

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

# RETEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional  
Journal of Trends of Professional Nursing

v. 10 n. 3 2018



## Sumário

---

- 2 Editorial
- 3 Contribuição das Ligas Acadêmicas para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem  
*Contribution of Academic Leagues to the teaching-learning process in undergraduate nursing*  
**Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo, Roberlandia Evangelista Lopes, Alexandra Costa Oliveira, Nayana Cintia Silveira.**
- 9 Desafios e potencialidades na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes críticos  
*Challenges and potentialities in the implementation of systematization of nursing assistance for critic patient*  
**Shirley Maria dos Santos, Adna Ribeiro Braquehais, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu.**
- 14 Percepções de mulheres acerca da violência obstétrica  
*The perception of women about obstetric violence*  
**Renata Fernandes Bezerra, Marinna Maria de Andrade Costa.**
- 20 Percepções de pacientes acerca dos cuidados prestados no ambiente hospitalar  
*Perception of patients about nursing care in the hospital environment*  
**Francisca Morgana Lima Abreu, Odézio Damasceno Brito, Luciana Maria Montenegro Santiago.**
- 26 A atuação do enfermeiro de unidade psiquiátrica fundamentada na Teoria do Relacionamento Interpessoal  
*The role of nurses in psychiatric units based on the Theory of Interpersonal Relationships*  
**Carlos Victor Fontenele Pinheiro, Roberlandia Evangelista Lopes, Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo, Alexandra de Oliveira Costa.**

**Dr. José Jeová Mourão Netto**

Editor Chefe  
Retep

## **Política, politicidade, politização e participação política: como estes conceitos se aplicam ao contexto da Enfermagem?**

A palavra “política” constitui termo polissêmico, o qual tem sido útil para designar várias atividades humanas: (1) a doutrina do direito e da moral, (2) a teoria do Estado, (3) a arte ou a ciência do governo e (4) o estudo dos comportamentos intersubjetivos.<sup>(1)</sup> No entanto, no contexto da enfermagem, pelo que é expresso em sua literatura científica, observamos que a noção de política se aproxima da ideia de política trazida por Hannah Arendt<sup>(2)</sup>, quando esta refere ser política a teia de relações de poder estabelecida entre as pessoas, sendo uma expressão do ato da convivência entre os diferentes.

Quanto à politização, podemos entender esta como o processo de desenvolver politicidade, seja a de si (politizar-se) ou a do outro (politizar). Nesta acepção, a politicidade configura a capacidade de refletir e criticar a realidade, mobilizando os diferentes recursos (materiais e humanos), em um movimento coletivo de busca de transformação da realidade.

Assim, participar politicamente, na enfermagem, configura uma atuação profissional consciente, reflexiva, crítica de um profissional que pensa e se movimenta de forma coletiva, capaz de influenciar os diferentes contextos, transformando-os, seja na prestação do cuidado direto, seja na atuação junto à entidades de classe.

Embora percebamos que as discussões sobre poder e política, na enfermagem, tenham se apresentado de forma mais consistente, ainda podem ser consideradas escassas as produções que tratam desta temática.

No atual momento pelo qual passa a Enfermagem, de luta por reconhecimento, é fundamental que discutamos a dimensão política do processo de cuidar, constituída pelas relações de poder estabelecidas no processo de produção da saúde, relações essas que podem, inclusive, tolher a atuação da enfermagem, mas, também, se reconhecida, potencializá-la.

### Referências

1. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. Trad. Alfredo Bosi e Ivone Castilho Benedette. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
2. Arendt H. A Condição Humana. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.

## ARTIGO ORIGINAL



# Contribuição das Ligas Acadêmicas para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem

## *Contribution of Academic Leagues to the teaching-learning process in undergraduate nursing*

Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo<sup>1</sup>, Roberlandia Evangelista Lopes<sup>2</sup>,  
Alexsandra Costa Oliveira<sup>3</sup>, Nayana Cintia Silveira.<sup>4</sup>

1. Enfermeiro. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. 2. Enfermeira. Doutora em Educação, Discente do Centro Universitário Inta, Sobral, CE, Brasil. 3. Discente da Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará, Brasil. 4. Discente da Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará, Brasil.

### Abstract

**Objective:** to understand the contribution of academic leagues to the teaching-learning process in the context of nursing education. **Methods:** qualitative exploratory-descriptive study conducted with 31 students from five Academic Leagues of the nursing course at Vale do Acaraú State University, Sobral, Ceará, from March to May 2017. **Results:** the study showed that students they are moved to participate in the leagues by the desire to have other experiences in the field of nursing and that the leagues develop multiple teaching-learning strategies. **Conclusion:** leagues are potentialities for the transformation of the health practices scenario, mediated by teaching, research, extension, assistance and social transformation actions.

**Descriptors:** Education, Nursing. Health Education. Students, Nursing. Community-Institutional Relations.

### Resumo

**Objetivo:** compreender a contribuição das ligas acadêmicas para o processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação em enfermagem. **Métodos:** estudo exploratório-descritivo, qualitativo, realizado com 31 alunos de cinco Ligas Acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, em Sobral, Ceará, no período de março a maio de 2017. **Resultados:** o estudo demonstrou que os alunos são movidos a participar das ligas pelo desejo de ter outras experiências no campo da enfermagem e que as ligas desenvolvem múltiplas estratégias de ensino-aprendizagem. **Conclusão:** as ligas são potencialidades para a transformação do cenário de práticas de saúde, mediadas por ações de ensino, pesquisa, extensão, assistência e transformação social.

**Descritores:** Educação em Enfermagem. Educação em Saúde. Estudantes de Enfermagem. Relações Comunidade-Instituição.

#### Autor

#### Correspondente

Nayana Cintia Silveira.  
Email:nayana18silveira@gmail.com

#### Não declarados conflitos de interesse

#### Submissão

03/12/2018

#### Aprovação

07/07/2019

## Introdução

Aprender e ensinar são práticas constantes na vida e devem ser levados a sério com audácia, desempenho, determinação e inovação.<sup>(1)</sup> Dessa forma, o processo de ensino não pode ser tratado como atividade restrita ao momento da aula. Trata-se de juntar uma rede ou teia de interações complexas e dinâmicas entre professores e alunos visando ao desenvolvimento do conhecimento.

Pode-se dizer que a direção eficaz do processo de ensino aprendizagem depende do trabalho sistematizado, por meio da escolha de métodos de ensino e estratégias didáticas adequadas aos objetivos de aprendizagem.<sup>(2)</sup>

Assim, educar o cidadão consiste em um processo que vai além da transmissão de conteúdo, estimulando exercer reflexão e crítica transformadora, levando em consideração os diferentes saberes necessários à formação e a aplicabilidade desses conhecimentos à realidade na qual os estudantes estão inseridos.<sup>(3)</sup>

Dentro desse novo cenário, as Ligas Acadêmicas (LA) assumem um papel de destaque na formação dos estudantes, tendo em vista que estas detêm variadas estratégias de ensino para motivar o processo de formação e favorecer a aprendizagem.

As Ligas Acadêmicas surgem para intensificar o ensino-aprendizagem que propõem desafios a serem superados pelos estudantes, possibilitando-lhes ocupar o lugar de sujeitos na construção do conhecimento. Sob este ponto de vista, ressalta-se a importância do papel ativo dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem.

No que toca à sua aplicação na área de enfermagem, as ligas podem proporcionar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, a interação ativa com as pessoas, a emancipação, a autonomia, respeito às diferenças, horizontalidade dos agentes envolvidos, além da vivência inter e multidisciplinar. Essa interação entre áreas do conhecimento pode ser encontrada nas ligas, as quais realizam atividades voltadas para a cidadania, sendo benéficas tanto à formação do aluno, quanto a sociedade em geral.<sup>(4,5)</sup>

Diante dessa condição, as Ligas Acadêmicas, cada vez mais, vêm assumindo importância na

formação dos estudantes de enfermagem, como atividade extracurricular, dado seu potencial de contribuir para a construção desse futuro profissional, o qual desenvolve ações no âmbito do ensino, pesquisa e extensão.<sup>(6)</sup>

Entretanto, mesmo considerando que as Ligas Acadêmicas são ferramentas que contribuem para a formação profissional no campo da saúde, verificou-se que a literatura é escassa sobre essa temática<sup>(6-13)</sup>, no contexto da enfermagem. Essa limitação pode ser explicada pelo fato de a existência das Ligas Acadêmicas, no Brasil, estar historicamente vinculada aos cursos de medicina.

Em resposta a essa condição, o presente estudo busca conhecer as contribuições das Ligas Acadêmicas para o processo ensino-aprendizagem na formação em enfermagem.

## Métodos

O estudo é exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, considerando-se que permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares; além de construir novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.<sup>(14)</sup>

Ocorreu no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral, Ceará, junto aos estudantes do curso de enfermagem.

No referido curso, as Ligas que participaram do estudo foram: Liga de Enfermagem em Saúde da Família (LESF), Liga de Enfermagem de Cuidados Domiciliares (LECID), Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência (LENUE), Liga de Promoção à Saúde do Adolescente (LIPSA) e Liga Interdisciplinar em Saúde da Criança (LISCRI).

Essas ligas são compostas por um total de 66 alunos, todavia, 31 alunos compuseram a amostra da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e obtiveram sigilo das informações pessoais.

O estudo se atentou aos seguintes critérios de inclusão: alunos que estavam participando no período da coleta de dados e atuantes há mais de seis meses nas Ligas Acadêmicas referidas.

As informações foram gravadas entre os

meses de março e maio de 2017, por meio de Grupo Focal. Formaram-se três grupos focais: A: nove ligantes; B: onze ligantes e C: onze ligantes. Ainda sobre a formação dos grupos, destaca-se que não se limitou a atender uma liga por vez, ou seja, os grupos foram constituídos de acordo com a disponibilidade de cada aluno. Os encontros aconteceram semanalmente, com duração máxima de duas horas. A coleta foi feita por meio de um roteiro norteador, com as seguintes perguntas: a) qual a contribuição das Ligas Acadêmicas para a formação? b) o que motivou você a ingressar na Liga Acadêmica? c) qual (is) processo (s) de ensino-aprendizagem as Ligas Acadêmicas dispõem? As informações obtidas foram analisadas mediante a análise temática.

Para a análise, foi realizada a transcrição das gravações e, em seguida, leitura flutuante para, posteriormente, ocorrer a constituição do corpus, com a organização do material e identificação das ideias iniciais. Por último, ocorreu a codificação, classificação e definição da categoria: Ligas Acadêmicas e estratégias de ensino-aprendizagem.

