup>. Os pacientes de UTI, geralmente, estão restritos ao leito, devido sua condição de doença. A literatura demonstra que 100% dos pacientes de UTI comumente apresentam esse diagnóstico, com alguns fatores de risco como extremos de idade, fatores mecânicos, imobilidade física, medicamentos, incisões cirúrgicas, dentre outros<sup>(8)</sup>.

Risco de olho seco é definido como a vulnerabilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à

quantidade reduzida ou qualidade das lágrimas para hidratar o olho, que pode comprometer a saúde. Os fatores de risco para pacientes internados em UTI envolvem, dentre outros, a VM<sup>(4)</sup>.

Entretanto, há carência de estudos sobre esse diagnóstico, que confirmem olho seco no ambiente de terapia intensiva. A abordagem preventiva com cuidados oculares é essencial para pacientes em UTI. A ausência do cuidado específico e preventivo de olho seco pode impactar, negativamente, na vida dos pacientes, durante a internação e após a alta da UTI, por gerar desconforto e danos oculares que podem limitar as atividades diárias e comprometer a qualidade de vida<sup>(10)</sup>.

Risco de quedas é definido como a vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde<sup>4</sup>. Comprovou-se esse diagnóstico em outros estudos com frequência também de 100%, pois os pacientes encontram-se restritos ao leito e com estado de saúde debilitado<sup>(1)</sup>.

Outro diagnóstico encontrado no domínio 11, presente em 100% dos pacientes foi o Risco de úlcera por pressão, que está intimamente ligado aos pacientes apresentarem alto grau de instabilidade hemodinâmica e estarem restritos ao leito.

O DE Risco de mucosa oral prejudicada foi encontrado em 95,7% dos pacientes. O risco de lesões nos lábios e na cavidade oral está presente em pacientes críticos, devendo o cuidado de enfermagem deve ser constante para evitar o dano. Em pacientes intubados, é fundamental revezar o local do TOT, trocar a fixação, realizar aspiração traqueal e higiene oral, dentre outros<sup>(11)</sup>.

Risco de choque, presente em 55,7% dos pacientes, corresponde à vulnerabilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos do corpo, que pode levar à disfunção celular, com risco à vida, que pode comprometer a saúde<sup>(4)</sup>. Esse diagnóstico está ligado à exposição do paciente crítico à infecção, podendo evoluir com sepse, sepse grave e choque séptico, bem como a outro tipo de choque, como o cardiogênico.

O domínio 4, Atividade/Repouso, consistiu no segundo domínio mais prevalente no estudo, o qual significa Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos<sup>(4)</sup>. Neste foram constatados em todos os pacientes os DE: Deambulação prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Ventilação espontânea prejudicada; e Déficit no autocuidado para banho, higiene íntima e vestir-se.

Deambulação prejudicada está definida como limitação do movimento independente de andar em um determinado ambiente<sup>(4)</sup>. Os pacientes apresentam restrição de movimentos, pois se encontram em monitorização rigorosa e tratamento intensivo. Dependendo da instabilidade recomenda-se repouso absoluto, com monitorização multiparamétrica, impedindo a deambulação<sup>(7)</sup>.

O DE Padrão respiratório ineficaz é definido como inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada

da<sup>(4)</sup>. Os pacientes de UTI apresentam elevados percentuais relacionados aos diagnósticos de enfermagem associados a danos do aparelho respiratório, pois quase sempre necessitam de suporte ventilatório<sup>(11)</sup>.

Ventilação espontânea prejudicada refere-se a reservas de energia diminuídas, resultando em incapacidade de manter respiração independente e adequada para sustentação da vida<sup>(4)</sup>. Estudo anterior demonstrou presença desse diagnóstico em 78,43% dos pacientes, sendo importante notar que pacientes que apresentam desconforto respiratório, geralmente evoluem para uso de VM<sup>(7)</sup>.

Autocuidado é a capacidade de desempenhar atividades para cuidar do próprio corpo e das funções corporais<sup>(4)</sup>. Esse diagnóstico engloba vários aspectos do cotidiano como atividades de alimentação, banho, higiene íntima, vestir-se e arrumar-se por si mesmo, atividades simples para o indivíduo, porém quando internado em ambiente hospitalar, especialmente UTI, tornam-se de responsabilidade da equipe de enfermagem. Esse DE foi agrupado, pois todos os pacientes apresentavam déficits nessas atividades<sup>(7)</sup>.

Outros diagnósticos apreendidos no domínio 4 englobaram: Mobilidade física prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada, com 75,7% cada; Débito cardíaco diminuído, com 55,7%; e Risco de Débito cardíaco diminuído, com 44,3%.

Mobilidade física prejudicada associa-se à limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades<sup>(9)</sup>. Em contrapartida, Mobilidade no leito prejudicada trata da limitação de movimento independente de uma posição para outra no leito<sup>(4)</sup>. Os pacientes com esses diagnósticos eram limitados de movimentos ou totalmente imóveis, devido ao uso de sedativos, analgésicos, bloqueadores musculares ou relacionado a alterações neurológicas.

Débito cardíaco diminuído é a quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais, podendo estar relacionado à contratilidade alterada, frequência cardíaca alterada, pós carga alterada e outros fatores<sup>(9)</sup>.

Risco de débito cardíaco diminuído é um estado em que o indivíduo apresenta vulnerabilidade a suprimento inadequado de sangue bombeado pelo coração para suprir às demandas metabólicas do organismo, capaz de comprometer à saúde<sup>(4)</sup>. É importante ressaltar que há carência de estudos sobre esse DE.

Convém salientar a identificação de três domínios com apenas um DE. O domínio 2, Nutrição, refere-se as atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação dos tecidos e produção de energia<sup>(4)</sup>.

Nesse domínio foi encontrado, com 100% de frequência, o diagnóstico de enfermagem Deglutição prejudicada, definido como o funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a déficits na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica<sup>(4)</sup>. Esse DE pode estar relacionado à obstrução mecânica, sendo observado com frequência em outros estudos<sup>(7)</sup>.

O domínio 3, Eliminação e Troca, refere-se a secreção e excreção de produtos residuais do organismo. Nesse domínio, o diagnóstico Troca de gases prejudicada, com 30% de frequência, refere-se ao excesso ou déficit na oxigenação e/ou eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolar<sup>(4)</sup>. Algumas características definidoras inerentes a esse DE, foram identificadas, incluindo: gases sanguíneos arteriais anormais, cianose e dispneia.

O domínio 5, Percepção/Cognição, refere-se ao Sistema humano de processamento de informações que inclui atenção, orientação, sensações, percepção, cognição e comunicação. O diagnóstico encontrado nesse domínio, com 75,7%, foi Risco de confusão aguda, que se refere à vulnerabilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo e que podem comprometer a saúde<sup>(4)</sup>. Ressalta-se que esse diagnóstico foi identificado também em outro estudo com pacientes críticos internados em UTI<sup>(8)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificados 20 DE, predominando aqueles inseridos no domínio 11, relacionado à Segurança/Proteção, com os seguintes diagnósticos em todos os pacientes: Risco de infecção; Risco de aspiração; Desobstrução ineficaz de vias aéreas; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de olho seco; Risco de quedas; e Risco de úlcera por pressão, presentes em todos os pacientes. Ademais, estiveram presentes, também: Risco de mucosa oral prejudicada, com 95,7% de ocorrência e Risco de choque, com 55,7%.

Em seguida, como domínio mais prevalente, tem-se o domínio 4, relativo a Atividade/Repouso, englobando os DE: Deambulação prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Ventilação espontânea prejudicada; e Déficit no autocuidado para banho, higiene íntima e vestir-se, constatado em todos os pacientes. Foram observados, ainda: Mobilidade física prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada, com 75,7% cada; Débito cardíaco diminuído, com 55,7%; e Risco de Débito cardíaco diminuído, com 44,3%.

Ressalta-se a importância da SAE no atendimento ao paciente crítico em uso de VM, em virtude de possibilitar o levantamento das necessidades afetadas, com o estabelecimento dos DE e planejamento de uma assistência qualificada.

Sugere-se a realização de novos estudos, com aprofundamento dos fatores relacionados e características definidoras, possibilitando a atuação da equipe multiprofissional na causa associada ao problema, contribuindo para a recuperação dos pacientes ou redução das complicações.

## REFERÊNCIAS

---

1. Melo EM, Barbosa AA, Silva JLA, Sombra RLS, Studart RMB, Lima FET, Veras JEGLF. Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Revenferm UFPE online*. 2015 fev; 9(2):610-16.
2. Ventura SSC, Pauletti J. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) em UTI pediátrica: uma revisão integrativa. *RevBrasCienMed Saúde*. 2010;1(1):7-15.
3. Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo SA, Crozeta K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *RevBrasEnferm*. 2009; 62(2): 221-7.
4. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
5. Santos VFR, Figueiredo AEPL. Intervenção e atividades propostas para o diagnóstico de enfermagem – ventilação espontânea prejudicada. *Acta Paul enferm* 2010;23(6):824-30.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. *Informe Epidemiológico SUS*. 2012, 3:67-35.
7. Melo EM, Albuquerque MP, Aragão RM. Diagnósticos de enfermagem prevalentes na unidade de terapia intensiva de um hospital público. *Rev enferm UFPE online*. 2012 jun; 6(6): 1361-8.
8. Almeida DV, Oliveira KF, Oliveira JF, Pires NL, Filgueira VSA. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes internados na unidade de terapia intensiva coronariana. *Arq Med Hosp. FacCiencMed Santa Casa São Paulo*. 2013; 58: 64-9.
9. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
10. Araújo DD, Almeida NG, Silva PMA, Ribeiro NS, Alvarenga AW, Chianca TCM. Predição de risco e incidência de olho seco em pacientes críticos. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2689.
11. Melo EM, Teixeira CS, Oliveira RT, Almeida DT, Veras JEGLF, Frota NM, Studart RMB. Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014,4(1):55-63.

---

Recebido em: 03.01.2016

Aprovado em: 17.01.2016

# O ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A CONSTRUÇÃO DE UMA IDENTIDADE PROFISSIONAL

NURSES IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTER: BUILDING A PROFESSIONAL IDENTITY

Artigo de Revisão

Nágella Thaysa Bier de Sousa<sup>1</sup>

Maria Aparecida das Graças Corrêa Milhomem<sup>2</sup>

Alisséia Guimarães Lemes<sup>3</sup>

## RESUMO

Objetivou-se conhecer a identidade profissional e o papel do enfermeiro no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), referidos em estudos publicados entre os anos de 2008 e 2012, sendo selecionados 12 artigos científicos nacionais. Os resultados obtidos na pesquisa foram agrupados em três categorias para análise: A formação do enfermeiro atuante em CAPS; As atividades e as práticas do enfermeiro no CAPS; As dificuldades encontradas pelo enfermeiro para o desenvolvimento de suas práticas no CAPS. Foi possível constatar déficit de pessoal qualificado para atuação na área, falta de conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e a reorientação do modelo assistencial. As dificuldades e desafios são inerentes ao novo modelo de atenção psicossocial, que pressupõe a superação do modelo hospitalocêntrico. Dessa forma, alguns desafios estão presentes para o enfermeiro, na consolidação de sua identidade, porque, além de possuir um papel fundamental na equipe, ele vem conquistando um novo espaço.

**Palavras-chave:** Enfermagem Psiquiátrica; Papel do Profissional de Enfermagem; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental.

## ABSTRACT

It aimed to meet the professional identity and the daily role of nurses in the daily Psychosocial Care Center (CAPS), reported in studies published between 2008 and 2012, being selected 12 national papers. The results of the research were grouped into three categories for analysis: The training of nurses acting in CAPS; The activities and nursing practices in CAPS; The difficulties encountered by nurses to develop their practices in CAPS. It was found qualified personnel deficit for operations in the area, lack of knowledge about the psychiatric reform and reorientation of the care model. The difficulties and challenges are inherent in new psychosocial care model, which presupposes the overcoming of hospital-centered model. Thus, some challenges are present for the nurse, the consolidation of its identity, because, besides having a key role in the team, he has gained a new space.

**Keywords:** Psychiatric Nursing; Nurse's Role; Mental Health; Mental Health Services.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Enfermeira no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) de Canarana – MT. E-mail: nagella\_goiania@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em enfermagem. Especialista em saúde Mental e Técnica em Saúde na prefeitura municipal de Cuiabá-MT/Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde em Mato Grosso.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda em enfermagem psiquiátrica pela EERP USP Ribeirão Preto. Docente Assistente na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA) em Barra do Garças-MT. Coordenadora do projeto de pesquisa e extensão em Saúde Mental da UFMT/CUA.