Para realizar a divulgação das informações, atribui-se a letra L que representa o termo Ligante, acompanhada de uma numeração ordinal seguindo a ordem crescente das falas, como nos casos: L1, L2, L3 (...) L31 e assim, sucessivamente, para garantir o anonimato dos participantes.

A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual assegura os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, bem como garante os princípios da bioética. Salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) obtendo o seguinte parecer: N 1.345.575.

## Resultados e Discussão

A partir da análise das falas, destacou-se a potencialidade das Ligas Acadêmicas quanto às estratégias utilizadas no processo de ensino-aprendizagem.

Pode-se considerar as Ligas como um espaço transformador, que possibilita o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e, em

especial, da extensão; promove o estabelecimento de vínculos entre estudantes, professores e comunidade; e possibilita um cenário diversificado de práticas, aproximando os estudantes da comunidade, fundamentando uma formação balizada na construção da cidadania e do sujeito político no processo de ensinar a cuidar, a partir do processo educativo.

Nas falas dos participantes, evidenciou-se a descrição das propostas pedagógicas desenvolvidas pelas ligas acadêmicas: formação teórica ou ciclo teórico, construção e desenvolvimento de eventos científicos, uso de mídias sociais como ferramenta de socialização do conhecimento e desenvolvimento de artefatos educativos que contemplem temas específicos vinculados às ligas.

O quadro relaciona as falas dos participantes entrevistados.

Quadro 1. Atividades realizadas no âmbito das LA, Sobral, 2017.

PROPOSTAS PEDAGÓGICAS	AFIRMAÇÃO
<b>Formação teórica ou ciclo teórico</b>	Na liga tem os 'ciclos teóricos' onde estudamos sobre: pesquisa, abordagens grupais, Sistema Único de Saúde (SUS), e alguns temas específicos (L2).  Realizamos rodas de conversa, aula expositiva dialogada, além de trazermos profissionais com referência na área (L4).
<b>Eventos científicos</b>	Realização de eventos, tais como: jornada, seminários, cursos, simpósios, minicursos, oficinas, dentre outros (L10).
<b>Mídias sociais como ferramenta de socialização do conhecimento</b>	Mídias sociais (Instagram, Facebook, WhatsApp) como forma de divulgação das atividades (L13).  O Instagram é uma das melhores ferramentas para divulgarmos nossas ações (L20).
<b>Artefatos educativos</b>	Desenvolvimento de metodologias ativas, desenvolvimento de artefatos para nós utilizarmos, instrumentos pedagógicos (L25).  O ligante desenvolve e, até, pensa métodos de abordagem dentro do serviço (L30).

Fonte: dados do estudo.

Com visto no Quadro 1, há a demonstração que as Ligas são espaços em que o aluno se empodera, se relaciona e apropria-se da aprendizagem reflexiva.

Todavia, as Ligas incorporam e buscam por em prática o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; assumem um caráter extracurricular e complementar e suas ações são de natureza teórica e prática. Assim, identifica-se que as Ligas estão experimentando novas formas de aprender e obter informações, afastando-se da lógica conteudista, que prioriza a simples transmissão de informações e conhecimento.

Desse modo, a ampliação do processo ensino aprendizagem por meio das contribuições das Ligas Acadêmicas, desperta nos estudantes interesse e a satisfação pelo aprender.<sup>(15)</sup>

Constatou-se que é fundamental que as LA promovam uma forte articulação do tripé universitário: ensino, pesquisa e extensão<sup>(16)</sup>, tendo em vista que essa articulação fortalece as atividades relacionadas à capacitação teórica e vivência prática nas LA, as quais são úteis na investigação científica e na educação em saúde junto à comunidade.

No que concerne às atividades educativas junto à comunidade, a orientação da população e a participação em eventos de saúde, são algumas das mais importantes atividades sociais que estão ao alcance de uma LA. Assim, as contribuições de uma liga no processo de ensino-aprendizagem dos alunos parecem ser preponderantes.<sup>(17)</sup>

Um estudo desenvolvido em 2012<sup>(10)</sup> avaliou o desempenho dos estudantes em uma Liga e questionou qual o impacto no aprendizado dos alunos. Os autores encontraram uma forte relação entre frequência nas atividades e melhora nas notas acadêmicas. Assim, os estudantes que participaram da Liga apresentaram melhora nos testes de avaliação de conhecimento, sugerindo que a Liga Acadêmica é um instrumento útil de ensino e promove ganho de aprendizado, colaborando para a formação do aluno.

Constatou-se que essas atividades extracurriculares são de natureza distinta e contribuem de forma diferenciada para mudanças pessoais no universitário. Essas contribuições se concentram principalmente

Em cinco domínios: conhecimentos e habilidades acadêmicas; complexidade cognitiva; competência prática; competência interpessoal e humanitarismo.<sup>(15)</sup>

Espera-se que, nesse contexto, os estudantes possam adquirir conhecimentos práticos, com mais satisfação e de modo mais significativo desenvolver potenciais intelectuais, afetivos e relacionais, assim como a capacidade crítica e reflexiva; exercer a criatividade, a espontaneidade e a liderança, sendo mais atores e menos espectadores do processo ensino-aprendizagem.<sup>(16)</sup>

É nesse sentido que se considera os benefícios da participação de estudantes nas Ligas reforçando ainda mais os achados desta pesquisa, por exemplo: aproximação com a prática, a possibilidade de o estudante sanar a necessidade psíquica de ser reconhecido como adulto profissionalmente capaz, a integração com colegas e a identificação com um grupo e o combate ao estresse e a qualificação profissional quando de sua inserção em atividades de iniciação científica.<sup>(18)</sup>

Além disso, as Ligas promovem a interlocução entre profissionais de diversas áreas de conhecimento, buscando o intercâmbio científico entre profissionais, estudantes e grupos de estudo, favorecendo a diversidade de cenários de prática e proporcionando uma aproximação entre o estudante e as demandas de saúde da comunidade. Concomitantemente, possibilitam o trabalho em equipe e a vivência em distintos níveis de complexidade de assistência e atenção à saúde praticada pelo SUS.

Dentro dessa perspectiva, percebem-se sinais de direcionamento da formação dos estudantes para um modelo de atenção voltado para a promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, que seja humanizado.<sup>(12)</sup>

Um estudo sobre o processo de ensinar<sup>(19)</sup> reforça os pontos citados acima ao verificar as estratégias que permitem a aproximação com a realidade dos contextos de saúde da população e da vida profissional, oportunizando ao estudante maior possibilidade de desenvolver competências para a promoção da saúde em espaço real e conduzido por eles próprios. Esse é o motivo pelo qual as Ligas se tornam grandes ferramentas de aprendizado, experiência e desenvolvimento de raciocínio clínico-científico.

Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem trazem as competências e habilidades gerais dos estudantes e que estão diretamente interligadas com as Ligas, as quais são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Dentre essas, pode-se destacar em maior evidência: a) atenção à saúde: os estudantes de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo; b) liderança: envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz no trabalho em equipe multiprofissional, e c) administração e gerenciamento: os alunos devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração, bem como estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.<sup>(20)</sup>

No que diz respeito aos cursos da área da saúde, em especial a enfermagem, formar um profissional capaz de observar, interpretar, planejar e intervir na realidade de forma ética, e pautado no conhecimento científico é um desafio e uma grande responsabilidade. Partindo deste pressuposto, a adoção de metodologias ativas é imprescindível para o enfrentamento dos desafios educacionais e mercadológicos atuais.

Nesse sentido, as Ligas Acadêmicas configuram-se como potentes aliadas aos cursos de enfermagem no processo de ensino-aprendizagem tornando-o uma experiência significativa, comprova-se isso por meio dos resultados que as Ligas desenvolvem.

Logo, as experiências vivenciadas nas Ligas contribuem no processo de ensino-aprendizagem, potencializando a formação de um profissional enfermeiro crítico e reflexivo visando à profunda reformulação de suas práticas pedagógicas e a construção propositiva de fazeres com representação e benefícios para a população.

O fato do estudo ter se detido apenas as ligas acadêmicas de um curso de enfermagem, configura uma limitação, pois impede generalizações, no entanto acredita-se que o

estudo tenha trazido discussões significativas para a temática, ainda abordada de forma escassa.

## Conclusão

As Ligas Acadêmicas são potencialidades para a transformação do cenário de práticas de saúde, mediada por ações de ensino, pesquisa, extensão, assistência e transformação social, sendo necessários mais estudos que discutam o papel das Ligas no processo de ensino-aprendizagem.

Salienta-se a importância de avaliar as ações desenvolvidas pelas Ligas, devendo as instituições formadoras garantir coerência em todo o processo: planejamento, execução e monitoramento.

Desta forma, as Ligas Acadêmicas estarão cumprindo seu papel no processo de ensino-aprendizagem em enfermagem desde que desenvolvam ações de relevância para a saúde das comunidades onde estão inseridas, adotando compromisso com os princípios do SUS, respeitando aspectos éticos e morais, buscando estimular o trabalho inter e multidisciplinar, por meio de espaços democráticos e humanísticos.

## Referências

1. Duarte ARC. A formação continuada como processo de aperfeiçoamento da atividade docente. *Rev Ciên Plural*. 2017;3(2):1-3. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13155/8985>
2. Libâneo JC. Didática na formação de professores: entre a exigência democrática de formação cultural e científica e as demandas das práticas socioculturais. In: Santos, Akiko, Suano, Marilza V. *Didática e formação de professores: novos tempos, novos modos de aprender e ensinar*. Porto Alegre: Sulina [Internet]. 2013. [citado 2018 jan. 19]; Disponível em: <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/5146/material/Texto%20Libaneo%20para%20Marilza%20Versao%20final%202012.do>
3. Roman C, Ellwanger J, Becker GC, Silveira AD, Machado CLB, Waldomiro CM. Metodologias ativas de ensino aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Clin Biomed Res*. 2017;37(4):349-57. doi: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.73911>

4. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto (1996) Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9394/1996. [Internet]. Brasília: MEC. [citado 2018 fev. 07]; Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394\\_ld\\_bn1.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei9394_ld_bn1.pdf)
5. Hamamoto Filho PT, Venditti VC, Oliveira CC, Vicentini HC, Ribeiro JTR, Schellini SA *et al.* Avaliação de Ligas Acadêmicas: sociedades científicas ou atividades de extensão universitária? Revista de Medicina. 2010. [Internet]. [citado 2018 fev. 07]. 89:35. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/similar.php?lang=es&text=Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20Ligas%20Acad%C3%AAmicas:%20sociedades%20cient%C3%ADficas%20ou%20atividades%20de%20extens%C3%A3o%20universit%C3%A1ria?>
6. Bastos MLS, Trajman A, Teixeira EG, Selig L, Belo MTCT. O papel das ligas acadêmicas na formação profissional. J Bra Pneumol. 2012;38(6):803-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000600018>
7. Hamamoto Filho PT, Venditti VC, Oliveira CC, Vicentini HC, Schellini SA. Ligas Acadêmicas de Medicina: extensão das ciências médicas à sociedade. Rev Ciênc Ext. 2011;7(1):126. Disponível em: [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/366](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/366)
8. Magalhães EP, Rechtman R, Barreto V. A liga acadêmica como ferramenta da formação em Psicologia: experiência da LAPES. Rev Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional. 2015. [Internet]. [citado 2018 mar. 17]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n1/2175-3539-pee-19-01-00135.pdf>
9. Melo Neto AP, Martins AF, Alves PV, Carvalho VR, Melo PG, Pinheiro VG *et al.* Liga Acadêmica do Pulmão: extensão universitária como parte da formação médica. SANARE [Internet], 2015. [citado 2018 mar. 18]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/838/509>
10. Queiroz SJ, Azevedo RLO, Lima KP, Lemes MMDD, Andrade M. A Importância das Ligas Acadêmicas na Formação Profissional e Promoção de Saúde. Fragmentos de Cultura, 2014;24(esp):73-8. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/3635/2125>
11. Silva SA, Flores O. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. Rev Bras Educ Médica. 2015. [Internet]. [citado 2018 abr. 07]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0410.pdf>
12. Sousa AR, Costa PCO, Vieira EMF, Cintra KLA, Oliveira MT. Contribuições de uma liga acadêmica do trauma e emergência para a formação em enfermagem. Rev Eletrôn Gestão Saúde. 2014;5(esp) [citado 2018 jun. 07]. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5558872.pdf>
13. Hamamoto Filho PT, *et al.* Normatização da abertura de ligas acadêmicas: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu. Revista Brasileira de Educação Médica. 2010. [Internet]. 34(1): 160-7. [citado 2018 jun. 07]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a19v34n1.pdf>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde, 11a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
15. Peres CM, Andrade AS, Garcia SB. Atividades Extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. Rev Bras Educ Méd 2007. 31(3):203-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000300002>
16. Torres AR, Oliveira GM, Yamamoto FM, Lima MCP. Ligas acadêmicas e formação médica: Contribuições e desafios. Interface. 2008;12(27):713-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400003>
17. Pêgo-Fernandes PM, Mariani AW. O ensino médico além da graduação: ligas acadêmicas. Diagn Tratamento. 2011;16(2):50-1. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n2/a2048.pdf>
18. Hamamoto Filho PT. Como as ligas acadêmicas podem contribuir para a formação médica? Diagn Tratamento. 2011. [Internet]. [citado 2018 jul. 21]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a13v35n4.pdf\\_11](http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a13v35n4.pdf_11)
19. Netto L, Silva KL, Rua MS, Sena, RR. O processo de ensinar competências para promoção da saúde. RECOM. 2018. [Internet]. 8:e2611. [citado 2018 jul. 07]. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2611>
20. Brasil. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. [Internet]. [citado 2018 jul. 21]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

## ATRIGO ORIGINAL



# Desafios e potencialidades na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes críticos

## *Challenges and potentialities in the implementation of systematization of nursing assistance for critic patient*

Shirley Maria dos Santos<sup>1</sup>, Adna Ribeiro Braquehais<sup>2</sup>, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu.<sup>3</sup>

1 Enfermeira. Discente da Especialização em Terapia Intensiva, Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. 2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil. 3. Enfermeira. Doutora em Biotecnologia, Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil.

### Abstract

**Autor**  
**Correspondente**  
Shirley Maria dos Santos. E-mail: shirleysms1984@hotmail.com

**Não declarados conflitos de interesse**

**Objective:** to identify the challenges and potentialities of implementing SAE to critically ill patients admitted to the emergency room. **Method:** a descriptive, qualitative study, developed with seven nurses from a public hospital in Fortaleza-CE, in August 2018. Data were collected using the focus group technique, held in two meetings, according to voluntary participation of nurses. Data were analyzed by the Content Analysis method proposed by Bardin. **Results:** it was identified that the challenges for SAE implementation correspond to work overload, lack of human and organizational resources, lack of routines and protocols. The nurses also suggested that improvement actions be implemented to favor the implementation of the SAE, such as changes in the behavior of nursing professionals. **Conclusion:** There are factors that interfere the implementation of the SAE in the emergency service, but do not make it impossible. Organizational level changes are required for SAE to be effectively implemented.

**Descriptors:** Nursing. Nursing Process. Emergency.

### Resumo

**Objetivo:** identificar os desafios e potencialidades da implementação da SAE ao paciente crítico, internado na emergência. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido com sete enfermeiros de um hospital público de Fortaleza-CE, em agosto de 2018. Os dados foram coletados utilizando-se a técnica de grupo focal, realizada em dois encontros, de acordo participação voluntária dos enfermeiros. Os dados foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin. **Resultados:** identificou-se que os desafios para implementação da SAE correspondem à sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos e organizacionais, ausência de rotinas e protocolos. Os enfermeiros sugeriram, ainda, que ações de melhoria sejam implantadas para favorecer a implementação da SAE, tais como mudanças no comportamento dos profissionais de enfermagem. **Conclusão:** existem fatores que dificultam a implementação da SAE no serviço de emergência, mas não a impossibilita. São necessárias mudanças em nível organizacional para que a SAE seja implementada de forma efetiva.

**Descritores:** Enfermagem. Processo de Enfermagem. Emergência.

**Submissão**  
25/08/2018

**Aprovação**  
10/04/2019

**Como citar:** Santos SM, Braquehais AR, Abreu RNDC. Desafios e potencialidades na implementação da sistematização da assistência de enfermagem a pacientes críticos. RETEP [Internet] 2018 [citado em ];10(3):9-13. Disponível em:

## Introdução

A assistência de enfermagem ao paciente criticamente enfermo é complexa e demanda inúmeras atividades para o desenvolvimento do cuidado. A dinâmica entre os profissionais, a condição dos pacientes e a utilização de inúmeras tecnologias exigem da enfermagem conhecimentos de ordens diversas.<sup>(1)</sup>

O cuidado ao paciente grave, muitas vezes locado nos setores de emergência, requer dos enfermeiros organização, registros adequados e conhecimento clínico, mediante a complexidade do quadro em que um paciente criticamente enfermo encontra-se.

A Resolução COFEN-358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem<sup>(2)</sup>, sendo a SAE compreendida como um método de trabalho que contribui para o planejamento e a organização das atividades assistenciais.<sup>(1)</sup>

A viabilidade de implantação da SAE em serviço de urgência e emergência hospitalar tem sido objeto de estudos, os quais identificam dificuldades relacionadas a questões inerentes a estes serviços, como a dinâmica agitada.<sup>(3)</sup>

A assistência de enfermagem implantada na emergência à pacientes críticos, requer organização e eficiência, podendo ser viabilizada por instrumentos, desde que estes sejam validados.<sup>(4)</sup>

Mediante a isso, o propósito da investigação é identificar os desafios e potencialidades da implementação da SAE ao paciente crítico, internado no serviço de emergência.

## Métodos

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade de Cuidados Críticos (UCC), localizada no serviço de Emergência de um hospital terciário da rede pública de Fortaleza, Ceará. Esta unidade denomina-se Eixo Amarelo e tem capacidade para atendimento de 16 pacientes em estado crítico, após estabilização na Sala de Reanimação (Eixo Vermelho), e que

permanecem internados aguardando vaga de Unidades de Terapia Intensiva, em sua grande maioria.

Referente ao quantitativo de enfermeiros que atua na área amarela, tem-se em torno de 28 enfermeiros, de forma a unidade conta com 3 a 4 enfermeiros por plantão.

Os enfermeiros escalados na UCC foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Para isso, cartazes-convite foram afixados no setor, contendo os objetivos da pesquisa, informações dos pesquisadores, a técnica, data e horário da coleta de dados. Foram realizados dois encontros, em diferentes dias do mês de agosto de 2018, de acordo com a disponibilidade de horário dos participantes.

Para a coleta de dados, elegeu-se a técnica de grupo focal<sup>(5)</sup>, destinado ao tema "Implantação e implementação da SAE ao paciente crítico na Emergência". O primeiro grupo focal contou com a participação voluntária, como método de inclusão, de quatro enfermeiros, com duração de 90 minutos, enquanto que o segundo grupo contabilizou uma amostra de três enfermeiros, com duração de 60 minutos.

Por meio de um moderador do grupo, a própria pesquisadora, foi lançada a pergunta norteadora: quais os desafios para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico internado na emergência? E, aos sete enfermeiros, explicou-se a técnica de grupo focal, a duração, o tema proposto, os objetivos de pesquisa, os aspectos éticos, considerando o recurso de gravação de áudio e o sigilo da participação na pesquisa, e apresentou-se uma proposta de SAE a ser implantada e implementada no Eixo Amarelo.

Para preservar a identidade dos participantes, atribuiu-se um código numérico para cada enfermeiro (E1, E2, E3, ..., E7). Os discursos emergentes dos grupos focais foram transcritos na íntegra e para análise dos dados utilizou-se o método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin, contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(6)</sup>, e a contagem das unidades de registros resultou assim em duas categorias: 1. Desafios para implementação da SAE ao paciente crítico na emergência; 2. Ações de melhoria para implementação da SAE ao paciente crítico na

emergência.

Ressalta-se que este estudo tratou-se de um recorte do projeto de pesquisa intitulado "Implantação e implementação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem identificados nos pacientes críticos internados em uma unidade de emergência", aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa<sup>(7)</sup> da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e do hospital em estudo (Número do Parecer: 2.803.070).

## Resultados e Discussão

Dentre os profissionais de enfermagem participantes dos grupos focais, todos eram do sexo feminino, com idade média de 34 anos, tempo médio de formação de 10 anos, exercendo carga horária média de 32 horas semanais. Dessas, três (42%) possuem mestrado e quatro (58%) pós-graduação *lato sensu*, prevalentes nas áreas de emergência, UTI e cardiologia. Destaca-se que três (42%) enfermeiras trabalham na UCC há seis anos, enquanto quatro (58%) trabalham há apenas oito meses.

Esses dados corroboram com outro estudo, que tratou sobre os desafios e facilidades da SAE na gestão de serviços de enfermagem, retratando o perfil dos profissionais de enfermagem, também, como, predominantemente, feminino.<sup>(8)</sup>

Quanto à análise do conteúdo dos grupos focais, emergiram as seguintes categorias: 1. Desafios para implementação da SAE ao paciente crítico na emergência; 2. Ações de melhoria para implementação da SAE ao paciente crítico na emergência.