## INTRODUÇÃO

O modelo psiquiátrico, oriundo do modelo biomédico, tem como principais características a hospitalização como terapêutica em saúde mental. O sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima muitos das instituições carcerárias e penitenciárias, pois se constitui em um sistema baseado na vigilância, no controle e na disciplina, ou seja, um sistema com dispositivos de punição e repressão. Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se busca é uma rede de relações entre sujeitos que escutam e cuidam (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros) com sujeitos que vivenciam as problemáticas (usuários, familiares e outros atores sociais)<sup>(1)</sup>.

As mudanças estabelecidas no campo da saúde mental resultantes dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, visam à reintegração do indivíduo por meio de políticas de assistência psicossocial que assegurem e promovam a cidadania do indivíduo em sofrimento psíquico. O modo de atenção psicossocial foi construído no cerne dessas transformações e se constitui como um modelo de assistência que se opõe ao modelo manicomial<sup>(2)</sup>.

A complexidade da composição e dos objetivos que se apresentam para as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), exige a articulação de diferentes processos de trabalho para a composição de um cuidado peculiar, o que representa um desafio a ser enfrentado. Diante da compreensão de que cada manifestação de sofrimento psíquico ocorre de forma singular e que a finalidade da intervenção psicossocial não é mais o reestabelecimento de uma desejada normalidade externa à pessoa, como acontecia no modelo psiquiátrico, o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por completo. A historicidade dos processos individuais de adoecimento/reabilitação e de organização dos processos de trabalho demanda novas habilidades e competências das equipes<sup>(3)</sup>.

Assim, surge um novo paradigma de cuidado para se opor ao modelo manicomial caracterizado pelo isolamento social do paciente, baseado na atenção psicossocial, que tem como eixos centrais a inclusão e a reabilitação. Neste novo modo, os enfermeiros desenvolvem atividades de assistência individuais e coletivas com intervenções diretas e indiretas. Várias dessas atividades já faziam parte do processo de trabalho de enfermagem no modo manicomial e estão sendo ressignificadas na abordagem psicossocial, com a intenção de responder à complexidade do adoecimento psíquico<sup>(2)</sup>.

Torna-se oportuno salientar que é essencial que o profissional enfermeiro esteja preparado para essa nova realidade, pois a concepção do trabalho em equipe multidisciplinar, o acolhimento ao usuário, a escuta terapêutica, os projetos terapêuticos individualizados, a reabilitação psicossocial, entre outros, têm exigido uma requalificação e ampliação dos papéis profissionais do enfermeiro na prática do cuidado em saúde mental<sup>(4)</sup>.

Considera-se que estudos que privilegiam o cotidiano de trabalho possam articular as dimensões objetivas e subjetivas do processo de construção do trabalho do enfermeiro. Assim, a identidade deste profissional se apresenta constituída por meio das determinações que envolvam: o saber da enfermagem, a profissão e seus atributos, a percepção de uma identidade, a história da enfermagem, as relações de poder, a arte e a ética na enfermagem, o gênero na enfermagem, a enfermagem como um trabalho, a formação de identidade<sup>(5)</sup>.

O modelo de atenção psicossocial permite ampliar as possibilidades de cuidado ofertado pelo enfermeiro na medida em que necessariamente envolve diferentes dimensões da vida do sujeito. Assim, o modo como esse profissional compreende seu papel vai refletir diretamente em como ele realiza suas ações bem como sua prática diária. Portanto este estudo, por meio de busca na literatura, permite avançar na compreensão e reflexão sobre o profissional da enfermagem nesse novo modelo, na medida em que objetiva conhecer a identidade profissional e o papel do enfermeiro no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial.

## METODOLOGIA

Trata-se de um levantamento bibliográfico utilizando os bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal (Latindex), que proporcionou acesso aos periódicos e artigos científicos, a partir dos seguintes Descritores: "*Enfermagem Psiquiátrica*"; "*Papel do Profissional de Enfermagem*"; "*Saúde Mental*"; "*Serviços de Saúde Mental*".

Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2015. Para análise dos dados, realizou-se uma pré-leitura, leitura seletiva e análise textual dos artigos selecionados. Como critérios de inclusão para análise, foram considerados artigos completos, disponíveis eletronicamente e na íntegra; que contemplassem o objetivo proposto; que abordassem de forma clara a temática, publicados no período de 2008 a 2015; independente do método de pesquisa; e no idioma português. Foram excluídos: editoriais, cartas ao editor, trabalhos publicados em anais de eventos, teses, dissertações, monografias e artigos que não focalizassem a temática desta revisão.

Os artigos foram selecionados por intermédio de seu título e resumo. Foram encontrados 16 artigos, e após uma leitura exaustiva dos textos, foi realizada a síntese de cada artigo e, posteriormente, o agrupamento de acordo com os temas previamente elaborados. A partir de uma leitura criteriosa, foram selecionados 12 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os dados obtidos foram analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos legais estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os

**Quadro 1.** Características dos artigos publicados no período de 2008 a 2015

ANO E AUTOR (ES)	TÍTULO E OBJETIVO(S)
2008 Damásio VF, Melo VC, Esteves KB.	Título: Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Objetivo: Descrever e identificar as atribuições do enfermeiro nos serviços e saúde mental nos preceitos da Reforma Psiquiátrica.
2009 Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF.	Título: Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a reforma psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. Objetivo: Discutir o fazer pedagógico no ensino da Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, e sua interface com os princípios da Reforma Psiquiátrica e das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem.
2009 Filho AJA, Moraes AEC, Peres MAA	Título: Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. Objetivo: Suscitar reflexão acerca da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente psiquiátrico em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
2010 Lima RVM, Pedrão LJ, Gonçalves JG, Luis MA.	Título: Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica. Objetivo: Identificar os papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica.
2010 Dias CB, Silva ALA.	Título: O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no centro de atenção psicossocial. Objetivo: Caracterizar o perfil profissional do agente de enfermagem de nível superior que trabalha no CAPS e verificar as ações desse profissional no atual modelo de assistência à saúde mental.
2010 Rézio LA, Oliveira AGB.	Título: Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. Objetivo: Caracterizar as equipes e analisar alguns condicionantes organizacionais e psicossociais para o desenvolvimento do trabalho nos CAPS I de dois municípios de Mato Grosso.
2011 Santos JP, Souza MCBM, Oliveira NF.	Título: Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. Objetivos: Identificar a compreensão da Reabilitação Psicossocial na perspectiva dos estudantes do 4º ano do Curso de Bacharelado em Enfermagem e dos enfermeiros dos serviços onde os estudantes vivenciam a prática profissional.
2011 Esperidião E, Cruz MFR, Silva GA.	Título: Perfil e atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-Goiás. Objetivos: Apresentar o perfil sócio-econômico e a formação dos enfermeiros atuantes na rede especializada em Saúde Mental do município de Goiânia-GO, além de descrever as ações desenvolvidas por estes profissionais nestes serviços.
2011. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA.	Título: O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. Objetivos: Descrever o papel da equipe de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial da região metropolitana de Curitiba.
2011 Zerbetto SR, Efigênio EB, Santos NLN, Martins SC.	Título: Ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial. Objetivos: Identificar e discutir as ações realizadas pelo enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial.
2014 Luz VLES, Barjud ACP, Moura AS, Sales JCS, Coelho DMM, Duarte MR	Título: Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. Objetivos: Identificar a compreensão da Reabilitação Psicossocial na perspectiva dos estudantes do 4º ano do Curso de Bacharelado em Enfermagem e dos enfermeiros dos serviços onde os estudantes vivenciam a prática profissional.
2015 Almeida AS, Furegato ARF.	Título: Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. Objetivos: identificar o perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental de Uberlândia e conhecer as atividades desenvolvidas dessas equipes.

dados obtidos foram analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

## RESULTADOS

Após a extração e organização dos dados, os resultados foram agrupados e, posteriormente, foram construídas três categorias de análise, organizadas por similaridade de conteúdo: A formação do enfermeiro atuante em Centro de Atenção Psicossocial; As atividades e as práticas do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial; As dificuldades encontradas pelo enfermeiro para o desenvolvimento de suas práticas no Centro de Atenção Psicossocial.

Avaliando o perfil de produções, identificou-se dentro da série temporal considerada no estudo, que compreende o intervalo entre os anos de 2008 a 2015, um maior número de publicações no ano de 2011, com 04 publicações. No ano de 2008, houve somente 01 publicação. No ano de 2009, identificou-se 02 artigos. Em 2010, identificou-se o número de 03 artigos. Em 2014, 01 artigo. E em 2015, também 01 único artigo constava nas bases de dados investigadas. Observou-se, em relação ao ano de publicação dos artigos, que os anos de 2010 e 2011 apresentaram maior índice de publicações, cerca de 58,3% dos estudos selecionados.

Para facilitar o entendimento dos trabalhos encontrados, elaborou-se um quadro (quadro 1), identificando os seguintes aspectos: identificação do artigo, dos autores, ano de publicação e objetivos dos trabalhos.

## DISCUSSÃO

Verifica-se que as atividades do enfermeiro nos serviços de saúde mental apresentam diversas características, o motivo dessa diversificação está na gradativa substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários de saúde mental e na reestruturação da assistência psiquiátrica. Com a construção da rede de atenção à saúde mental substitutiva, as atribuições do enfermeiro passam a seguir novos rumos, diferentes das práticas dos hospitais psiquiátricos tradicionais<sup>(6)</sup>.

Com a configuração e a exigência de novas práticas, o enfermeiro transita entre o novo e o antigo, entre o estruturar e o reestruturar. Observa-se que na prática da enfermagem que atua neste âmbito, ocorrem práticas relacionadas ao modelo asilar e ao modelo psicossocial, o que aponta a transição entre os dois modelos<sup>(6)</sup>.

No entanto, destaca-se que os profissionais de enfermagem tem buscado rever seus conceitos e práticas, mediante a busca de novos saberes com base modelo de atenção psicossocial.

### A formação do enfermeiro atuante em Centro de Atenção Psicossocial

Torna-se relevante destacar o direcionamento da formação dos profissionais de enfermagem ao se discutir a mudança

de paradigmas assistenciais. A dificuldade enfrentada por estes profissionais pode estar relacionada com o desafio de adquirir e colocar em prática novas competências exigidas pela saúde mental.

O ensino de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental enfrenta o desafio de adotar um novo olhar que, em atendimento as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais, busca romper com o enfoque do modelo de atendimento clássico centrado na remissão dos sintomas da doença. Esta mudança requer a formação de profissionais com pensamento crítico para analisar e intervir nos problemas de saúde, baseando-se nos princípios da ética e na compreensão de que a responsabilidade da atenção à saúde mental não se encerra com o ato técnico, requerendo conhecimento criativo, crítico e reflexivo que possibilite os profissionais a fazerem intervenções competentes no seu objeto de trabalho<sup>(7)</sup>.

Nas últimas décadas, a transformação da atenção em saúde mental vem ocorrendo, trazendo consigo exigências aos profissionais para que busquem além de uma melhor formação, também uma atualização no intuito de acompanhar todo o processo de mudança, fazendo parte deste contexto, a enfermagem em saúde mental e os seus profissionais<sup>(8)</sup>.

Destaca-se como método de ensino, a inserção dos acadêmicos de enfermagem nos cenários de prática, devido à possibilidade de despertar reflexões sobre o vivido, permitindo assim, em conversa com a equipe, transformar a prática assistencial. Além disso, aponta-se que a presença da Universidade nos serviços possibilita reflexões por parte do enfermeiro acerca de sua prática, o que pode favorecer a educação permanente. Desta forma, infere-se que a inserção não apenas do aluno, mais também na universidade é essencial para o desenvolvimento de uma nova forma de *construir um enfermeiro*. As universidades tem como objetivo desenvolver-se com excelência em três pilares: ensino, pesquisa e extensão. Quando o aluno é inserido nos CAPS, tem-se ali a oportunidade ímpar de vivenciar estes três pilares. Desta forma, o ensino representa a base para compreender os preceitos do CAPS; na pesquisa, a forma de confrontar a teoria e a prática; e na extensão, o diálogo direto com a realidade dos usuários e familiares, profissionais<sup>(9)</sup>.

Verificou-se em investigação que contou com a participação de enfermeiros lotados nos serviços da Rede Especializada em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Goiânia, com relação à caracterização dos enfermeiros:

Quanto aos programas educacionais, 92,8% dos enfermeiros informou possuir algum tipo de especialização, sendo que 21% referiram ser em Saúde Mental e 71% possuíam especialização em outra área de conhecimento<sup>(10:496)</sup>.

Um estudo que envolveu 14 enfermeiros que trabalhavam nos CAPS II da cidade de São Paulo revelou que apenas uma pequena parcela dos enfermeiros possui curso de pós-graduação em saúde mental (21,42%). Este mesmo estudo também

apontou que o conhecimento dos enfermeiros do CAPS II sobre a Reforma Psiquiátrica, é limitado, associado ao processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos e a implantação de serviços alternativos<sup>(11)</sup>.

É necessário, portanto, investimento na formação de recursos humanos especializados, para que a visão manicomial deixe de existir de fato, dando lugar a assistência psicossocial que valorize as potencialidades do paciente, sua capacidade de definir projetos, para que tenham perspectiva de futuro, e ainda, se considerem agentes ativos no processo de tratamento<sup>(12)</sup>.

Os estudos citados revelam dificuldades de adequação do conteúdo teórico-prático da saúde mental à realidade assistencial dos serviços de atenção psicossocial; déficit de pessoal qualificado e capacitado para atuação na área; falta de conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e a reorientação do modelo assistencial.

### **As atividades e as práticas do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial.**

A proposta de trabalho no CAPS possibilita a participação em diversas atividades desenvolvidas fora e dentro dos serviços, tais como: reuniões com a equipe, supervisão institucional, triagem, grupo de recepção, grupos de estudos, oficinas terapêuticas, oficinas informativas e educativas sobre o cuidado com o corpo, dentre outros. Diferentemente do paradigma manicomial, em que os papéis profissionais são mais rígidos e dirigidos ao controle dos pacientes e aos sintomas da doença, as ações terapêuticas realizadas em serviços abertos são mais flexíveis e permitem a construção de um projeto coletivo, definido pela articulação de todas as práticas profissionais em um projeto terapêutico único<sup>(13)</sup>.

Afirma-se que alguns profissionais tem dificuldades para definir sua função no processo de produção de saúde em um serviço extra-hospitalar, de modo que o conceito que eles têm sobre ser enfermeiro está ligado à prática hospitalar, acarretando nesse profissional, uma distorção na sua identidade profissional<sup>(11)</sup>.

É possível relacionar estas dificuldades com a insegurança para trabalhar em um campo novo, que foge do modelo hospitalocêntrico, o que evidencia a deficiente definição de seu papel enquanto enfermeiro dentro deste espaço extra-hospitalar. Observa-se que várias atividades realizadas pelo enfermeiro podem ser também realizadas por demais profissionais da equipe, estabelecendo contornos ainda pouco visíveis e pouco específicos da posição ocupada pelo profissional enfermeiro no contexto de trabalho em equipe interdisciplinar no CAPS.

Constata-se a falta de conhecimento da real atribuição do enfermeiro dentro do espaço do CAPS, e essa falta de compreensão pode ser atribuída ao fato deste serviço ter sido instituído recentemente e ainda se encontrar em processo de construção. Além disso, ainda ocorrem equívocos quanto à identificação do papel desempenhado pelos enfermeiros junto à equipe interdisciplinar do CAPS, permanecendo dessa forma, indefinido o espaço e a atuação do enfermeiro no con-

texto multidisciplinar. Entretanto, acredita-se que à medida que houver mais discussões e pesquisas a respeito do trabalho da enfermagem nestes espaços, essa compreensão poderá ser ampliada por se tratar de uma prática ainda recente<sup>(14)</sup>.

Nesse contexto, a enfermagem necessita agregar ao saber do cuidado de enfermagem, a descrição da atuação profissional que traga reflexões da identidade do enfermeiro atuante em CAPS, no sentido de orientar o cuidado de enfermagem com a política dos serviços substitutivos, pois além de ressignificar sua função, poderá criar possibilidades para a construção de novas práticas e, conseqüentemente, para a construção de uma nova identidade para a profissional de enfermagem atuante no CAPS, um espaço de criatividade, com aplicação de novos saberes e novas práticas.

A partir da criação de novos espaços de trabalho nos CAPS, o enfermeiro se viu responsável por uma assistência inovadora e promissora em suas práticas. Dessa forma, o enfermeiro tem que se permitir viver uma nova proposta, que envolve convivência afetiva com o usuário, que precisa não só de práticas de técnicas mecânicas. Por ser uma prática em construção, o percurso do enfermeiro atuante em um CAPS não segue um caminho previamente determinado, o que existe é a necessidade de construção de ações voltadas para as necessidades do usuário.

### **As dificuldades encontradas pelo enfermeiro para o desenvolvimento de suas práticas no Centro de Atenção Psicossocial**

Estudo<sup>(8)</sup> realizado com 11 enfermeiros que desenvolviam suas ações profissionais em serviços públicos abertos de assistência psiquiátrica da cidade de Ribeirão Preto - SP apontou que entre os maiores motivos de estresse para o enfermeiro, estão a falta de condições de trabalho e os conflitos de relação entre colegas de trabalho.

Uma pesquisa com 14 enfermeiros nos CAPS II da cidade de São Paulo apontou que 09 desses enfermeiros (64,26%) relataram alguns obstáculos que impedem uma satisfação profissional ainda maior, como baixos salários, falta de incentivos e de infraestrutura, falta de reconhecimento pelos demais membros da equipe, falta de conhecimentos mais aprofundados no campo da saúde mental e também uma certa inadequação com o modelo de assistência em saúde mental<sup>(11)</sup>.

A investigação sobre as condições de trabalho das equipes em dois CAPS I de dois municípios de Mato Grosso revelou que a maioria dos profissionais encontra dificuldades para trabalhar no modelo de atenção psicossocial, pois de um lado a política do SUS propõe um trabalho que supere o modelo asilar, porém de outro lado, os dados revelaram uma estrutura física e material inadequados, manutenção de contratos temporários, rotatividade de funcionários, baixos salários, déficit na formação em saúde mental, ou seja, condições de trabalho muito precárias<sup>(15)</sup>.

Uma pesquisa com o objetivo de discutir o trabalho de profissionais de enfermagem em um CAPS de uma cidade do interior do estado de São Paulo observou três dimensões quanto às dificuldades no cotidiano do trabalho: o atendimento à situação de crise dos usuários; problemas de relacionamento com a família do usuário; e a ausência de realização de procedimentos mais invasivos no CAPS, como por exemplo, a execução de técnicas de enfermagem de curativo e punção venosa, que não fazem parte da rotina de um CAPS. Outros fatores identificados foram a questão da equipe ter objetivos diferentes, acarretando dificuldades nas tomadas de decisão e a existência de preconceitos na comunidade em relação ao paciente e ao profissional que trabalha no CAPS<sup>(16)</sup>.

A realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um dos recursos que o enfermeiro usa para planejar, organizar e facilitar a sua assistência ao paciente portador de transtorno mental no CAPS, porém observa-se que o enfermeiro muitas vezes se torna vulnerável frente aos obstáculos impostos no cotidiano dos serviços de saúde mental, e assim, consideram que a grande demanda de atividades sem a cooperação interdisciplinar dificulta o processo de implantação da SAE<sup>(17)</sup>.

As dificuldades e desafios são inerentes ao novo modelo de atenção psicossocial e a toda equipe, que deve explorar as condições e possibilidades de construção voltada para a criação de novas formas de saberes e práticas por parte dos diferentes profissionais e seus diferentes olhares, com o engajamento profundo dos profissionais que compõem a equipe do CAPS, a fim de desenvolver formas de cuidado que atendam o paciente em sofrimento psíquico.

A reflexão acerca da prática do profissional enfermeiro no CAPS, evidencia dificuldades, lacunas e dúvidas quanto aos novos papéis a serem construídos e postos em prática por todos os membros da equipe interdisciplinar, o que muitas vezes estabelece uma condição que pode gerar conflitos e dificuldades. Contudo, o enfermeiro deve adquirir competências e habilidades para entender as necessidades dos usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios inerentes à Reforma Psiquiátrica não dizem respeito apenas aos enfermeiros, mas a todos os profissionais da equipe de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, bem como, usuários, familiares e a sociedade.

Desta forma, o enfermeiro enfrenta alguns desafios, enquanto profissional do CAPS, pois, além de ter um papel fundamental na equipe, ele vem conquistando um novo espaço e abrindo novas frentes de trabalho. Espera-se que este espaço de inserção do enfermeiro no cotidiano do CAPS seja ainda mais ampliado, mesmo considerando o pouco incentivo por parte da gestão e uma formação universitária com pouca ênfase nesta área de conhecimento.

Pretende-se com este estudo, contribuir para que os profissionais de enfermagem, os docentes e os gestores reflitam o papel de profissional atuante em serviços de atenção psicossocial e a sua identidade profissional em construção, para que possam trabalhar em conjunto pela melhoria da assistência ao cidadão portador de transtorno mental e pela exigência de uma atenção de qualidade, que atenda às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

1. Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
2. Kantorski LP, Hypolito AM, Willrich JQ, Meirelles MCP. A atuação do enfermeiro no centro de atenção psicossocial à luz do modo psicossocial. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2010 Jul-Set; 14(3): 399-407.
3. Milhomem MAGC, Oliveira AGB. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial. *Cogitare Enfermagem*. 2007 Jan-Mar; 12(1): 101-8.
4. Kantorski LP, Mielke FB, Júnior ST. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2008 Mar-Jun; 6(1): 87-106.
5. Neto LFS, Ramos FR. Para compreender a identidade do enfermeiro: situando o objeto na produção científica da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2002 Set-Out; 55(5): 580-85.
6. Damásio VF, Melo VC, Esteves KB. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista de Enfermagem UFPE On line*. 2008 Out-Dez; 2(4): 425-33.
7. Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a reforma psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009 Dez; 43(4): 962-68.
8. Lima RVM, Pedrão LJ, Gonçalves JG, Luis MA. Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010; 12(2): 348-53.
9. Santos JP, Souza MCBM, Oliveira NF. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2011 Jan-Mar; 13(1): 60-9.
10. Esperidião E, Cruz MFR, Silva GA. Perfil e atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2011 Jul-Set; 13(3): 493-501.
11. Dias CB, Silva ALA. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no centro de atenção psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010; 44(2): 469-75.
12. Almeida AS, Furegato AR. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde On line*. 2015 Jan-Jun; 4(1): 79-88.
13. Filho AJA, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2009 Abr-Jun; 10(2): 158-165.
14. Soares RD, Villela JC, Borba LO, Brusamarello T, Maftum MA. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2011 Jan-Mar; 15(1): 110-115.
15. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010 Abr-Jun; 14(2): 346-354.
16. Zerbetto SR, Efigênio EB, Santos NLN, Martins SC. O trabalho em um centro de atenção psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2011 Jan-Mar; 13(1): 99-109.
17. Luz VLES, Barjud ACP, Moura AS, Sales JCS, Coêlho DMM, Duarte MR. Ações realizadas pelo enfermeiro em centros de atenção psicossocial. *Revista Interdisciplinar*. 2014 Out-Dez; 7(4): 1-12.

Recebido em: 10.02.2016

Approved em: 23.02.2016

# TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR MOTHER IN EARLY BREAST FEEDING: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

Artigo de Revisão

Viviane Josiane de Mesquita<sup>1</sup>

Regina Cláudia Mello Dodt<sup>2</sup>

Lorena Barbosa Ximenes<sup>3</sup>

Ana Paula Melo Façanha<sup>4</sup>

## RESUMO

Objetivou-se realizar uma revisão integrativa sobre tecnologias educativas desenvolvidas para o aleitamento materno em RNs prematuros e compreender a importância que essas tecnologias podem agregar ao aumento das taxas de aleitamento materno nesse grupo. Os dados foram pesquisados nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e CINAHL. Os descritores utilizados foram aleitamento materno (breastfeeding), prematuro (infant premature) e tecnologia educacional (educational technology). Nas três bases de dados, foram elencadas 2782 referências, sendo selecionados cinco artigos para análise por atenderem aos critérios de seleção do estudo. Nos artigos selecionados, dois traziam mais de uma tecnologia educativa para o aleitamento materno em prematuros, três especificavam apenas uma tecnologia. Desses, três são ensaios clínicos randomizados, uma pesquisa metodológica e um protocolo clínico. As línguas utilizadas para a publicação dos estudos foram a inglesa (quatro) e a portuguesa (um). A maioria dos trabalhos utilizaram tecnologias direcionadas à mãe ou aos

pais dos recém-nascidos (três), um dos trabalhos foi aplicado aos bebês, e um, aos profissionais de saúde em geral.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno; Prematuro; Tecnologia Educacional.

## ABSTRACT

This study aimed to carry out an integrative review of educational technologies developed for breastfeeding in premature newborns and understand the importance that these technologies can add to the increase in breastfeeding rates in this group. The data were researched in the database of Virtual Health Library, PubMed and CINAHL. The descriptors utilized were breastfeeding, premature and educational technology. In total, in the three databases, they were listed 2782 references, but it was selected five articles for analysis by comply with the study selection criteria. In selected articles, two brought more of an educational technology for breastfeeding in premature infants, and three specified only one technology. Of these three are

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. E-mail: vivi\_mesquita1@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin e da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Docente Adjunta VII da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPQ.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

randomized clinical trials, a methodological research and a clinical protocol. The languages used for the publication of the studies were the English (four) and Portuguese (one). Most of studies used technologies directed to mother or parents of newborns (three), one of the works was applied to babies and one for health professionals in general.