### Desafios para implementação da SAE ao paciente crítico na emergência

Esta categoria evidenciou unidades de contexto que abordam as dificuldades para implantação e implementação da SAE ao paciente crítico no serviço de Emergência. Como fragilidades, os enfermeiros identificaram fatores internos à UCC, que dificultam a implementação da SAE, tais como: sobrecarga de trabalho, absenteísmo, déficit de recursos humanos. Tais fatores podem ser observados nos seguintes relatos:

O que atrapalha são os fatores internos: a sobrecarga de trabalho, a não cooperação de todos os funcionários envolvidos na SAE, o excesso de procedimentos que, muitas vezes, nos deixam num dilema de fazer o procedimento e realizar os registros de enfermagem (...) (E1).

(...) são muitos pacientes e fica realmente difícil de você (...) implementar a SAE, de organizar o seu trabalho como enfermeiro, (...) porque se eu conseguisse ser enfermeira, eu conseguiria implementar o processo direitinho (E6).

Déficit de recursos humanos, pois tanto existe a falta como o déficit na própria escala (E3).

O enfermeiro em âmbito hospitalar desenvolve inúmeras tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades.<sup>(8)</sup> As enfermeiras vivenciam um dilema moral entre implementar a SAE e realizar as demais atividades inerentes ao cuidado do paciente crítico, que em sua maioria é complexo e demanda elevada carga de trabalho da enfermagem. Somado a isso, citaram fatores organizacionais, como o dimensionamento inadequado de pessoal e o absenteísmo, que pode refletir diretamente no Processo de Enfermagem.

O absenteísmo torna-se mais delicado em unidades de Urgência e Emergência (UE), devido às especificidades dessas unidades, interferindo diretamente na qualidade do cuidado prestado e sobrecarga dos demais membros da equipe.<sup>(9)</sup> Estudo evidenciou a vivência da dor moral decorrente da impotência de operacionalizar a SAE, mediante os componentes que contribuem com a sua desvalorização: déficit de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, desvalorização da SAE por técnicos e auxiliares de enfermagem e impressos inadequados para o registro de enfermagem.<sup>(10)</sup>

Isso remete para a necessidade de investimentos no planejamento e organização, compreensão e priorização para a realização da sistematização, visando avançar na caracterização da prática profissional do enfermeiro.<sup>(11)</sup>

Foram relatados ainda fatores externos à UCC, tais como: a burocracia para implementação de rotinas, protocolos e outras ferramentas de cuidado no serviço, bem como o fluxo rápido de pacientes e característica da instituição como Porta de Entrada Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, entre outros.

A ameaça que eu botei é a burocracia para você implementar. (...) a gente cria um instrumento de sistematização (SAE), (...) testa e na hora de implementar, eu vejo essa burocracia (...) tem duas ferramentas que a

gente tentou implementar até hoje e não conseguiu (...) (E3).

O hospital é porta-aberta. Quer dizer, a gente não tem um número X de pacientes. A gente começa com o X, termina com outro que é X+Y (...) (E5).

(...) eu acho que é mais desafiador você implementar qualquer protocolo, rotina, SAE, no [Eixo Amarelo] do que num CTI (Centro de Terapia Intensiva) normal. (...) Nós somos um CTI dentro de uma emergência. As urgências e as emergências vão chegar o tempo todo e (...) planejar isso daí é muito mais difícil do que se você estivesse numa unidade fechada normal, então é um fator complicador (...) (E3).

Frente a isso, observou-se que para implementação efetiva da SAE, os enfermeiros precisam tanto do apoio dos gestores, quanto de um ambiente de trabalho adequado. Assim, uma nova proposta de instrumento que direcione o Processo de Enfermagem deve se adequar à especificidade da instituição, para não se distanciar da realidade dos serviços de emergência, de forma que todas as instituições de saúde apresentem características específicas no que diz respeito às facilidades e desafios para a operacionalização da SAE. Esses aspectos devem ser analisados pelos enfermeiros, a fim de que a SAE seja implementada com conhecimento da situação real e com metas possíveis de serem alcançadas.<sup>(8)</sup>

## Ações de melhoria para implementação da SAE ao paciente crítico na emergência

Nesta categoria salientou-se a respeito das ações de melhoria sugeridas pelos enfermeiros, destinadas à minimização dos desafios para implementação da SAE ao paciente crítico, internado na emergência. Seguem as falas.

Tem que mudar algumas (coisas). (...) A implementação da SAE é o macro. Tem que primeiro implementar coisas menores, mudar rotinas menores, para que a implementação venha e aconteça (...) (E2).

Acho que a gente precisa ir aos poucos escrevendo as rotinas, os pops. Isso precisa ficar registrado. Às vezes (...) acontece com os próprios técnicos. (...) Tem que ter o bom senso de que tem que trocar o equipo de três em três dias, (...) mas não tendo o bom senso, tem que estar escrito, porque a gente está falando do coletivo, a gente está falando do meu bom senso e do seu (...) que, às vezes, é diferente (...) (E3).

(...) para mim não tem jeito, enquanto não ajustar os recursos humanos a gente não consegue trabalhar, infelizmente, porque a SAE é um negócio que é para ser contínua, não é uma coisa que hoje eu faço e amanhã não faço! (...) Se a gente não tem uma ajuda da direção, se a gente não tem ajuda da chefia maior e da chefia local, não adianta (E3).

(...) (é necessário) fazer compreender, todos os profissionais, a importância de realmente implementar (a SAE) (...) (E1).

(...) as pessoas têm que entender que é isso que vai mudar o serviço. Que não é mais um papel a ser preenchido, mas sim algo que vai ajudar a melhorar a assistência e, às vezes, até mesmo diminuir o trabalho, principalmente a questão burocrática, e melhorar a qualidade da assistência (E3).

(...) a SAE hoje é considerada um papel. Ela não é considerada um raciocínio do enfermeiro (...). É raciocínio! É a gente parar para pensar o que tem que fazer (E6).

Diante dos relatos dos participantes, evidenciou-se que as ações são direcionadas às mudanças organizacionais e de rotina do serviço, tais como: adequação do dimensionamento de profissionais, apoio dos gestores, implantação de rotinas e protocolos, além de mudanças comportamentais da própria categoria.

A literatura ressalta ainda que a utilização de protocolos e checklist traz inúmeros benefícios para os usuários e para a equipe, proporcionando a padronização do atendimento, diminuição dos riscos, colaborando para o planejamento de ações com vistas à promoção da qualidade da assistência em serviços de urgência e emergência.<sup>(12,13)</sup>

Outros autores ressaltam que, face às inúmeras dificuldades encontradas para implementação da SAE, cabe aos enfermeiros, bem como às instituições responsáveis, maior envolvimento, compromisso ético e profissional aliado ao conhecimento científico no sentido de procurar melhorias e valorização profissional.<sup>(14)</sup> Mediante a isso, percebeu-se que há necessidade que a temática seja trabalhada de maneira contínua.

## Conclusão

Apesar dos fatores intervenientes para a implementação da SAE no serviço, esta não é impossível de se realizar. Os enfermeiros sugeriram ações para promover mudanças no nível organizacional, que possibilitarão a implementação efetiva da SAE na emergência. Essas ações compreendem a implantação de rotinas e protocolos que fundamentem a assistência de enfermagem, a adequação dos recursos humanos, o apoio dos gestores e mudanças comportamentais relacionadas à importância da SAE pela própria categoria.

Apesar das dificuldades de realizar uma pesquisa no ambiente de trabalho, os

enfermeiros participantes demonstraram conhecimento sobre o tema e disponibilidade para realizá-lo, devido compreensão da importância do mesmo.

Este estudo, além de ter demonstrado a realidade do cenário do processo de enfermagem ao paciente crítico internado numa emergência, alerta para a necessidade de se pensar na SAE como expressão do raciocínio clínico dos enfermeiros que atuam em serviços de alta complexidade.

## Referências

1. Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canever BP. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(2):252-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150033>
2. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução 358, de 15 de outubro de 2009. [acesso em 15 de out de 2018]. Disponível em: [www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br).
3. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):297-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200015>
4. Coelho AV, Molina RM, Labegalini MPC, Ichisato SM T, Pupulim JSL. Validação de um histórico de enfermagem para unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38(3):e68133. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.68133>.
5. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* 2009;19(3): 777-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: edições 70; 2011.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde (CNS). 240ª Reunião Ordinária, dezembro de 2012. Resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas e testes em seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 de dezembro de 2012.
8. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):47-53. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>
9. Ferro D, Zacharias FCM, Fabriz LA, Schonholzer TE, Valente SH, Barbosa SM et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(4):399-408. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800056>.
10. Casafus KCU, Dell'Acqua MCQ, Bocchi SCM. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2): 313-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200016>.
11. Santos JAS, Prado PR, Domingues TAM, Matheus MCC, Bettencour ARC. Sistematização da assistência de enfermagem na visão de enfermeiros. *Cuidarte enferm*. 2015;9(2):142-7. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revisata%20CuidArt%20-%20Jul%20-Dez%202015.pdf>
12. Amaya MR, Paixão DPSS, Sarquis LMM, Cruz EDA. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(spe):e68778. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68778>
13. Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Protocolo de avaliação e classificação de risco de pacientes em unidade de emergência. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014; 22(2):218-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3172.2405>
14. Costa AC, Silva JV. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. *Rev Enf Ref*. 2018; serIV(16): 139-146. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17069>

## ARTIGO ORIGINAL



# Percepções de mulheres acerca da violência obstétrica

## *The perception of women about obstetric violence*

Renata Fernandes Bezerra<sup>1</sup>, Marinna Maria de Andrade Costa.<sup>2</sup>

**1** Enfermeira. Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil. **2**. Enfermeira. Mestre em Promoção da Saúde. Docente do Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE, Brasil.

### Abstract

**Objective:** to know the perception of women about obstetric violence. **Methods:** this is an exploratory study with a qualitative approach. Data collection took place in a Primary Care Unit of Fortaleza-CE in October 2018, through recorded interviews. The sample comprised 20 women, aged 18 to 40 years. The results were divided into four thematic categories. **Results:** the categories found were: women's knowledge about obstetric violence, women's perception of health professionals at delivery, identification of the types of violence suffered during childbirth and women's perspective on the experience of childbirth. Women identified obstetric violence, reported feelings of fear and anguish when attended by health professionals, suffered obstetric violence and considered childbirth a traumatic moment. **Conclusion:** obstetric violence generates fear and contributes to the construction of the idea of childbirth as a traumatic moment. Thus, it is necessary to rethink the performance of health professionals in childbirth care.