**Keywords:** Breastfeeding; Infant Premature; Educational Technology.

## INTRODUÇÃO

O leite materno é o mais importante alimento para recém-nascidos (RNs) e crianças. Até seis meses de vida, o aleitamento materno (AM) deve ser exclusivo, sendo oferecido como complemento a outros alimentos até dois anos de idade ou mais<sup>(1)</sup>.

Dentre os benefícios do AM para o bebê, estão descritos a redução das taxas de mortalidade infantil e o menor risco de diarreia, infecções respiratórias, alergias, colesterol alto, hipertensão, diabetes e obesidade, além de melhor nutrição e efeitos positivos na inteligência. Além disso, é um momento de intensa interação entre mãe/bebê, fortalecendo os vínculos e trazendo implicações para o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança<sup>(2)</sup>.

Estudos mostram que apesar do Brasil ter aumentado as taxas de AM, ainda se encontram abaixo do que é recomendado pela Organização Mundial de saúde (OMS)<sup>(2)</sup>. Na década de 70, metade das crianças brasileiras havia deixado de receber leite materno antes de completar três meses de idade. Já nos anos 2000, a duração do AM estava próxima de um ano. Em relação à prevalência, esse aumento também é observado no número de crianças, passando de 3,1 das crianças menores de seis meses em AM exclusivo na década de 80 para 38,6 em 2006<sup>(3)</sup>.

Em RNs e bebês prematuros, o AM ganha uma importância ainda maior, visto que são RNs de risco que necessitam de cuidados especiais. O uso do leite materno na alimentação de bebês prematuros está associado à redução do tempo de hospitalização, sepse neonatal, retinopatia da prematuridade, doenças respiratórias e enterocolite necrotizante<sup>(4)</sup>.

Em um estudo acerca do AM em prematuros se constatou que, embora as taxas de AM tenham se mostrado elevadas entre aqueles que nasceram de baixo peso, a queda de prevalência do AM entre os quinze dias após a alta e os seis meses de vida foi maior entre os bebês de baixo peso, quando comparados com os nascidos com peso adequado<sup>(5)</sup>. Esse fato reforça a importância de se desenvolver estratégias para manter a amamentação desses bebês após a alta hospitalar.

Diante dessa realidade, são necessárias estratégias para aumentar as taxas de AM aos níveis recomendados. Tecnologias em saúde têm se mostrado uma importante ferramenta para auxiliar profissionais de saúde a aumentar esses índi-

ces. Elas podem ser divididas em: leve, quando se tratam de relações, acolhimento, gestão de serviços; leve-dura, quando se referem a saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem, e dura, quando envolvem os equipamentos tecnológicos<sup>(6)</sup>.

Pesquisa realizada com puérperas em alojamento conjunto, utilizando um álbum seriado, constatou que, após a intervenção educativa utilizando tecnologia educativa, a autoeficácia materna para o AM aumentou, o que mostra que tecnologias educativas com essa temática podem contribuir para aumentar as taxas de AM no Brasil<sup>(7)</sup>.

Tecnologias educativas sobre AM para RNs prematuros se torna um caminho viável e de baixo custo para melhorar as taxas de AM nesse grupo, o qual poderá se beneficiar dessa prática de maneira especial.

A orientação isolada na alta hospitalar de RNs prematuros identificou que a probabilidade de uma mãe orientada a iniciar o aleitamento materno exclusivo no primeiro mês após a alta hospitalar do bebê foi 5,27 vezes maior em comparação com aquelas orientadas a complementar o aleitamento materno com fórmula láctea<sup>(8)</sup>.

Nesse ínterim, o trabalho tem como objetivo realizar uma revisão integrativa sobre tecnologias educativas desenvolvidas para o aleitamento materno em RNs prematuros e compreender a importância que essas tecnologias podem agregar ao aumento das taxas de aleitamento materno nesse grupo.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, escolhido por ser um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática<sup>(9)</sup>.

Foi organizado seguindo as fases do processo de elaboração da revisão integrativa, as quais são: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação do artigo<sup>(10)</sup>.

Para alcançar o objetivo do trabalho, adotou-se a pergunta norteadora: O que se tem desenvolvido na literatura de tecnologia educativa para aleitamento materno de recém-nascidos prematuros?

Os critérios de inclusão foram trabalhos completos disponíveis eletronicamente na íntegra para acesso, abordagem de alguma tecnologia educativa para aleitamento materno em prematuros e estar publicado em português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram trabalhos duplicados, editoriais, cartas ao editor, artigos de revisão, estudos reflexivos, relatos de caso e trabalhos que não abordassem a temática do estudo.

Os dados foram pesquisados nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Pubmed* e *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Os descritores utilizados foram aleitamento materno (*breastfeeding*), prematuro (*infant premature*) e tecnologia educacional (*educational technology*). Estes foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH).

Os descritores foram utilizados cruzados em três e dois, usando o operador booleano *and* em todos os bancos de dados. Na BVS, a pesquisa realizada encontrou 1518 referências, na Pubmed, 1264, na CINAHL, uma referência. No total, nas três bases de dados, foram elencados 2782 trabalhos, entre os quais 554 estavam disponíveis na íntegra para acesso, 286 abordavam o tema do aleitamento materno em prematuros, 79 eram relatos de caso, um era carta ao editor, e três eram trabalhos duplicados.

Após a leitura do título e dos resumos dos 286 artigos que tratavam de aleitamento materno em prematuros, cinco trabalhos foram selecionados por trazerem algum tipo de tecnologia educativa. Dois deles eram da BVS e três, da Pubmed, um escrito em português e quatro, em inglês. A busca dos artigos ocorreu em setembro de 2015.

Os trabalhos selecionados foram lidos e analisados com o instrumento adaptado de Ursi<sup>(11)</sup>. Foram construídos dois quadros com dados referentes aos artigos, como título, ano de publicação, língua, metodologia, tipo de tecnologia descrita e público alvo das tecnologias.

Após a leitura, os artigos foram analisados e divididos em duas categorias: tecnologias duras e tecnologias leves na promoção do aleitamento materno em prematuros.

## RESULTADOS

Nos artigos selecionados, dois traziam mais de uma tecnologia educativa para o aleitamento materno em prematuros, e três especificavam apenas uma tecnologia. Três eram ensaios clínicos randomizados, um era pesquisa metodológica e um era protocolo clínico (quadro 1).

Quatro artigos foram publicados em inglês e um, em português (quadro 2). Três dos trabalhos utilizaram tecnologias direcionadas à mãe ou aos pais dos RNs, um trabalho foi aplicado aos bebês e o outro aos profissionais de saúde em geral. A prevalência das tecnologias foram tecnologias duras, protocolos clínicos e escalas de avaliação, quatro artigos, seguidas de tecnologias leves, como aconselhamento individual, três artigos (quadro 1).

**Quadro 1.** Apresentação dos artigos segundo título, intervenção/tecnologia, tipo de tecnologia e público alvo da intervenção.

TÍTULO DO ARTIGO	TÍTULO E OBJETIVO(S)	INTERVENÇÃO/TECNOLOGIA	PÚBLICO ALVO DA INTERVENÇÃO
Increasing Breast Milk Production for Premature Infants With a Relaxation/Imagery Audiotape	Áudio e técnicas de relaxamento; aconselhamento individual.	Dura; leve	Mães de bebês prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva neonatal
Randomized Trial of Breastfeeding Support in Very Low-Birth-Weight Infants	Video; aconselhamento individual.	Dura; Leve	Crianças, Pais e mães de prematuros com muito baixo peso ao nascer >1500g.
ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm Infant (340/7 to 366/7 Weeks Gestation) (First Revision June 2011)	Protocolo clínico	Dura	Profissionais médicos que trabalham com recém-nascidos prematuros
The effectiveness of proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial	Aconselhamento individual	Leve	Mães de RNs internados em UTIN
Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral	Instrumento (escala) de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral (seio materno).	Dura	Bebês prematuros

**Quadro 2.** Apresentação dos artigos segundo as bases de dados, país, autor e ano publicação, área de atuação dos autores, idioma e tipo de estudo

BASES DE DADOS	PAÍS	AUTOR/ANO	ÁREA DE ATUAÇÃO DOS AUTORES	IDIOMA	TIPO DE ESTUDO
Pubmed	EUA	Stephen et al., (1989)	Medicina	Inglês	Ensaio Clínico Randomizado
Pubmed	Canadá	Pinelli et al., (2001)	Medicina	Inglês	Ensaio Clínico Randomizado
BVS	EUA	Academia de medicina de Aleitamento Materno (UMA)., (2011)	Medicina	Inglês	Protocolo Clínico
BVS	Escócia	Ericson et al., (2013)	Medicina	Inglês	Ensaio Clínico Randomizado
Pubmed	Brasil	Fujinaga et al., (2013)	Enfermagem	Português	Pesquisa Metodológica

## DISCUSSÃO

### Tecnologias duras na promoção do aleitamento materno

O manejo e a manutenção da lactação são desafios, tanto para as mães de RNs prematuros quanto para os profissionais que atuam com esse público, visto que necessitam de cuidados específicos que os distanciam do contato contínuo com as mães e pela imaturidade da função motora oral<sup>(2)</sup>.

Saberes estruturados, como protocolos e escalas de avaliação, são tecnologias que podem favorecer o AM, tanto em RNs quanto em prematuros, constituindo instrumentos capazes de direcionar o saber/fazer de profissionais, homogeneizando a linguagem e as diretrizes que serão utilizadas com os usuários.

Protocolos clínicos podem ser definidos como recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, em uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica<sup>(12)</sup>. De tal modo, esses instrumentos garantem um melhor enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Apresentam como foco principal a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambiente hospitalar e ambulatorial<sup>(13)</sup>.

O protocolo clínico para amamentação de prematuros limítrofes, compreendidos no artigo como RNs nascidos entre 34

a 37 semanas de gestação, foi desenvolvido pela Academia de Medicina do Aleitamento Materno Americana, com o intuito de estabelecer orientações para os profissionais médicos a procederem diante de problemas que possam interferir no sucesso do AM em RNs prematuros. É um conjunto de diretrizes que se destina a oferecer uma estrutura básica para o manejo da amamentação<sup>(14)</sup>.

As diretrizes desse protocolo enfocam não só o RN, mas também o binômio mãe/bebê e a importância de saber lidar com as dificuldades e anseios que essas mães vivenciam, sejam em ambientes hospitalares ou ambulatoriais.

Como pontos fundamentais do protocolo, vale destacar o contato pele a pele como prática que favorece o AM, fato que já é comprovado pelo método canguru<sup>(15)</sup>. A posição canguru consiste em manter o RN de baixo peso em contato pele a pele, na posição vertical, junto ao peito dos pais ou de outros familiares<sup>(16)</sup>.

Dentre os benefícios do método canguru estão: o aumento do vínculo mãe-filho; a redução do tempo de separação mãe-filho; a melhora na qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo peso; o estímulo ao aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocida-

de e duração; o controle térmico adequado e o favorecimento à estimulação sensorial adequada do RN<sup>(16)</sup>.

Destaca-se ainda a necessidade de que todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados a RNs conheçam e apliquem os dez passos para o sucesso do AM, proposto pela Organização Mundial de Saúde. A partir de práticas e orientações no período pré-natal, esses passos consistem em recomendações que favorecem a amamentação no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho do parto, durante a internação após o parto, nascimento e retorno ao domicílio<sup>(16)</sup>.

Protocolos clínicos como este contribuem para melhorar o manejo do AM em prematuros. Um estudo realizado com enfermeiros que atuam em UTI no Hospital Universitário do Rio de Janeiro constatou que todos os profissionais encontravam alguma dificuldade no manejo do AM, seja na orientação da pega correta, seja na manutenção da lactação para as mães desses bebês<sup>(17)</sup>.

Dentre as tecnologias duras utilizadas nos trabalhos, temos ainda o instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. Esse instrumento é uma importante ferramenta no auxílio da promoção do AM em prematuros e foi desenvolvido para ser utilizado por diversos profissionais, tais como enfermeiros, médicos e fonoaudiólogos. Outro fator relevante do estudo é trazer uma avaliação ampla, utilizando diversos fatores como o estado de consciência, as habilidades motoras orais e os aspectos da sucção do prematuro<sup>(18)</sup>.

O instrumento consiste em uma escala de avaliação que utiliza como critérios o comportamento dos bebês prematuros ao seio materno, sendo utilizado como prática de avaliação da eficácia da amamentação dos bebês, e a técnica da translactação, sendo os bebês colocados ao seio materno quinze minutos antes da alimentação por sonda.

A acurácia global do instrumento foi de 74,38%, sendo ainda o primeiro a avaliar critérios objetivos para avaliar a prontidão do prematuro para iniciar a alimentação ao seio materno.

Tendo em vista que, na prática clínica, profissionais de saúde (como médicos, enfermeiros e fonoaudiólogos) têm dificuldade para estabelecer o momento adequado para iniciar a alimentação dos prematuros no seio materno, o instrumento é uma importante tecnologia que pode ser utilizada por diversos profissionais com o intuito de favorecer o início precoce do AM em prematuros, propiciando o vínculo mãe/bebê e todos os benefícios comprovados do AM<sup>(18)</sup>.

Percebe-se que tecnologias duras como as trabalhadas nos artigos encontrados são instrumentos capazes de melhorar as taxas de AM em RNs prematuros e podem ser adotadas e praticadas de acordo com cada realidade vivenciada, sendo importantes ferramentas de auxílio ao AM.

### **Tecnologias leves na promoção do aleitamento materno**

Pode-se conceituar tecnologias leves em saúde como aquelas que são decorrentes das relações do acolhimento e da ges-

tão dos serviços<sup>(6)</sup>. Assim, esse tipo de tecnologia apresenta recursos tecnológicos praticamente inesgotáveis, pois fica centrado no trabalho vivo, que, enquanto tecnologia leve, desenvolve um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar<sup>(19)</sup>.

Dentre as tecnologias leves que podem ser utilizadas para a promoção do AM, encontramos um trabalho desenvolvido na Escócia que tem como finalidade avaliar o suporte telefônico proativo oferecido às mães de recém-nascidos prematuros. O objetivo é avaliar a proporção do aleitamento materno e a satisfação das mães incluídas no estudo.

Será um estudo clínico randomizado, com mães de RNs prematuros que serão selecionadas em quatro hospitais de municípios diferentes da Escócia. Em um grupo, será oferecido o suporte telefônico proativo, com ligações para as mães durante quatorze dias após a alta hospitalar, disponibilizando informações sobre o manejo do AM e esclarecendo possíveis dúvidas. Para o outro grupo controle, será oferecido o suporte telefônico reativo onde as mães podem ligar para uma equipe especializada até quatorze dias após a alta hospitalar<sup>(20)</sup>.

Dois estudos trazem tecnologia leve associada a tecnologia dura para a promoção do aleitamento materno. Um estudo randomizado que apoia a amamentação a pais de bebês de muito baixo peso ao nascer (<1500g), realizado no Canadá em 2001, não mostrou significância estatística em relação às taxas de aleitamento materno para o grupo que recebeu a intervenção de aconselhamento em amamentação (SSBC) em comparação com o suporte convencional hospitalar de amamentação (CHBS)<sup>(21)</sup>.

O trabalho do SSBC foi ver um vídeo em AM para RNs prematuros; realizar aconselhamento individual pelo consultor de lactação; fazer investigação semanal; manter contato pessoal no hospital, o qual pode ser frequente no primeiro ano do lactente ou até que a amamentação seja descontinuada. Ao grupo CHBS foi oferecido apoio padrão à amamentação pelos membros regulares da equipe responsável para o período de internação na UTI<sup>(21)</sup>. Nesse estudo, o aconselhamento em amamentação a longo prazo de pais de prematuros que apresentam muito baixo peso ao nascer não demonstrou uma diferença significativa na duração do AM.

Esses resultados podem ter ocorrido pela alta motivação que as mães de ambos os grupos da pesquisa apresentavam para a amamentação, por ser uma população homogênea em relação a determinantes sócio-econômicos e pela facilidade de serem contatadas após a alta hospitalar para o acompanhamento e aconselhamento individual<sup>(21)</sup>.

Outra tecnologia que associa tecnologia leve a tecnologia dura descrita foi a técnica de relaxamento e imaginação visual para mães de RNs internados em UTIN por meio de áudios gravados em fitas cassete, acompanhados do aconselhamento individual. A pesquisa evidenciou que houve um aumento significativo na produção do leite e no teor de gordura nas mães

que foram submetidas às técnicas de relaxamento durante 20 minutos por um mês<sup>(22)</sup>.

Na fisiologia da lactação, a secreção e a ejeção do leite são reguladas por fatores neurais, endócrinos e psíquicos, estando diretamente ligadas ao estado emocional da mãe<sup>(23)</sup>.

Nesse processo, a prolactina é responsável pela produção de leite nos alvéolos, por meio da liberação de reflexos desencadeados pela sucção. Já a ocitocina, responsável pela ejeção do leite, é liberada por reflexos somato-psíquicos: sucção ao seio e estado emocional da mãe<sup>(16)</sup>. Se a mãe for exposta a algum fator estressante, ela poderá ter insuficiente produção de ocitocina e, conseqüentemente, diminuição da produção de leite.

Percebe-se que tecnologias leves, como o aconselhamento individual, são instrumentos de fácil aplicação, que deveriam fazer parte do processo de cuidado de todos os profissionais ligados ao cuidado em saúde. Sendo constituídos por saberes e relações, podem e devem ser adotados como uma forma de favorecer o AM em RNs prematuros.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção a Saúde do Recém-nascido: Guia para profissionais de saúde. Brasília (DF): MS; 2012.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): MS; 2009.
3. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Secular trends in breastfeeding in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2013 Dec; 47(6): 1205-8.
4. Pineda R. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. *Breastfeed Med*. 2010 Feb; 6(1): 15-9.
5. Sassá AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashe IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: Aleitamento materno e evolução ponderal. *Rev. bras enfermagem*. 2014 Jul-Ago; 67(4): 594-600.
6. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
7. Dodt RCM, Ferreira AMV, Nascimento LA, Macêdo AC, Joventino ES, Ximenes, LB. Influence of health education strategy mediated by a Self-efficacy breastfeeding serial album. *Rev. Text Context. Nursing*. 2013 Jul-Set; 22(3): 610-8.
8. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev. HCPA*. 2013 Mar-Abr; 1(33): 40-9.
9. Sousa MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: O que é e como fazer. *einstein*. 2010; 8(1): 102-6.
10. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Rev Nurs Health*. 1987 Feb; 10(1): 1-11.
11. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Enfermagem Fundamental; 2005.
12. Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional. Porto Alegre (RS): MS; 2008.
13. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organizações do serviço. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
14. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee. ABM clinical protocol #10: breastfeeding the late preterm infant (34 0/7 to 36 6/7 weeks gestation). *Breastfeed Med*. 2011 Jun; 6(3): 151-156.
15. Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2010 mar;31(1):48-54.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Brasília (DF): MS; 2011.
17. Baptista SS, Alves VH, Souza RMP, Rodrigues DP, Barbosa MTSR, Vargas GSA. Lactação em mulheres com bebês prematuros: reconstruindo a assistência de Enfermagem. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (online). 2013 Jul-Set; 6(3): 1036-46.
18. Fuginaga CI, Moraes SA, Amorim NEZ, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013 Jan-Fev; 21(spe): 140-5.
19. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo (SP): Xamã; 1998. p. 103-20.
20. Ericson J, Eriksson M, Hellstrom-Westas L, Hagberg L, Hoddinott P, Flacking R. The effectiveness of proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 2013 May; 13(73): 1-9.
21. Pinelli J, Atkinson SA, Saigal S. Randomized trial of breastfeeding support in very low-birth-weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 May; 155(5): 548-53.
22. Feher SD, Berger LR, Johnson JD, Wilde JB. Increasing breast milk production for premature infants with a relaxation/imagery audiotape. *Pediatrics*. 1989 Jan; 83(1): 57-60.
23. Carvalho MR, Tavares LAM. Amamentação: bases científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou que a produção de tecnologias em saúde voltadas para a promoção do AM em prematuros ainda é escassa, sendo que a maioria delas foram desenvolvidas fora do Brasil. Há a prevalência do uso de tecnologias duras, como protocolos clínicos e escalas de avaliação, e não foi encontrada nenhuma tecnologia leve-dura.

A maioria dos estudos foram desenvolvidos por profissionais médicos, sendo só duas pesquisas desenvolvidas por enfermeiros, o que reforça a necessidade de que esses profissionais que estão diretamente ligados aos cuidados de RNs prematuros desenvolvam mais pesquisas com essa temática.

É perceptível que instrumentos que possam contribuir para melhorar a adesão e o prolongamento do AM em prematuros são de fundamental importância para auxiliar na prática clínica dos profissionais ligados ao cuidado desse público. Sendo assim, faz-se necessário que tecnologias educativas para esse fim sejam utilizadas como ferramentas para o cuidado, bem como sejam desenvolvidas mais pesquisas adaptadas à realidade nacional.

Recebido em: 07.01.2016

Approved em: 17.01.2016

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E IDENTIDADE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: EVIDÊNCIAS À LUZ DA LITERATURA

SOCIAL REPRESENTATIONS AND IDENTITY OF NURSING PROFESSIONALS: EVIDENCE IN THE LIGHT OF THE LITERATURE

Artigo de Revisão

Rayanne Branco dos Santos<sup>1</sup>

Maria Socorro de Araújo Dias<sup>2</sup>

Alexandro do Vale Silva<sup>3</sup>

Diógenes Farias Gomes<sup>3</sup>

Maria da Conceição Coelho Brito<sup>4</sup>

## RESUMO

Objetivou-se analisar a produção científica acerca das representações sociais na construção da identidade do profissional enfermeiro. As bases de dados escolhidas foram a LILACS e a BVS. Realizou-se o cruzamento das palavras-chaves "representações sociais" e "identidade profissional" e o descritor "enfermagem". Foram incluídos artigos originais disponíveis na íntegra e redigidos na língua portuguesa. Das publicações encontradas, entre os anos de 2010 a 2015, selecionou-se quatro estudos para constituir a amostra, os quais foram embasados na análise de conteúdo. O estudo demonstrou as abordagens que se assemelham visando explicar as representações sociais da construção da identidade do enfermeiro em diferentes contextos. Evidenciou-se que a enfermagem possui dificuldade na execução de sua autonomia, sendo este uma limitação da atuação deste profissional, gerando crises de identidade. Diante disso, a literatura instiga a discussão da identidade do enfermeiro

e as representações sociais deste para a sociedade e para o próprio profissional da área.

**Palavras-chave:** Educação em Enfermagem; Pesquisa em Educação de Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the scientific production about the Social Representations of Identity in the Construction Professional Nurse do. Selected as Data bases Were one Latin American Literature on Health Sciences (LILACS) and the Virtual Health Library (VHL). There was the crossing of keywords "social representations" and "Professional Identity" and Descriptor "nursing". As we used the criteria for inclusion Articles Available documents in full and what were written in Portuguese. Publications totals do found, among OS 2010, one in 2015, selected the Were 4 STUDIES paragraph constitute

<sup>1</sup> Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista de Iniciação Científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família pela UFC.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela UFC.

a search, The What Were analyzed grounded on content analysis. The study demonstrated a diversity of approaches What resemble the attempt to explain a Complexity of Social Representations Construction of Nurse Identity in Different Realities: Historical, Social, Cultural, and everyday individuals. Evidenced a nursing que today STILL HAVE difficulty in Executions YOUR Autonomy without work sites, This being hum limiting factor of this Professional Performance, Generating crises of identity. Therefore, the literature Instiga the need to discuss a nurse and social representations of identity as a society and this Pará FOR OWN Professional Area.

**Keywords:** Education; Nursing; Nursing Education Research; Nurse's Role.

## INTRODUÇÃO

Intensas transformações incidem no setor saúde com o decorrer dos anos e o avançar tecnológico, o que influencia no papel a ser desempenhado pelo profissional enfermeiro. Este passou a ter como responsabilidade ações interdisciplinares, com novas práticas de abordagem generalista, crítico-reflexiva, e profissionais capazes de reorganizar o processo de trabalho, operacionalizar o SUS e realizar ações interventivas concretas para a população, conforme suas necessidades<sup>(1,2)</sup>.

Isso provoca que as universidades sejam constantemente solicitadas a enfrentar novos desafios e mudanças. Nesse sentido, as orientações atuais para os cursos consistem em buscar caminhos que consolidem projetos pedagógicos coerentes com os avanços tecnológicos e científicos, ou seja, capacitar profissionais para cumprir os desafios da modernidade, sem perder de vista as perspectivas de uma educação/ensino<sup>(3)</sup>.

No entanto, o crescimento do número de cursos de Enfermagem no País tem se configurado como importante desafio para o setor educacional. Nos últimos seis anos, o número de cursos de graduação em Enfermagem apresentou um crescimento de 218%, passando para 582 cursos, onde 18% correspondem a instituições federais e 82% a instituições privadas<sup>(4)</sup>.

Surgem, então, questionamentos sobre a formação do enfermeiro, e de como esse processo formativo colabora para a construção do ideário de profissional pelo discente. Essa reflexão se sustenta na premissa de que alguns aspectos referentes à imagem da Enfermagem como profissão histórica e socialmente construída influenciam nas escolhas e no comportamento dos profissionais enfermeiros, afetando a percepção que esses sujeitos têm de si e dos papéis que assumem na sociedade<sup>(4)</sup>.