**Descriptors:** Perception. Gender-Based Violence. Parturition.

### Resumo

**Objetivo:** conhecer a percepção de mulheres acerca da violência obstétrica. **Métodos:** trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu em uma Unidade de Atenção Básica de Fortaleza-CE em outubro de 2018, através de entrevista gravada. A amostra compreendeu 20 mulheres, com idades entre 18 e 40 anos. Os resultados foram distribuídos em quatro categorias temáticas. **Resultados:** as categorias encontradas foram: conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica, percepção das mulheres em relação aos profissionais da saúde no momento do parto, identificação dos tipos de violência sofrida durante o parto e perspectiva das mulheres sobre a experiência de parto. As mulheres identificaram a violência obstétrica, relataram sentimentos de medo e angústia quando atendidas pelos profissionais da saúde, sofreram violência obstétrica e consideram o parto um momento traumático. **Conclusão:** a violência obstétrica gera medo e contribui para construção da ideia do parto como momento traumático. Assim, se faz necessário repensar a atuação dos profissionais da saúde na assistência ao parto.

**Descritores:** Percepção. Violência de Gênero. Parto.

#### Autor

#### Correspondente

Renata Fernandes  
Bezerra. E-mail:  
renatarfbezerra@gmail.com

#### Não declarados conflitos de interesse

#### Submissão

18/12/2018

#### Aprovação

01/06/2019

**Como citar:** Bezerra RF, Costa MMA. Percepções de mulheres acerca da violência obstétrica. ReTEP [Internet] 2018 [citado em ];10(3):14-19. Disponível em:

## Introdução

A violência é um tema que vem sendo bastante discutido nos últimos anos, revelando-se como assunto que divide opiniões, pelo fato de abranger vários aspectos, dentre eles o cultural, religioso, questões de gênero, raça, etnia e aspectos socioeconômicos, sendo definida como qualquer ato de agressão que resulte em danos físicos, sexuais ou psicológicos.<sup>(1)</sup>

Entre as inúmeras formas de violência, a violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública, pois atinge mulheres de todas as idades e em diversos períodos do seu ciclo vital, inclusive na gravidez, existindo diversos fatores associados que podem levar a esse tipo de violência, sendo um dos mais comuns à desigualdade de gênero, onde a mulher ainda é tida como submissa, prevalecendo o poder e soberania masculinos.<sup>(2)</sup>

Nesse contexto de violências, a violência obstétrica emerge como tema atual, podendo ser definida como uma violência praticada contra a mulher em qualquer período gestacional, acontecendo em sua grande maioria dentro do próprio ambiente hospitalar, caracterizada pela apropriação do corpo e do processo reprodutivo das mulheres pelos profissionais da saúde, através do tratamento desumanizado e abuso dos processos naturais, causando perda da autonomia, interferindo na sua capacidade de decidir livremente, levando ao dano físico e psicológico, tanto para a mãe como para seu bebê.<sup>(3)</sup>

O termo violência obstétrica surgiu na América Latina nos anos 2000, com movimentos sociais em defesa do nascimento e parto humanizados. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) lança o programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a fim de garantir todos os direitos de mulheres grávidas, por toda a gestação.<sup>(4)</sup>

Em 2003, também foi implementada a Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política visa garantir a todas as pessoas os princípios do SUS e busca a inserção na melhoria da formação dos novos profissionais e o atendimento humanizado nas unidades de saúde.<sup>(5)</sup>

O parto deve ser considerado um evento

natural, biológico e fisiológico, devendo ocorrer com o mínimo de intervenções possíveis, e jamais considerado um evento patogênico.<sup>(6)</sup> É momento único na vida da mulher e que, por isso, necessitará mais do apoio familiar, da equipe multidisciplinar, de atendimento especializado e assistência integral, bem como de cuidado humanizado.

Uma em cada quatro mulheres sofreram algum tipo de violência no parto como a peregrinação, exame de toque doloroso e frequente, cesárea e episiotomia indevida, agressões verbais e xingamentos por parte de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.<sup>(7)</sup>

Nesse sentido, o presente estudo objetivou conhecer as percepções de mulheres acerca da violência obstétrica.

## Métodos

O estudo é do tipo exploratório com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa trata-se da interpretação dos fenômenos e atribuições dos significados básico do processo de pesquisa, não requer o uso de métodos estatísticos e o ambiente natural é fonte direta de coleta de dados.<sup>(8)</sup> A pesquisa foi realizada em outubro de 2019, em uma Unidade de Atenção Básica (UAB) do Município de Fortaleza.

Participaram mulheres que atenderam aos critérios: fizessem quaisquer acompanhamentos na UAB selecionada, estivessem na faixa etária entre 18 e 40 anos e que vivenciaram o parto em unidade hospitalar. Não foram estabelecidos critérios de exclusão. A partir da saturação das respostas, foi determinada a amostra de 20 mulheres.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista, gravada e orientada por um formulário contendo: três perguntas para caracterização sócio demográfica (idade, escolaridade, renda familiar), duas perguntas sobre a história obstétrica (data do último parto e tipo de parto) e perguntas acerca do parto: o que é violência para você? o que você entende por violência obstétrica? você sofreu algum tipo de agressão durante o parto? lembra qual profissional praticou? como você se sentiu durante o momento do parto? você foi bem acolhida na unidade hospitalar? como foi sua última experiência de parto?

As entrevistas foram transcritas, analisados e, posteriormente, estabelecidas categorias temáticas.<sup>(9)</sup> Dessa forma, foram estabelecidas quatro categorias temáticas: conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica, percepção das mulheres em relação aos profissionais de saúde no momento do parto, identificação dos tipos de violência sofrida durante o parto e perspectiva das mulheres sobre a experiência de parto.

A análise de conteúdo seguiu os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados para o estabelecimento de categorias temáticas e análise final, que permite articulações entre os dados coletados e as referências teóricas adotadas.<sup>(9)</sup> Para garantir o anonimato das participantes, as falas foram identificadas de acordo com a sequência da entrevista, como segue M1, M2 e, assim, sucessivamente.

O estudo seguiu os princípios éticos de acordo com a resolução de Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, aprovado sob parecer de nº 2.876.075.

## Resultados

As mulheres tinham idade média de 21 anos, sendo 11 (55%) primípara e 9 multíparas (45%). A renda familiar foi em sua maioria menor ou igual a um salário mínimo (66%) e os demais (34%) superior a um salário mínimo. Com relação a escolaridade, 9 (46,5%) referiram ter concluído o Ensino Médio, 4 (20,2%) o Ensino Fundamental I e 6 (33,3%) o Ensino Fundamental II. Em relação ao estado civil, 8 (40%) referiram ser casadas, 5 (25%) solteiras e 7 (35%) vive em união estável ou é viúva).

### Conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica

O estudo revelou que 16 mulheres souberam expressar elementos que constituem a violência obstétrica, ainda que dentro das suas perspectivas e vivências, caracterizando-a como atitudes e ações que ferissem a integridade da mãe e do bebê no momento do parto. Além disso, 15 mulheres atribuíram a violência ao ambiente hospitalar e a equipe atuante durante esse processo.

Agir com força física, agressão ou qualquer outra coisa que possa machucar na hora do parto (M1).

É quando a mulher sofre violência no hospital (M8).

Violência no hospital, na hora do parto (M13).

Quando o parto de certa forma se torna agressivo e doloroso para mãe e filho (M5).

### Percepção das mulheres em relação aos profissionais da saúde no momento do parto

As participantes relataram os sentimentos de medo, angústia e desconforto quando atendidas ou recepcionadas por alguns profissionais. As mulheres referiram que alguns profissionais agiam de forma a negligenciar a situação em que se encontraram e até mesmo agir contra a vontade da paciente, em algumas ações.

No momento que precisei de acompanhamento e da enfermeira, ela não apareceu e estava sangrando muito. Disseram que era normal (...) (M2).

(...) no momento o médico foi negligente. Eu fui várias vezes para o hospital e ele disse que não estava na hora (...) (M12).

(...) sofri. Eu não queria que me cortassem. Eu só pedia para a doutora não me cortar, mas ela estava apressada, por que ia acabar o plantão dela (M15).

### Identificação dos tipos de violência sofrida durante o parto

As falas de algumas participantes sinalizam que houve violência obstétrica em algumas situações, como a peregrinação e a negligência, situações recorrentes nas falas.

Demoraram para me atender. Pareciam que estavam me ignorando (M6).

Estava sentindo muita dor e a enfermeira falou que se eu não ficasse quieta ia demorar mais (M10).

Fui negligenciada várias vezes. Estava com muita dor, sangrando e eles nem olhavam (...) (M12).

Não queria que me cortassem, eu estava com medo, a médica insistiu (M20).

Meu parto não foi nada saudável. Voltei do hospital durante quatro dias ate resolveram fazer o meu parto. Só queria fazer normal, mas eu não tinha passagem e nenhum médico queria entender (M4).

(...) que eu estava sentindo muita dor e nenhum hospital tinha vaga (M16).

### Perspectiva das mulheres sobre a experiência de parto

Quanto às perspectivas das mulheres sobre

a experiência de parto, muitas consideram o momento do parto como uma situação traumática para si e para o seu filho, não desejando mais a experiência. Além disso, muitas mulheres referiram carregar parte dos traumas psicológicos e físicos das suas experiências, como: reconstrução de períneo após laceração, cicatriz cirúrgica deformada entre outros.

(...) foi uma experiência muito dolorosa, eu fiquei indo para um lado e para outro até que uma maternidade me aceitasse (...). Lembro como se fosse hoje e ainda tenho a cicatriz horrível! Ai que vergonha! (M14).

Nada boa (a experiência), por esse motivo não desejo mais engravidar (M17).

A experiência não foi uma das melhores. Hoje não penso em ter mais filho, (pois) penso no parto (...) (M9).

## Discussão

A assistência à mulher durante o momento do parto é essencial e o profissional deve ser adjuvante e manter uma relação profissional-paciente que assegure sua autonomia na decisão do parto e tendo bagagem teórica para o auxílio e orientações quanto às melhores condutas favoráveis a um parto humanizado.<sup>(10)</sup>

A peregrinação figura como um importante fator contribuinte para os casos de violência obstétrica, estando associado ao descaso na assistência à saúde, a falta de leito nas instituições e má adequação dos que já existem e a falta de investimentos na melhoria da saúde da mulher, resultando na dificuldade das unidades hospitalares de acolher as gestantes.<sup>(11)</sup>

Empiricamente, observa-se que a falta de cuidado e a recusa de atendimento são observados diariamente no cotidiano de muitos serviços de saúde. A peregrinação configura-se como uma violência obstétrica de caráter institucional perpassando pela a omissão de cuidados fazendo com que a mulher percorra várias instituições em busca do serviço necessitado.