As representações sociais vão se tecendo no decorrer da formação do enfermeiro. Estas são associadas ao imaginário quando o enfoque repousa sobre o caráter simbólico da atividade representativa de sujeitos que se envolvem em uma mesma condição ou experiência social: de modo que manifestam em suas representações o sentido que dão as suas vivências no mundo social, servindo-se dos sistemas de códigos e interpretações fornecidos pela sociedade e projetando valores e aspirações sociais<sup>(5)</sup>. Essas representações são formadas enquanto

discentes de graduação e daí a necessidade de entendê-las a fim de compreender como estas representações têm contribuído e interferido na prática do profissional já graduado.

Semelhantemente, compreender a identidade profissional do enfermeiro também é relevante neste contexto. Esta foi e vem sendo construída a partir de vários aspectos, entre eles a relação da área com a sociedade em termos de seu papel assistencial, educativo, científico, social e político<sup>(6)</sup>. Existem múltiplos fatores que podem conduzir à construção de uma determinada identidade profissional, no qual um dos mais relevantes tem que ver com os processos de socialização iniciados logo nas instituições de formação de base e o nível de aceitação por parte dos indivíduos dessa normatividade<sup>(7)</sup>.

Assim as identidades profissionais vão se definindo e redefinindo. A construção da identidade profissional do enfermeiro é um movimento dinâmico, que faz parte de um contexto sociocultural, histórico e econômico, que envolve mudanças estruturais, como processos centrais na forma de agir e pensar de uma sociedade<sup>(8,9)</sup>.

Deste modo, as representações sociais e a identidade profissional vão sendo formadas a partir das vivências acadêmicas, sendo necessário conhecê-las a fim de compreender como os discentes veem a profissão e quais os reflexos desta visão na atuação profissional. Essa compreensão individual é importante para o processo de construção dos traços que irão definir a identidade coletiva na forma da identidade profissional.

Instigados a pensar sobre as representações sociais na construção da identidade do enfermeiro diante da diversidade de cursos e com a ampliação da atuação deste profissional, é que o estudo objetiva analisar a produção científica na literatura no tocante às representações sociais presentes na construção da identidade do enfermeiro.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura que tem por finalidade buscar, sintetizar e avaliar evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento na temática. O estudo percorreu os seguintes passos: definição do tema e questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos principais resultados e a elaboração do documento que contempla todas essas fases<sup>(10)</sup>.

Para a busca utilizou as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Nestas realizou-se o cruzamento das palavras-chave "representações sociais", "identidade profissional" com o descritor "enfermagem". Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados e disponíveis na íntegra, cujo idioma fosse o português, e que trouxessem em seu conteúdo relações entre representações sociais da enfermagem atrelado a identidade profissional

desta categoria. Buscou-se artigos publicados no período de 2005 e 2015. Excluiu-se artigos duplicados, teses, dissertações e artigos que estavam presentes em mais de uma base de dados.

O levantamento bibliográfico possibilitou identificar uma amostra de 4 artigos que atendiam os critérios de inclusão. Uma vez selecionados, cada um dos estudos foi devidamente lido na íntegra. Com o objetivo de responder a questão norteadora da revisão, foi elaborado um instrumento de coleta de dados formado de título, tipo de estudo, ano de publicação, objetivo da pesquisa e resultados mais relevantes. Em seguida, os dados foram organizados em tabelas.

A etapa analítica dos dados foi subsidiada na análise de conteúdo de Minayo. A discussão das categorias de análise foi subsidiada à luz da literatura atual que versa sobre a temática.

## RESULTADOS

Para a realização desta revisão, encontrou-se inicialmente 6 publicações na base de dados BVS, 4 na base de dados LILACS e 4 na base de dados SCIELO, totalizando 10 publicações. Destas excluiu-se artigos duplicados, teses, e artigos presentes em mais de uma base de dados, restando uma amostra de 4 artigos. Na tabela 1 estão dispostos os resultados encontrados nas bases de dados BVS, LILACS e SCIELO e os motivos de inclusão e exclusão.

**Quadro 1.** Artigos encontrados e selecionados nas bases de dados acerca das representações sociais e a identidade profissional da enfermagem, Sobral-CE 2015.

BASE DE DADOS	PUBLICAÇÕES ENCONTRADAS	MOTIVOS DE INCLUSÃO	ARTIGOS SELECIONADOS
BVS	06	Exclui-se 4 teses	02
LILACS	04	Excluiu-se 4 teses	00
SCIELO	04	Excluiu-se 01 artigo duplicado e 01 tese	02

Verificou-se que os artigos encontrados eram oriundos de periódicos específicos que tratam da área da enfermagem, e que estes foram publicados entre os anos de 2005 e 2010, sendo dois em 2005, um em 2006 e um em 2010. Ressalta-se que os periódicos escolhidos pelos autores dos artigos selecionados apresentaram Qualis A, no que se refere a estratificação da qualidade dos periódicos, e de revistas oriundas do sudeste e sul do Brasil, conforme sinaliza o quadro 2.

Quanto ao delineamentos dos artigos verificou-se que estes foram frutos de pesquisas conduzidos por enfermeiros inseridos em Programas de Pós-graduação, sendo dois frutos de teses e dois de dissertações. Em relação às abordagens utilizadas, evidenciou-se dois artigos com abordagem qualitativa, um com abordagem quantitativa e um com abordagem quantitativa-qualitativa, também sinalizadas no quadro 2.

**Quadro 2.** Apresentação dos artigos por periódico, Qualis e ano de publicação, Sobral-CE, 2015.

TÍTULO	ABORDAGEM	PERIÓDICO	QUALIS	ANO DE PUBLIC.
Representações sociais de discentes de graduação em enfermagem sobre "ser enfermeiro".	Quantitativa-qualitativa	Revista Brasileira de Enfermagem	A2	2010
A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira.	Qualitativa	Texto & Contexto Enfermagem	A2	2006
A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública.	Quantitativa	Revista Brasileira de Enfermagem	A2	2005
A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: Um estudo de representações sociais.	Qualitativa	Revista Latino Americana de Enfermagem	A1	2005

## DISCUSSÕES

Após a leitura na íntegra dos 4 artigos foi possível identificar duas categorias: Representações sociais da enfermagem e seus reflexos históricos e Construção da identidade profissional e as interferências da autonomia.

### Representações Sociais da enfermagem e seus reflexos históricos

Historicamente a enfermagem tem suas raízes firmadas na assistência baseada no cuidado e na submissão. Desde o surgimento da profissão por meio de Florence Nightingale, as necessidades dos indigentes, desenganados e desamparados, instigavam o cuidar e este passou a constituir uma motivação para as mulheres da época de Florence.<sup>(4)</sup> Assim, os artigos analisados<sup>(1,4)</sup> afirmam que as representações sociais atuais acerca da identidade profissional do enfermeiro repousam sobre as influências de Florence e da criação da enfermagem.

Existe uma visão machista de visualizar a enfermagem como uma profissão de submissão feminina, sendo esta submissão feita principalmente à categoria médica<sup>(6)</sup>. Com o nascimento do cristianismo e a visão político-ideológica da Igreja o exercício de práticas curativas pelas mulheres, que na época eram chamadas de curandeiras, passou a ser perseguido. As mulheres, responsáveis pelo cuidado, passaram, então, a ser vistas como bruxas e perseguidas pelos tribunais da Santa Inquisição, sendo queimadas em praça pública. Nesta época as práticas executadas pelas curandeiras e parteiras foram proibidas e começaram a surgir os médicos diplomados, chamados de médicos reguladores. Todo este contexto exerce influência nas representações sociais da atualidade as quais se inserem na formação da identidade do enfermeiro.

Percebe-se a questão de gênero como fator intrínseco das representações sociais na construção da identidade do enfermeiro, visto ser a enfermagem em sua fundação exercida por mulheres e por na atualidade a maioria dos profissionais ser do sexo feminino. Pelo fato de ser esta uma profissão que vislumbra o cuidar,

o amor como um instinto maternal, faz-se referência ao sexo feminino, por ser este naturalmente o mais<sup>(4)</sup>. Em contrapartida, a discussão da questão de gênero na enfermagem não deve ser assumida como algo natural, mas que foi construída socialmente. Dessa forma, existe uma relação de proximidade entre o sentido de uma sociedade dirigida essencialmente por homens e uma atividade profissional constituída maioritariamente por mulheres. O que se percebe é que as mulheres que se tornaram enfermeiras, embora algumas delas, conseguissem ascender socialmente, foi na realidade o resultado de um entendimento patriarcal da sociedade que olhava para as mulheres como meros elementos que podiam exercer no domínio público atividades desenvolvidas na dimensão privada<sup>(7)</sup>.

Infelizmente há uma prática habitual da população de caracterizar como enfermeira qualquer pessoa vestida de branco que esteja atendendo nas instituições de saúde, se não for o profissional médico. Essa prática certamente apresenta reflexos nas representações, na identidade e na auto(des)valorização dos profissionais de enfermagem acerca de seu trabalho e função social<sup>(9)</sup>.

Outro ponto importante elucidado pelos artigos (1 e 4) foram as questões religiosas e espirituais que acompanham a profissão desde sua criação até a atualidade. Florence recebeu toda a sua formação em instituição religiosa, além do mais, teve uma vivência religiosa significativa, tendo feito da enfermagem uma missão<sup>(4)</sup>.

A década de 1980 foi chamada de “a década do cuidar”, na qual a enfermagem visava proporcionar ao paciente melhorias assistenciais, contribuindo para este fosse corresponsável pela sua recuperação<sup>(11)</sup>. Com o intuito da implementação do “cuidar”, foram instituídos os instrumentos de mensuração do bem-estar espiritual, baseados no conceito de espiritualidade, envolvendo um componente vertical, o religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e outro componente horizontal, o existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida).

Deste modo, evidenciou-se que a literatura mostra que as representações sociais que a enfermagem tem de

si hoje, são reflexos da história e da criação da profissão que tem como principal referencial Florence Nightingale.

### **Construção da identidade profissional e as interferências da autonomia**

A enfermagem dialoga com outras profissões da área da saúde e apresenta uma identidade que lhe é própria a partir de seus saberes, de sua história, de seu processo de construção social e cultural no campo da assistência à saúde das pessoas, de grupos e da sociedade. Como uma forma de identidade coletiva, a identidade profissional é uma exigência da vida em sociedade<sup>(12)</sup>.

O artigo 2 apresentou os dados de uma pesquisa que relatou a construção da identidade passando por três etapas: a visão do aluno que presta vestibular para enfermagem, o momento de graduação e a ótica do profissional de enfermagem. Este estudo evidenciou que antes de emergir na faculdade os adolescentes tem um sonho e que a faculdade é vista como algo a se realizar. Já como graduando, o discente percebe que é preciso seguir regras e obedecer a ordens, que existe uma hierarquia dentro dos serviços e que a profissão nem sempre é autônoma. Ao chegar à vida profissional o sonho de adolescente se desmorona, pois parece que a categoria da enfermagem não apresenta reconhecimento como as demais, bem como não tem autonomia e os profissionais tornam-se insatisfeitos<sup>(9)</sup>. O entendimento dessa trajetória é de fundamental importância para a compreensão dos fatores que desencadeiam a origem da categoria profissional e também permite elencar elementos que permitam uma valorização desse coletivo.

Verifica-se com isso que a autonomia e o reconhecimento profissional são fatores que interferem na construção da identidade da enfermagem, uma vez que os profissionais se sentem indispensáveis para o funcionamento de um serviço, mas não são vistos como tal, nem pela sociedade, nem pelos gestores.

O artigo 4 sinaliza que a enfermagem possui contradições internas em seu saber/fazer, como a assistência de enfermagem que não é prestada exclusivamente pelos enfermeiros, a dificuldade em mensurar mercado-

logicamente sua força de trabalho e as inúmeras atividades desenvolvidas que nem sempre possuem relação com a enfermagem ou com o cliente, situações essas que se apresentam como base para um cotidiano conflitante e, às vezes, frustrantes para os profissionais<sup>(13)</sup>.

Tais afirmações revelam que a identidade do enfermeiro é dinâmica e que ainda enfrenta desafios em sua construção. A identidade do enfermeiro faz parte de um contexto sociocultural, histórico e econômico, que envolve mudanças estruturais, como processos centrais na forma de agir e pensar de uma sociedade<sup>(9)</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio do estudo em questão, pode-se evidenciar que a associação entre representações sociais e identidade profissional ainda se encontra em ascendência na literatura. Contudo, as informações já existentes revelam o desafio do setor educacional advindo do crescente número de faculdades de enfermagem no país atrelado a necessidade de se compreender como esses graduandos estão visualizando a profissão e como estão construindo a identidade profissional.

O estudo mostrou que a enfermagem atual tem suas representações sociais embasadas no cuidado, mas neste cuidado prestado sem remuneração financeira. As questões de gênero também influenciam a profissão, visto ser esta tida como uma profissão feminina, tanto pelo lado de cuidado materno, quanto pela submissão.

Quanto a identidade profissional, salienta-se a dificuldade dos profissionais em exercer autonomia e de sentirem realizados enquanto enfermeiros, posto que esta ainda enfrenta contradições internas, tentando mensurar o que lhe é próprio.

Diante disso, recomenda-se mais estudos acerca da temática, a fim de contribuir com a construção da identidade do enfermeiro, e deste modo revelar novas representações sociais tanto dos profissionais que fazem parte da profissão, quanto da sociedade em geral.

## REFERÊNCIAS

---

1. Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispoe sobre as condicoes para a promocao, protecao e recuperacao da saude, a organizacao e o funcionamento dos servicos correspondentes e da outras providencias. Diario Oficial da Republica Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasilia (DF); 20 set. 1990. Secao1.
2. Ávila VA, Amestoy SM, Porto AR, Thofehr MB, Trindade LL, Figueira AB. 2012. Visão dos docentes de enfermagem sobre a formação de enfermeiros-líderes. *Cogitareenferm*. 2012; 17(4): 621-7.
3. Opitz SP, Martins JT, Telles Filho PCP, Silva AEBC, Teixeira TCA. O currículo integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008 jun;29(2):314-9.
4. Brito AMR, Brito MJM, Gazzinelli MFC, Montenegro LC. Representações sociais de discentes de graduação em enfermagem sobre "ser enfermeiro". *RevBrasEnferm*. 2010; 64(3): 527-35.
5. Alves-Mazzotti AJ. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras*. 2008; 1(1):18-43.
6. Padilha MICS, Vaghetti HH, Brodersen G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. *RevEnferm UERJ*. [internet]. jun. 2006 [acesso em: 20 outubro 2015]; 14(2):292-300. Disponível em :<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php>.
7. Henriques HMG. Formação, sociedade e identidade profissional dos enfermeiros. Coimbra. Tese [doutorado em Ciências da Educação] – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2011.
8. Dubar C. A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
9. Oliveira BGRB. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade Profissional da enfermeira. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(1): 60-7.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
11. Oliveira FF, Franzili RTV. Espiritualidade: seu significado no contexto do acadêmico de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba*. 2012;1(2); 61-72.
12. Bellaguarda MLR, Padilha MI, Pereira Neto AF, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliotfreidson. *Esc Anna Nery* (impr.) 2013; abr - jun; 17 (2):369 - 374
13. Gomes AMT, Oliveira DC. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro; 13(6):1011-8.

---

Recebido em: 10.02.2016

Aprovado em: 20.02.2016

# ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL



2016



**Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho**

Presidente do Coren-CE  
 Enfermeiro do Instituto Dr. Jose Frota e da  
 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

**P**rezados Profissionais de Enfermagem, é com muita alegria que trazemos a primeira edição trimestral/2016 da Revista Tendências da Enfermagem Profissional - Retep.

Neste ano, conforme compromisso assumido com a categoria, o Conselho Regional de Enfermagem intensificou suas ações fiscalizatórias através do Departamento de Fiscalização (Defis) em parceria com Ministério Público do Ceará e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB Ceará). O resultado vem trazendo saldo positivo com vários municípios notificados pela justiça a seguir normas e obedecer a regulamentação dos profissionais de Enfermagem.

Outra grande bandeira que levantamos em defesa da nossa profissão é a campanha lançada pelo Conselho Federal contrário ao ensino à distância na formação de profissionais de Enfermagem, tanto no ensino superior como nível técnico. Entendemos que a modalidade EaD é inadequada à formação teórico-prática de profissionais que lidam diretamente com a vida humana.

O primeiro trimestre trouxe uma grande alegria. Na realidade um marco profissional com a comemoração dos 40 anos de fundação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Momento de relembrar o pioneirismo da professora Doutora Maria Grasiela Tei-

xeira Barroso. Um ícone da Enfermagem, responsável pela implantação dos Cursos de Graduação, Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFC.

O projeto Coren móvel também tem realizado ações mensais na capital e interior e até o final do ano deve percorrer todas as regiões do Ceará, levando atendimento descentralizado aos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem. O *motohome* do Coren dispõe dos serviços de atualização cadastral, negociação de débitos, emissão de boletos, emissão de certidões, orientações referentes à profissão, entrega de material informativo.

Aproveitamos para lembrar aos profissionais de Enfermagem sobre a renovação da carteira de identidade profissional. Para requerer a substituição da carteira, o profissional deverá regularizar sua situação cadastral junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Ceará.

Estamos trabalhando para oferecer um Conselho cada vez mais próximo dos profissionais em uma gestão aberta e transparente. Visite seu Conselho. Se precisar falar diretamente com a gente, ligue (85) 3105.7866.

E que as coisas boas aconteçam em 2016!  
 Um grande abraço! ●

# JUSTIÇA OBRIGA MUNICÍPIOS A ATENDER AS RECOMENDAÇÕES DO COREN-CE



## FISCALIZAÇÃO



# Coren<sup>CE</sup>

Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

**O** Conselho Regional de Enfermagem do Ceará tem conseguido vitórias importantes na Justiça, com relação à presença de Profissionais Enfermeiros em todos os horários de funcionamento das unidades de saúde.

A Lei Federal N 7498/86 determina que o trabalho de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem seja supervisionado por um enfermeiro, e a justiça federal vem confirmando nos tribunais esta obrigatoriedade, exigindo que as Empresas e Instituições de Saúde contratem enfermeiros para o acompanhamento, avaliação e supervisão das atividades de Enfermagem.

As últimas conquistas do Coren-CE em relação a essa matéria, foram nos municípios de Saboeiro, Ipaporanga, Jaguarana, Umari e Crato, denotando a eficiência no trabalho do Departamento de Fiscalização do Conselho e da Procuradoria Jurídica, apoiados pelo Plenário da Autarquia.

A determinação da Justiça foi acatada em todos os municípios notificados. Denúncias podem ser feitas através do site: [www.coren-ce.org.br](http://www.coren-ce.org.br) no link da Ouvidoria. ●

## FISCALIZAÇÃO VISITA VALE DO JAGUARIBE NO CEARÁ



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará através do Defis – Departamento de Fiscalização intensifica suas ações em 2016, nos municípios do interior do Estado. A fiscalização cobre o Vale do Jaguaribe com visita às unidades de saúde em parceria com o Ministério Público do Ceará.

Segundo Mitz Feitoza, gerente das Subseções do Coren-CE, a fiscalização contínua busca evitar, que leigos exerçam a profissão e garantir o espaço para aqueles que têm capacidade para exercer a enfermagem, tendo, inclusive, autoridade para aplicar sanções disciplinares aos integrantes da classe, considerados faltosos com os deveres da profissão. O registro profissional é obrigatório. Sem ele não é possível trabalhar na área da Enfermagem. Atuar na área sem registro é estar em exercício ilegal da profissão.

Através dos atos de disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, o COREN-CE busca valorizar os profissionais de enfermagem e proteger os interesses sociais, resguardando, principalmente, os princípios éticos inerentes à classe.

Por outro lado, a fiscalização do Coren protege e ampara os profissionais de Enfermagem, na defesa dos seus direitos. Quando as unidades, ou gestores agem em desacordo com a lei, o Coren apura, denuncia e tem garantido o cumprimento legal das prerrogativas da profissão.

Quem precisar de uma fiscalização na sua unidade de trabalho, pode contar com o auxílio do Coren-CE. A ouvidoria do Conselho Regional de Enfermagem dispõe de um *link* direto, acompanhado e auditado pelo Conselho Federal de Enfermagem. É fácil acessar na página [www.coren-ce.org.br](http://www.coren-ce.org.br) ou [www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br) ●

# MINISTÉRIO PÚBLICO NÃO ATENDE SOLICITAÇÃO DO COREN-CE CONTRA EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO



O presidente do Conselho Regional de Enfermagem (Coren-CE), Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, em ofício à promotoria de Justiça da Comarca de Uruburetama, informou que a Prefeitura Municipal do referido município, através do edital N° 001/2016, ofereceu vaga em concurso para profissional de Enfermagem no valor de R\$1.400,00 (hum mil e quatrocentos reais) para uma carga horária de 40hs, destacando que o valor era inferior aos salários atribuídos aos demais profissionais de nível superior, contrariando o art. 7º da Constituição Federal.

Em resposta ao Coren-CE, o promotor de Justiça, Marlon Welter oficiou que após reuniões entre o Ministério Público, Sindicato dos servidores públicos e os Poderes Legislativo e Executivo de Uruburetama, constatou-se que “o instrumento regulador do concurso atende às exigências legais, posto que a Prefeitura Municipal de Uruburetama alegou juridicamente a impossibilidade financeira de oferecer um salário maior”.



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará entende que situações vexatórias como essa, lamentavelmente tendem a continuar enquanto não houver aprovação do PL 459/2015, que dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico e Auxiliar de Enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem e os Conselhos Regionais de todo o País, continuam na luta pela valorização da Enfermagem e dos profissionais. Acompanhem no site do Coren-CE [www.coren-ce.org.br](http://www.coren-ce.org.br), todo o processo pela aprovação do piso salarial e a carga de 30 horas para a Enfermagem. ●

# COFEN LANÇA CAMPANHA CONTRA FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM POR EAD

**UMA PROFISSÃO QUE LIDA COM A VIDA NÃO PODE SER ENSINADA À DISTÂNCIA.**

**FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM, SOMENTE COM ENSINO PRESENCIAL. O COFEN chama a sociedade para fazer parte dessa luta.**

Trabalhar com enfermagem exige muito mais do que conhecimento. Exige uma prática que não se desenvolve com aulas presenciais e professoras sempre presentes ao seu lado. É por isso que o COFEN apoia todas as iniciativas que buscam melhorar a qualidade dos cursos de enfermagem e valorizar cada vez mais a profissão. A discussão já chegou no Congresso Nacional e a sua opinião pode fazer a diferença.

Esta luta também é sua. Participe em: <https://www.facebook.com/associaoenfermagem>

**Cofen**  
Conselho Nacional de Enfermagem

www.cofen.gov.br

O Cofen lançou no mês de fevereiro, campanha publicitária de combate à formação de profissionais de Enfermagem pelo ensino a distância. A campanha será veiculada em revista nacionais (Época e Carta Capital), de bordo (GOL, TAM, Avianca e Magazine Azul) e segmentadas (Nursing), além de portais e redes sociais, ressaltando a importância do contato com os pacientes, que deve permear a formação profissional.

“A Enfermagem exige habilidades teórico-práticas que não podem ser desenvolvidas sem o contato direto com o ser humano”, afirma o presidente do Cofen, Manoel Neri. “Estão formando profissionais precários em um mercado saturado. É preciso questionar a quem interessa essa formação”.

Desde 2011, todos os conselhos profissionais têm posição contrária à formação por EaD na área de Saúde. O Cofen propôs o Projeto de Lei 2891/2015, que

proíbe a graduação de enfermeiros e formação de técnicos na modalidade EaD. Apresentado pelo deputado Orlando Silva (PC do B – SP), o projeto já recebeu parecer favorável da comissão de educação.

A situação do ensino à distância de Enfermagem no Brasil é estarrecedora. A operação EaD, realizada pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais, com visita in loco a 315 polos de apoio presencial dos cursos, constatou a ausência de infraestrutura e condições de ensino. Sem laboratórios, biblioteca ou condições mínimas de apoio, a maioria dos polos e não oferecem sequer condições para a prática de estágio supervisionado. São mais de 35 mil vagas oferecidas por Instituições de Ensino Superior; mais de 90% estão ociosas por falta de interessados. ●

# COREN-CE E MINISTÉRIO PÚBLICO DISCUTEM SITUAÇÃO CRÍTICA DO HOSPITAL CÉSAR CALS



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE) e o Ministério Público do Estado, se reuniram na manhã do dia 02 de março, na sede da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública para discutir e buscar soluções sobre a problemática referente às denúncias quanto as condições de funcionamento e trabalho do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), em Fortaleza.

A Audiência é resultado da ação de fiscalização nas dependências do HGCC, que detectou irregularidades que comprometem o trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, bem como, o atendimento à população. O relatório enviado ao Ministério Público denota a situação crítica à que são submetidos os trabalhadores naquela unidade de saúde, levando a Promotoria a convocar além da direção do hospital, representantes da Secretaria de Saúde (SESA), Sindicato dos Médicos (SIMEC), Comissão de Saúde da OAB-CE e Sindicato dos Trabalhadores no Serviço Público (MOVA-SE).

O diretor do HGCC, Eliezer Arrais declarou ao promotor de justiça, Raimundo Batista de Oliveira, que a maior parte dos problemas apontados na fiscalização haviam sido sanados, tão logo foram notificados. O promotor esclareceu que as instituições podem realizar nova fiscalização.



Oswaldo Albuquerque, presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará afirmou que o Departamento de Fiscalização do Coren-CE, ampliará as ações e sempre que detectadas irregularidades e não conformidades, quando não responder administrativamente, serão denunciadas, serão denunciadas ao Ministério Público.