É importante ressaltar o sentimento e a sensação de abandono por elas vivenciada durante a peregrinação o que oportuniza sentimentos negativos, deixando-as vulneráveis a complicações e tornando o parto um momento de dor e desespero.<sup>(2)</sup>

É necessário que o serviço de saúde garanta o acesso à assistência sem precisar expô-las a nenhum risco, assegurando os direitos sexuais, reprodutivos e humanos da mulher nesse momento importante para ela e sua família.<sup>(12)</sup>

Sobre a questão da hospitalização do parto no Brasil, observa-se que “na rede privada, o índice de parto cirúrgico é de 82% no Brasil, sendo o mais alto do mundo”, de forma que esse índice alarmante está relacionado a má assistência ao parto normal, o que contribuiu em larga escala para o aumento das altas taxas de cesáreas.<sup>(13)</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cesárea somente deve ser realizada quando apresentar, de algum modo, risco de morte para a mãe ou para o bebê e apenas quando indicada com uma justificativa médica.<sup>(14)</sup>

A cesárea também é tida como uma violência obstétrica de caráter relevante, pois ela pode trazer risco à mãe e o recém-nascido por tratar-se de um procedimento complexo que exige estrutura, equipamentos e profissionais capacitados.<sup>(15)</sup>

Outro estudo revela que o pouco interesse dos profissionais da saúde em partejar e a superlotação dos grandes centros obstétricos também contribui para a as elevadas taxas de cesarianas.<sup>(5)</sup>

Quanto à realização de episiotomia, trata-se de um procedimento cirúrgico obstétrico para aumentar a abertura vaginal com uma inserção no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal, tendo como objetivo facilitar a passagem do bebê, porém, ao ser utilizado sem indicação adequada, e não embasado na cientificidade, pode ser utilizada mesmo sem haver a necessidade.<sup>(16)</sup>

Nesse modelo de assistência ao parto vaginal, percebe-se a realização de procedimentos invasivos, como o exame de toque, frequente e doloroso, e a episiotomia os quais causam lesões para a mãe e podem levar a traumas sérios para a criança. Esses procedimentos de rotina geralmente são realizados sem o consentimento da gestante, dialogando com uma perspectiva biomédica de atenção, defensora do poder do médico, detentor de conhecimentos, que possui livre acesso ao corpo das clientes.<sup>(17)</sup>

Nessa acepção, anacrônica, de saúde a mulher em trabalho de parto tem seu corpo exposto e submetido a vários procedimentos, pois a mesma perde o controle e autonomia sobre seu corpo, estando vulnerável a violência obstétrica, uma vez que o outro tem poder sobre o seu corpo. Essa violência desloca a arte do cuidar e assistir e impede o olhar de modo sensível para o sujeito do cuidado.<sup>(3)</sup>

Segundo a OMS, a episiotomia é indicada quando há sofrimento fetal, progressão insuficiente para o parto, eminência de laceração vaginal de 3º grau e compressões prolongadas da cabeça em prematuros. Portanto, embora a episiotomia seja benéfica em muitos casos, é utilizada de forma abusiva chegando a números significantes de complicações adquiridas por puérperas, devido o procedimento.<sup>(16)</sup>

Os exames de toque são tidos como constantes e agressivos, muitas vezes realizados sem o consentimento da mulher, sem aviso prévio e não permitindo ouvi-la. As mulheres submetida a esse conduta violenta relatam sentir dor, incômodo e a não preservação de sua intimidade.<sup>(2)</sup>

Desse modo, o exame de toque poderá torna-se mais uma brecha para que ocorra o assédio sexual, também considerado outra violência obstétrica na ocasião do cuidado e do nascimento, podendo ser um procedimento arriscado e humilhante.<sup>(2)</sup>

No momento do parto, a maior necessidade das mulheres é o apoio emocional. Assim, é essencial um cuidado acolhedor e qualificado. No entanto, isso, muitas vezes, não acontece, sendo comuns as agressões verbais no momento do parto, nos centros obstétricos, seja por médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem.<sup>(18)</sup>

A formação dos profissionais da saúde, em especial dos que estão mais corriqueiramente prestando a assistência em saúde, como médicos e enfermeiros, tem papel estruturante na mudança do modelo de assistência atual, devendo oferecer assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções.<sup>(5)</sup> As falas apresentadas evidenciam situações que leva a refletir como estão sendo formados esses profissionais.

Uma solução encontrada na pesquisa sobre o combate à violência obstétrica é o uso dos

mecanismos legais para humanização da assistência ao parto. Isso deve começar a ser implementado dentro do ensino da prática obstétrica, nos cursos de graduação.<sup>(11)</sup>

A atualização dos conhecimentos científicos é imprescindível para garantir um serviço prestado com base na utilização de novas tecnologias na melhoria da qualidade do atendimento com o objetivo de proteção favorecendo a autonomia dessas mulheres.<sup>(5)</sup>

Portanto, são necessárias mudanças na assistência obstétrica, na grade curricular, durante a formação dos profissionais, em especial os enfermeiros obstetras, buscando um outro caminho à formação médica tradicionalista.<sup>(5)</sup>

## Conclusão

A violência obstétrica é de conhecimento das mulheres e a maioria das participantes vivenciou.

A violência obstétrica gera medo e desconforto durante a assistência ao parto e contribui para uma vivência traumática. Assim, se faz necessário repensar a atuação dos profissionais de saúde na assistência ao parto, desde a formação acadêmica até a capacitação e educação continuada para uma assistência mais humanizada.

Também se destaca a importância de disseminar informações e empoderar as gestantes durante o pré-natal, para que possam intervir em situações conflituosas durante o parto.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados sobre a temática, para que possam identificar as situações em que ocorre a violência obstétrica e a percepção do tema pelos profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto.

## Referências

1. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2016;16(1):29-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
2. Silva MMRG. Parir é natural. *RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2016; 10(2):1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v10i2.1145>

3. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2000.
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília; 2003.
5. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev Rene*. 2014;15(4):720-8. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400020>
6. Pereira MJ. Manual de metodologia da pesquisa científica. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2012.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
8. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface*. 2017;21(60):209-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>
9. Diniz NMF, Gesteira SMA, Lopes RLM, Mota RS, Pérez BAG, Gomes NP. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(6):1010-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600004>
10. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):614-20. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>
11. Soares BP, Vasconcelos TC, Quaresma JS, Rodrigues RLS, Alcântara JPB, Costa MQ. Violência obstétrica e suas implicações. *Rev Norte Mineira Enferm*. 2015; 4(Ed Esp.):93-4.
12. Luz LH, Gico VV. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. *Cad Ter Ocup*. 2015;23(3):475-84. doi: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0622>
13. Martins AC, Barros GM. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev Dor*. 2016;17(3):215-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. [Internet] 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)
15. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Editora MS; 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf)
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. [Internet] 1996. Disponível em: [http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/assistencia\\_ao\\_parto\\_normal\\_2009.pdf](http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf)
19. D'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(11):1681-5.
20. Fundação Perseu Abramo. Violência no parto: na hora de fazer não gritou. [Internet] 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>

## ARTIGO ORIGINAL



# Percepções de pacientes acerca dos cuidados prestados no ambiente hospitalar

## *Perception of patients about nursing care in the hospital environment*

Francisca Morgana Lima Abreu<sup>1</sup>, Odézio Damasceno Brito<sup>2</sup>, Luciana Maria Montenegro Santiago.<sup>3</sup>

**1** Enfermeira. Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil. **2** Enfermeiro. Residente em Urgência e Emergência, Centro Universitário INTA. Sobral, CE, Brasil. **3** Enfermeira. Mestre em Saúde da Família, Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil.

### Abstract

**Objective:** to know the perception of hospitalized patients about the care offered in the hospital environment. **Methods:** a descriptive study with a quantitative approach involving 40 patients from the clinic and orthopedics sector of a Tertiary Hospital in the interior of Ceará, developed between March 2016 and June 2017. A structured form with questions about the quality of care was used. provided with multiple choice answers. **Results:** there was a higher prevalence of males, with an average age of 40 years and incomplete fundamental level. They obtained information on the reasons and diagnoses about hospitalization, reported good performance of professionals about the care provided, obtained information on the necessary procedures and good interaction with the team during hospitalization. **Conclusion:** the perception of patients regarding hospitalization and the care offered was positive and can be interpreted as quality of service and user satisfaction.

**Descriptors:** Hospitalization. Patient Safety. Communication.

### Resumo

**Objetivo:** conhecer a percepção dos pacientes hospitalizados sobre os cuidados oferecidos no ambiente hospitalar. **Métodos:** estudo descritivo, de abordagem quantitativa, envolvendo 40 pacientes do setor de clínica e ortopedia de um Hospital Terciário, do Interior do Ceará, desenvolvido entre março 2016 e junho de 2017. Utilizou-se um formulário estruturado com perguntas sobre a qualidade dos cuidados prestados, com respostas de múltipla escolha. **Resultados:** observou-se maior prevalência do sexo masculino, com faixa etária média de 40 anos e nível fundamental incompleto. Obtiveram informações dos motivos e diagnósticos sobre a hospitalização, relatam bom desempenho dos profissionais acerca dos cuidados prestados, obtiveram informações dos procedimentos necessários e ocorreu boa interação com a equipe durante a hospitalização. **Conclusão:** a percepção dos pacientes em relação à hospitalização e os cuidados oferecidos foi positiva, podendo ser interpretada como qualidade no serviço e satisfação do usuário.

**Descritores:** Hospitalização. Segurança do Paciente. Comunicação.

#### Autor

#### Correspondente

Francisca Morgana  
Lima Abreu. E-mail:  
morgpaga@hotmail.  
com

#### Não declarados conflitos de interesse

Submissão  
20/10/2018

Aprovação  
10/04/2019

**Como citar:** Abreu FML, Brito OD, Santiago LMM. Percepções de pacientes acerca dos cuidados prestados no ambiente hospitalar. ReTEP [Internet] 2018 [citado em ];10(3):20-25. Disponível em:

## Introdução

A hospitalização sugere um momento de apreensão no qual o paciente, em desequilíbrio de sua saúde, necessita de atendimento e cuidados integrais, podendo gerar situações pouco comuns em seu cotidiano: insegurança e perda de independência, de decisão, do reconhecimento social, da auto-estima e de sua identidade<sup>(1)</sup>, representando algo não positivo e reconhecido pelo mesmo como experiência não desejada.<sup>(2)</sup>

A rotina hospitalar possui uma dinâmica com atividades constantes, dificultando a disponibilidade de tempo para tocar, dialogar e ouvir o paciente que está no serviço, gerando uma adaptação difícil ao local e sua dinâmica de funcionamento.<sup>(1)</sup>

A percepção que o paciente adquire sobre sua doença e o ambiente hospitalar possibilita uma avaliação diante do adoecimento, bem como a interpretação dos fenômenos existentes, através de experiências observacionais, variações, equilíbrio, excessos ou disfunções.<sup>(3)</sup>

Com isso, as pessoas têm a possibilidade de tomar consciência do mundo a sua volta, agindo e reagindo de acordo com o que lhes é perceptível e, por consequência, interagindo ou não com o meio ao qual está inserido.<sup>(4)</sup>

Outro fator de relevância na percepção do paciente hospitalizado, diz respeito à forma como acontece a interação entre ele e a equipe de profissionais, uma vez que o envolvimento do paciente, no tratamento, é fundamental.<sup>(3,5)</sup>

Contudo, prestar o cuidado de forma que o paciente se perceba e tenha entendimento sobre o cuidado que é oferecido no ambiente hospitalar, pode se apresentar como uma atividade complexa, sendo necessário que as equipes de saúde estejam cada vez mais preparadas e sensibilizadas.<sup>(5,6)</sup>

Dessa forma, o estudo objetivou conhecer a percepção dos pacientes hospitalizados sobre os cuidados prestados no ambiente hospitalar.