Representaram o Coren-CE, Adailson Vieira, coordenador do Departamento de Fiscalização (Defis), fiscal Tânia Bastos o assessor da presidência, Bernardo Além e o assessor jurídico Ernesto Pinho. ●

# CURSO DE ENFERMAGEM DA UFC COMEMORA 40 ANOS



**A**s comemorações dos 40 anos de criação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará tiveram início no auditório do Sindicato dos Docentes das Universidades Federais do Estado do Ceará – ADUFC, reunindo autoridades, professores e acadêmicos.

Em seu pronunciamento, Osvaldo Albuquerque, presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, lembrou o pioneirismo da professora Doutora Maria Grasiela Teixeira Barroso. A professora foi responsável pela implantação dos Cursos de Graduação, Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Albuquerque destacou ainda, que em 2010, Grasiela Barroso foi agraciada com a maior Comenda da Enfermagem brasileira, outorgada pelo Conselho Federal de Enfermagem, com a MEDALHA DO MÉRITO DA ENFERMAGEM.

Durante todo o ano, serão realizadas palestras em comemoração aos 40 anos do curso. Fazem parte do calendário comemorativo o I Encontro Integrado da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), que acontecerá no dia 18 de março, e a VIII Mostra Acadêmica de Enfermagem, que será realizada no período de 12 a 14 de maio. ●

# CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ EMPOSSA MESA DIRETORA



O Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau-CE) empossa Mesa Diretora para o Biênio de 2016-2018. Os novos integrantes tomaram posse em sessão solene, realizada na manhã desta segunda-feira, 7, no auditório Waldir Arcoverde da Secretaria Estadual da Saúde (Sesa). Fazem parte da nova composição da Mesa as conselheiras Ana Mello (Presidente), Marlúcia Ramos (Secretária Geral), Lúcia Arruda (Secretária adjunta) e o conselheiro Marcos Parahyba (Vice-presidente).

Em seu discurso de posse, a presidente destacou alguns desafios para a nova gestão e frisou: “ Nossa maior meta frente à presidência dessa casa será articular a Gestão, os Serviços de Saúde e o Controle Social, para, juntos, abrirmos um amplo debate na busca de soluções para resolvermos ou, pelo menos, amenizarmos os vários desafios que hoje estão postos no SUS”, avaliou Ana Mello.

Os conselheiros empossados para a Mesa Diretora foram eleitos por unanimidade em votação plenária do Cesau, e pertencem as seguintes instituições: Associação dos Prefeitos do Estado Ceará (Aprece), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-CE), Conselhos de Classe e Conselhos de Saúde dos municípios de Caucaia e Maracanaú.



Durante a solenidade de posse, estiveram presentes diversos líderes de entidades e instituições, dentre eles o presidente do Coren-Ce, Osvaldo Albuquerque, o secretário estadual da saúde, Henrique Javi, o ex-presidente do Cesau, João Marques de Farias, a promotora de Justiça, Isabel Maria Salustiano Arruda Porto, a secretária de saúde de Fortaleza, Socorro Martins, o presidente da Aprece, Expedito José do Nascimento e o presidente do conselho municipal de saúde de Fortaleza, Sérgio Anastácio.

A Mesa Diretora do CESAU trabalha de forma colegiada, e tem como missão, promover articulações políticas com órgãos e instituições, internos e externos, para garantir a intersetorialidade do Controle Social e a articulação com outros conselhos de políticas públicas. ●

## ENFERMEIROS QUE ATUAM NO PSF SE REÚNEM COM PRESIDENTE DO COREN-CE



O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, recebeu representantes dos enfermeiros que trabalham nos Programas de Estratégia de Saúde da Família de Fortaleza para discutir a atual situação dos profissionais.

O encontro aconteceu na sede do Coren-CE e reuniu ainda, representantes do Sindicato dos Enfermeiros do Ceará e da Prefeitura de Fortaleza.

Juntos eles buscam ações conjuntas que possam garantir melhoria das condições de trabalho destes profissionais, que atuam em situações adversas nas unidades básicas de saúde.

As reclamações entre outras, são referentes ao quadro clínico, o número de profissionais não é ideal.

Cabe salientar a preocupação dos enfermeiros responsáveis, técnicos e equipe de enfermagem que lutam todos os dias para conseguir fazer da unidade de saúde, um local de resolutividade onde todos tenham orgulho de trabalhar, por isso, solicitam providências imediatas para resolução dos problemas.

“Agora, contamos com a colaboração do Coren-CE para continuidade da assistência prestada à população sem que haja nenhum prejuízo ao atendimento”, destaca um dos profissionais presentes a reunião. ●



# GRASIELA BARROSO É HOMENAGEADA NOS 40 ANOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UFC



**A** abertura das comemorações dos 40 anos do Curso de Enfermagem, foi uma noite de homenagens àqueles que contribuíram para o crescimento e consolidação de uma das matrizes da Universidade Federal do Ceará, como disse o Reitor Henry de Holanda Campos em sua saudação.

Sobre o Curso de Enfermagem, que completa quatro décadas, a Prof<sup>a</sup> Raimunda Magalhães Silva, ressaltou a qualidade do ensino e da pesquisa daquela graduação que tem reconhecimento nacional.

## RECONHECIMENTO

A comissão organizadora da programação comemorativa reconheceu que foram “muitas mãos, cérebros e corações que construíram, semearam e cultivaram a semente plantada há 40 anos” e que mereciam reconhecimento. Representando essas pessoas, a Universidade fez um uma homenagem em memória da fundadora do curso de Enfermagem, professora Grasiela Teixeira Barroso, já falecida e no ato representada por seu filho Vicente Barroso que recebeu a honraria ao lado do presidente do Coren-Ce, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho.

A mesa dirigente dos trabalhos foi composta pelo Reitor Henry Campos; pela Prof<sup>a</sup> Lidiary Karla Azevedo; pela Prof<sup>a</sup> Ana Karina Bezerra Pinheiro; pelo Secretário da Ciência, Tecnologia e Educação Superior do Ceará, Inácio Ar-



ruda; pelo Prof. José Arimateia Dantas, Reitor da Universidade Federal do Piauí; pelas professoras Maria Vera Lúcia Cardoso, Nirla Romero, Viviane Martins da Silva e Mirian Parente Monteiro; e pelos professores Antônio Materson da Silva e Juliano Sartori Mendonça.

A estruturação da faculdade incluindo o curso de Enfermagem (FFOE) ocorreu em 1997. ●

# COREN MÓVEL LEVA ATENDIMENTO DESCENTRALIZADO A HOSPITAIS



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará realizou várias ações na capital e no interior do estado, numa ação de promoção de saúde com o projeto Coren Móvel.

A ação envolve aferição de pressão e teste de glicemia que são oferecidos à população e atendimento aos profissionais inscritos que necessitem negociar débitos de anuidades.

A ação instituída pelo presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho e aprovada pelo plenário da autarquia, é parte do Projeto “Coren e a saúde para todos”, que tem coordenação da Conselheira Secretária, Maria Dayse Pereira e apoio do Departamento de Fiscalização e da Ouvidoria do Coren-CE. As atividades que incluem o Coren-Móvel tem coordenação do conselheiro Antônio Mendonça.

No primeiro trimestre deste ano o Coren móvel esteve na Praça 13 de maio e nos hospitais Instituto Dr. José Frota, Waldemar de Alcântara, São José e Santa Casa de Misericórdia.

O atendimento no Coren Móvel acontece das 08h às 17h numa unidade móvel itinerante, instalada em um moto home especialmente equipado para atender aos inscritos do Conselho e à população. ●



# ANJOS DA ENFERMAGEM NÚCLEO CEARÁ - UMA JORNADA SOLIDÁRIA



O Programa Anjos da Enfermagem: educação em saúde através do lúdico, tem como missão, articular ações que promovam o exercício da cidadania dos estudantes e profissionais de enfermagem, de todo território nacional, com a perspectiva de apoio a crianças com câncer e humanização da saúde.

Durante a visita aos leitos, os voluntários visitam as crianças em situação de internação hospitalar e trabalham sob o ponto de vista da promoção da saúde, diminuindo o estresse hospitalar, a ansiedade e levam alegria e amor.

Durante o ano de 2015, 04 alunos do Curso Enfermagem da Universidade de Fortaleza e 04 alunos da Faculdade Nordeste DeVry Brasil participaram do Programa Anjos da Enfermagem com a coordenação Estadual da Profa Mirna Albuquerque e dos Coordenadores Locais, Prof. Antonio Mendonca e Profa. Karla Rolim.

- Prêmio Núcleo Diamante referente ao Programa Anjos da Enfermagem Ceará
- Menção honrosa pelo trabalho: Uso de terapias alternativas e complementares por voluntários do Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará na VI Mostra de Pesquisa e Ciência e Tecnologia, DeVry Brasil
- Participaram da Formação Anjos da Enfermagem de 40 horas.
- 43 visitas intra-hospitalares no Hospital Albert Sabin e Hospital Geral Waldemar Alcântara
- 15 eventos, dentre eles: na Semana de Enfermagem em escolas e universidades; ação na Praça do Ferreira na Campanha 10 medidas contra corrupção; Projeto

de Responsabilidade Social na Igreja de Fátima oferecendo serviços de verificação de pressão arterial e de glicemia capilar, entre outros.

- Realizaram as campanhas com arrecadação de produtos de higiene e alimentos: Campanha Higiene é Saúde, com arrecadação de 105 kits de higiene; A Campanha Doe Alimento, Doe Vida Assim, arrecadou mais de duas toneladas de alimentos, perfazendo 150 cestas básicas.
- Realizaram 04 Festas Comemorativas: Páscoa, São João, Dia das Crianças e Natal para crianças internadas e pais do Hospital Albert Sabin e Hospital Geral Waldemar Alcântara
- 16 Reuniões para realizar o Planejamento Estratégico das ações dos Anjos da Enfermagem
- Participação em Fórum Nacional dos Coordenadores Anjos da Enfermagem; Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia DeVry Brasil e Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem com apresentação de trabalhos científicos.
- Produção Científica:
  - 01 artigo científico na Revista RETEP
  - 01 trabalho publicado em anais e apresentado na VI Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia DeVry Brasil
  - 06 trabalhos publicados em anais e apresentados no 18º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. ●

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP, é um periódico científico trimestral, revisado por pares. Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o trabalho. Os manuscritos submetidos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol, e destinar-se exclusivamente à ReTEP, organizados segundo as indicações a seguir.

**Artigo Original:** Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica, incluindo introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

**Artigo de Revisão:** Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

**Atualidade:** Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde.

**Resenha:** Revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Todas as modalidades de textos aceitos pela Revista deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, limitados a 15 páginas impressas em papel tamanho A4, em espaço 1,5, parágrafos de 1,25, fonte Times New Roman, tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

### 1. Folha de Rosto

Título em português e inglês, em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

O tipo de colaboração enviada (original, de revisão, atualidade ou resenha).

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

### 2. Resumo em português e inglês

Deve conter entre 100 e 150 palavras. Ao final deve constar 03 a 06 palavras-chave, em português e inglês, digitadas em caixa alta e baixa e separadas por ponto e vírgula. Devem ser empregados preferencialmente aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>).

### 3. Corpo do Texto

Deve começar em uma nova página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo, separe-os utilizando uma linha em branco. Em trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedentes por uma linha em branco. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser acompanhadas do número respectivo. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

### 4. Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios ins-

tucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse.

### 5. Referências

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE).

A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda apresentar a numeração em sobrescrito antes da pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula). Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal<sup>(7)</sup>.

Citações oriundas de 2 ou mais autores apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador<sup>(1-5)</sup>.

Citações diretas (transcrição na íntegra) de até três linhas devem ser delimitadas por aspas e numeradas de acordo com a ordem de citação no texto; indicando o número da referência e a página da citação. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas”<sup>1:30-31</sup>.

Citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. Fonte 12, sem destaque. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única que é utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

Citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, sem aspas, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais [...] (e7);

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \*primeira nota, \*\*segunda nota, \*\*\*terceira nota.

### Envio de manuscritos

1. O material a ser submetido a avaliação para publicação deverá ser encaminhado, por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.
2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados em CD Rom contendo todos os arquivos. Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em attach-file.
3. Anexar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, uma carta de encaminhamento autorizando o processo editorial do manuscrito, transferindo os direitos autorais para a ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

**POR CORREIO COMUM:** ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE. Rua Mário Mamede, 609 – Bairro de Fátima - CEP: 60.415-000

- Fortaleza-Ceará

**POR E-MAIL:** [retep@coren-ce.org.br](mailto:retep@coren-ce.org.br) ●

# HEROÍNA E HUMANITÁRIA,

**ANNA NERY,**  
PIONEIRA DA  
ENFERMAGEM  
NO BRASIL.

**8 DE MARÇO**  
**DIA INTERNACIONAL**  
**DA MULHER**