## Métodos

Compreende um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido entre março de 2016 e junho de 2017, no serviço de clínica médica e ortopedia

de um Hospital de Ensino e referência em urgências e emergências traumatológicas, localizado no interior do Ceará.

Os participantes foram pacientes internados no setor de clínica médica e ortopedia no período da coleta de dados, totalizando uma amostra não probabilística e por conveniência de 40 pacientes. Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos e hospitalizados no setor por mais de três dias. Foram excluídos os pacientes sem condições físicas ou psicológicas para interagirem durante os questionamentos propostos. É válido mencionar que se optou por aguardar três dias de internação para que, com esse tempo, o paciente pudesse desenvolver uma percepção mais consolidada sobre a hospitalização.

A coleta de dados se deu no turno matutino e vespertino, de segunda a sexta, a partir de uma entrevista realizada ao leito, na qual o usuário foi abordado em momento oportuno, orientado sobre a natureza e objetivos do estudo, para então assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizado um formulário estruturado com cinco questões de múltipla escolha acerca da percepção do paciente quanto à assistência prestada no ambiente hospitalar.

As perguntas foram: como você avalia o cuidado prestado pela equipe no hospital? Você saberia relatar qual o diagnóstico médico responsável pelo sua hospitalização? A equipe de saúde informa a você sobre os procedimentos necessários ao cuidado? Os profissionais do serviço de saúde compartilham as informações de forma completa sobre seu estado de saúde? Você observa interação/apoio entre a equipe de saúde com pacientes no cuidado durante a estadia no hospital?

As respostas foram organizadas e analisadas com auxílio do programa Microsoft Excel 2010, com análise realizada por meio de estatística simples e os resultados apresentados em tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com o Parecer Consubstanciado o nº 2.000.067/2017 e ressalta-se que foram tomados os cuidados éticos que preceituam a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.<sup>(7)</sup>

## Resultados

A tabela 1 apresenta a caracterização sócio-demográfica dos pacientes, segundo faixa etária, sexo, nível de escolaridade, tempo de internação hospitalar e internações anteriores.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes hospitalizados no setor estudado, segundo faixa etária, sexo, nível de escolaridade, tempo de internação hospitalar e internações anteriores. Sobral, CE, 2017.

Variáveis		N	%
<b>Faixa etária</b>			
18 – 29 anos		14	35,0
30 – 39 anos		11	27,5
40 – 49 anos		5	12,5
50 – 59 anos		2	5,0
60 – 69 anos		3	7,5
70 – 79 anos		3	7,5
80 – 89 anos		2	5,0
<b>Sexo</b>			
Masculino		26	65,0
Feminino		14	35,0
<b>Nível de escolaridade</b>			
Analfabeto		6	15,0
Ensino	Fundamental Incompleto	21	52,5
Ensino	Fundamental Completo	2	5,0
Ensino Médio Incompleto		4	10,0
Ensino Médio Completo		7	17,5
Ensino Superior Incompleto		-	-
Ensino Superior Completo		-	-
<b>Motivo da internação</b>			
Fratura		28	70,0
Insuficiência renal crônica		5	12,5
Leucemia		3	7,5
Pneumonia		2	5,0
Amputação		2	5,0
<b>Tempo de internação</b>			
Superior a 03 dias		10	25,0
Superior a 10 dias		15	37,5
Superior a 20 dias		3	7,5
Superior a 30 dias		12	30,0
<b>Internações anteriores</b>			
Sim		28	70,0
Não		12	30,0

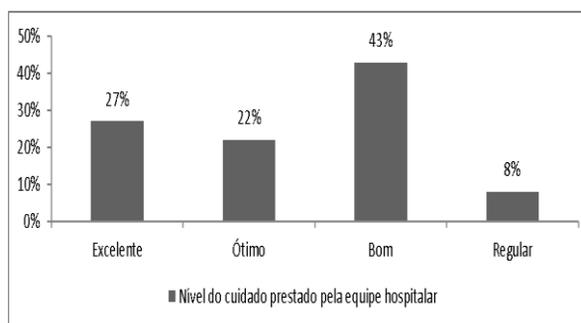
Fonte: dados do estudo.

Analisando-se os dados sociodemográficos, observou-se que 35% estavam na faixa etária de 18 a 29 anos de idade; 65% do sexo masculino; 52,5% com Ensino Fundamental Incompleto.

Predomina também os pacientes vítimas de traumas em extremidades (70%), com tempo de internação variando entre mais de 10 dias (37%) e mais de 30 dias (30%), tendo 70% deles sofrido internações anteriores.

Após análise das variáveis sócio-demográficas, procedeu-se os dados referentes a percepção dos pacientes sobre sua hospitalização, atendimento, diagnósticos, informações prestadas pela equipe e interação entre equipe e pacientes.

Figura 1. Avaliação dos pacientes acerca do cuidado prestado pela equipe. Sobral, CE, 2017.



Fonte: dados do estudo.

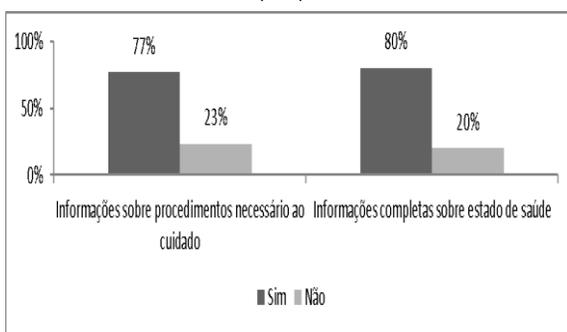
Observou-se que, quanto à avaliação do cuidado prestado pela equipe no ambiente hospitalar, 43% consideraram bom, 27% consideraram excelente e 22% consideraram ótimo. Apenas 8% consideraram regular.

Tratando-se da percepção dos motivos de estarem internado, um percentual muito significativo, 90% dos participantes, afirmou saber o motivo e diagnóstico da internação hospitalar, contrapondo os 10% que não conhecem sobre sua patologia.

Os pacientes que estavam nas enfermarias destinadas a traumatologia e ortopedia, quando perguntados sobre o que havia acontecido, descreviam o tipo de trauma e a localização anatômica desses traumas, bem como os pacientes internados nas enfermarias clínica também relataram os possíveis diagnósticos aos quais eram acometidos e eventuais procedimentos aos quais foram submetidos.

A figura 2 traz as informações referentes compreensão por parte do paciente sobre os procedimentos necessários ao cuidado e as informações completas sobre seu estado de saúde.

Figura 2. Informações fornecidas ao paciente em internação hospitalar, segundo os procedimentos e estado de saúde. Sobral, CE, 2017.



Fonte: dados do estudo.

Observou-se que 77% dos pacientes compreendem os procedimentos necessários aos cuidados, enquanto 80% deles compreendem as informações completas sobre seu estado de saúde.

Figura 3. Interação/apoio entre a equipe de saúde com pacientes em internação hospitalar. Sobral, CE, 2017.



Fonte: dados do estudo.

## Discussão

Houve predominância de pacientes jovens, do sexo masculino, provavelmente devido à ocupação dos leitos serem destinadas a ortopedia, sendo a internação, em grande parte, por trauma.

Outros estudos apontam que, estatisticamente, a maioria das hospitalizações são do sexo masculino e associada frequentemente ao fator trauma, por conta da maior incidência de homens como condutores de carros e motocicletas.<sup>(8)</sup>

Em outro estudo, em um hospital público de Fortaleza, analisando pacientes que estavam hospitalizados com patologias de maior prevalência clínica, identificou-se, também, um perfil predominantemente masculino<sup>(9)</sup>. Essa situação está quase sempre relacionado a pouca procura por serviços nos demais níveis de atenção, conseqüentemente, aumentando o risco para complicações atribuídas a patologia presente.<sup>(9)</sup>

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se que os participantes da pesquisa, em sua maioria, possuíam ensino fundamental incompleto, bem como renda inferior a um salário mínimo.

A percepção dos usuários tem sido cada vez mais utilizada como uma medida importante na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde. Para alguns autores<sup>(10)</sup>, a percepção dos cuidados é influenciada pela expectativa do usuário, bem como pelos cuidados recebidos de fato. E a expectativa do cuidado recebido, bem como a conceituação do que significa qualidade, pode ser influenciada, dentre outros fatores, pelo nível de escolaridade dos sujeitos implicados.

Mesmo utilizando perguntas simples e de fácil compreensão, foi perceptível a diferença na forma de entendimento durante as respostas aos itens do questionário.

Já no que tange ao tempo de permanência desses pacientes, evidenciou-se uma lentidão no processo de reestabelecimento e recuperação de sua saúde. Dessa forma, são requeridos para esses pacientes maiores cuidados, dedicação e apoio.

Outro fator que chama atenção é a necessidade de nova internação associada a necessidade de nova abordagem do paciente para dar continuidade ao tratamento por complexidade das fraturas apresentadas ou por serem pacientes com patologias crônicas.

No geral, observou-se que os pacientes encontravam-se satisfeitos com o atendimento recebido, seja quanto às orientações recebidas, cuidado prestado ou acolhimento durante o processo de hospitalização.

A percepção dos cuidados e serviços prestados pelas equipes de saúde em ambiente hospitalar, com elogios ou críticas, pode orientar o processo de reconhecimento das falhas, do gerenciamento e organização, podendo

também, garantir sucesso e conquistar a satisfação das necessidades desses pacientes.<sup>(9)</sup>

Em outro estudo, onde analisaram o grau de satisfação dos usuários em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, concluiu que os pacientes com baixa renda e baixo nível escolar não costumam expor insatisfação com os serviços oferecidos em nível hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>(10)</sup> Este fenômeno também pode ter influenciado as respostas adquiridas neste estudo.

Ao estudar a percepção de pacientes no período pós-operatório cardiovascular, outro estudo expõe que esses pacientes, ao refletirem sobre a percepção do processo que estão vivenciando, tornam-se fontes importantes de informação, pois compreender essa percepção permite efetivo planejamento pela equipe de enfermagem, que funcionalmente passa maior tempo junto à esses sujeitos.<sup>(12)</sup>

Baseado nas respostas dos pacientes, pressupõe-se que lhes é repassado instruções sobre os cuidados cabíveis, refletindo sobre a existência de interação entre esses profissionais e os pacientes. A informação, nesse sentido, se reveste de importância, sendo a base para o paciente interagir, de modo a aceitar ou recusar-se aos procedimentos propostos.

Enfatiza-se que quando o paciente compreende seu tratamento, acaba por questionar sobre os procedimentos que está sendo submetido. Dessa forma, ao ter esclarecimento do processo de cuidado, o paciente está possibilitando estratégias para contribuir para a eficácia dos melhores resultados atribuídas a sua saúde.<sup>(13)</sup>

No tocante a equipe de enfermagem, além da assistência terapêutica, a conduta para oferecer informações pertinentes ao estado de saúde desses pacientes está sendo eficaz, tendo em vista que esses profissionais se tornam detentores de informações singulares, através da prática multiprofissional estabelecida no ambiente de trabalho.

O ato de comunicar-se, na ação da prestação de cuidados, é algo complexo, pois, além de ação técnica, necessita sensibilidade.

A comunicação se estende além das palavras. O ato de tocar o corpo é uma forma de passar uma mensagem. Dessa forma, o

paciente irá decodificá-la através de seus próprios sentidos.<sup>(3)</sup> Ressalta-se que é cabível ao profissional de saúde manter o paciente informado das questões relacionadas ao seu estado, e neste ato de informar, há possibilidade do estabelecimento de vínculos na troca de informações.<sup>(13)</sup>

Em estudo sobre a comunicação entre profissional e usuário, em uma unidade hospitalar, identificou-se que a comunicação na terapêutica entre enfermeiros e pacientes reflete que a comunicação utilizada pelos profissionais de enfermagem torna-se instrumento de humanização.<sup>(14)</sup>

Quanto à satisfação dos pacientes, no que concerne aos cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar, a empatia, a disposição em oferecer ajuda, a valorização atribuída ao paciente como pessoa, sua dignidade, entre outros fatores, são pontos relevantes que ultrapassam a dimensão técnica do cuidar.<sup>(10)</sup>

Nesse sentido, reitera-se que o cuidado é um fenômeno complexo e intimamente relacionado com a convivência e interação, fugindo ao puro fazer técnico.<sup>(15)</sup>

Portanto, a identificação da percepção do paciente sobre os cuidados de enfermagem é um importante fator de qualidade do serviço, podendo contribuir para a compreensão do que traz satisfação aos usuários, melhor entendimento do serviço, aproximação dos profissionais com a clientela e qualidade da assistência prestada, de forma que a avaliação constante do trabalho de enfermagem torna-se uma prática importante e que deve ser exercida a fim de garantir a qualidade do serviço.<sup>(16)</sup>

Como limitação do estudo, destacam-se a pouca produção científica relacionada ao tema, o que dificultou a comparação dos resultados e melhor compreensão dos fatores envolvidos na avaliação da qualidade da assistência, sob a ótica do usuário, e o número limitado da amostra, que impossibilita generalizações.

## Conclusão

Nesse estudo, observou-se o predomínio de pacientes jovens, do sexo masculino, submetidos a intervenções para correção de traumas de extremidades, onde os mesmos consideraram-se satisfeitos com o atendimento recebido.

Também foi observado que os pacientes consideraram adequada a interação da equipe na prestação do cuidado.

A escolaridade dos participantes também pode ser apontado como fator determinante nos resultados, por isso sugere-se que novos estudos, que avaliem a qualidade da atenção prestada, sejam realizados em grupos populacionais distintos e com maior número de sujeitos.

Compreender a percepção sobre o cuidado prestado é ferramenta importante na busca pela qualidade da atenção.

## Referência

- Severo G, Girardon-Perlini N. Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *SciMedica*. 2005;16(1):21–9. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1539>
- Macena CS, Lange ESN. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. *Psicol hosp*. 2008;6(2):20–39. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n2/v6n2a03.pdf>
- Barreto L. Importância da percepção do paciente sobre diagnóstico. *Rev Neurocienc*. 2010;18(2):194–5. doi: <https://doi.org/10.4181/RNC.2011.19.194>
- Dias OV, Ramos LH, Costa SM. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. *Rev Pró-univerSUS*. 2010;1(1):11–26. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/316>
- Waldow VR. Cogitando sobre o cuidado humano. *Cogitare Enferm*. 1998;3(2):7–10. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44316>
- Reis MG, Glashan RDQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Rev Latino-AmEnferm*. 2001;9(3):51–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000300008>
- Brasil. Resolução 466/2012/CNS/MS/CONEP. Diário Oficial da União. 2012;12:59.
- Castro RRM, Ribeiro NF, Andrade AM, Jaques BD. Perfil dos pacientes da enfermaria de ortopedia de um Hospital Público de Salvador-Bahia. *Acta Ortop Bras*. 2013;21(4):191–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522013000400001>
- Oliveira RM, Pereira MM, Feitosa PG, Lima AS, Brito YCF, Leitão IMTA, et al. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: que dimensões se sobressaem? *Enferm em Foco*. 2014;5(3/4):70–4. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2014.v5.n3/4.562>
- Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis*. 2011;21(1):147–57. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100009>
- Schmidt SMS, Müller FM, Santos E, Ceretta PS, Garlet V, Schmidt S. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. *Saúde debate*. 2014;38(101):305–17. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140028>
- Santos TM, Camponogara S. Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia. *Trab Educ Saude*. 2014;12(1):149–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000100009>
- Silva SM, Lima SS, Andrade MC, Neves CMA, Avila PES. Caracterização dos pacientes internados em uma enfermaria pediátrica de um Hospital de Referência de Belém-PA. *Rev Bras Ciências da Saúde*. 2016;20(3):213–8. doi: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.03.06>
- Negreiros P, Fernandes M, Macedo-Costa K, Silva G. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(1):120–32. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9529>
- Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. *Acta Sci Heal Sci*. 2005;27(2):103–7. doi: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v27i2.1374>
- Santos MA, Santos LN, Sardinha AHL. Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(1):e57506. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.57506>

## ARTIGO ORIGINAL



# A atuação do enfermeiro de unidade psiquiátrica fundamentada na Teoria do Relacionamento Interpessoal

## *The role of nurses in psychiatric units based on the Theory of Interpersonal Relationships*

Carlos Victor Fontenele Pinheiro<sup>1</sup>, Roberlandia Evangelista Lopes<sup>2</sup>, Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo<sup>3</sup>, Alexandra de Oliveira Costa.<sup>4</sup>

**1** Enfermeiro. Hospital Regional Norte. Sobral, CE, Brasil. **2** Enfermeira. Doutora em Educação, Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA. Sobral, CE, Brasil. **3** Enfermeiro. Secretaria da Saúde de Sobral, CE, Brasil. **4** Discente da Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil.

### Abstract

**Objective:** to analyze the performance of nurses in a psychiatric inpatient unit in the light of Hildegard Peplau's Theory of Interpersonal Relationships. **Methods:** qualitative, exploratory and descriptive research. It was held in the second semester of 2018, in a Psychiatric Inpatient Unit. Six nurses participated. Data was collected through a semi-structured interview. **Results:** two categories emerged: a) bonding as a support in the treatment of mental health: the guiding reference was the theory of interpersonal relationships, presenting bonding, as the essential means of care for people with mental disorders, especially for the prescribed therapy; and b) therapeutic communication between nurse-patient-family: demonstrate the importance of therapeutic communication between these three main axis, aiming a nurse-patient-family interaction, to contribute to effective care and a trusting bond. **Conclusion:** it was found that the performance of nurses dialogue with the Theory of Interpersonal Care, having or recognizing the advantages of applying the theory in the treatment process, demonstrating the need for nurses to broaden their new knowledge about the theory in question.

**Descriptors:** Mental Health; Psychiatric Nursing; Nursing Care; Nursing Theory.

### Resumo

**Objetivo:** analisar a atuação do enfermeiro da unidade de internação psiquiátrica à luz da Teoria do Relacionamento Interpessoal de Hildegard Peplau. **Métodos:** pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Foi realizada no segundo semestre de 2018, em uma Unidade de Internação Psiquiátrica. Participaram seis enfermeiros. A coleta ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada. **Resultados:** emergiram duas categorias: a) o vínculo como suporte no tratamento em saúde mental: teve como guia norteador a teoria de relacionamento interpessoal, apresentando o vínculo, como meio de cuidado essencial para as pessoas com transtorno mental, especialmente para condução da terapêutica prescrita; e b) comunicação terapêutica entre enfermeiro-paciente-família: demonstrando a importância da comunicação terapêutica entre esses três eixos principais, visando reconhecer a interação enfermeiro-paciente-família, contribuindo com a assistência efetiva e de um vínculo de confiança. **Conclusão:** verificou-se que a atuação dos enfermeiros dialoga com a Teoria do Cuidado Interpessoal, havendo o reconhecimento das vantagens da aplicação da teoria no processo de cuidar, demonstrando a necessidade dos enfermeiros ampliarem seus conhecimentos sobre a teoria em questão.

**Descritores:** Saúde Mental. Enfermagem Psiquiátrica. Cuidados de Enfermagem. Teoria de Enfermagem.

**Autor Correspondente**  
Alexsandra de Oliveira Costa. E-mail: alexsandracosli@gmail.com

**Não declarados conflitos de interesse**

**Submissão**  
09/12/2018

**Aprovação**  
01/06/2019

**Como citar:** Pinheiro CVF, Lopes RE, Araújo CRC, Costa AO. A atuação do enfermeiro de unidade psiquiátrica fundamentada na Teoria do Relacionamento Interpessoal. ReTEP [Internet] 2018 [citado em ];10(3):26-31. Disponível em:

## Introdução

O cuidado de enfermagem é concebido a partir de teorias, tendo estas a finalidade de explicar, descrever, prever ou prescrever um cuidado de enfermagem, emergindo como um guia para direcionar a interpretação dos fenômenos decorrentes do processo de cuidar, com uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que protejam uma tentativa de organização do trabalho da enfermagem.

Dentre as enfermeiras que se destacaram no desenvolvimento de teorias, citam-se: Dorothea Orem, com a Teoria do Autocuidado (1971); Florence Nigthingale, com a Teoria Ambientalista (1820); Irmã Callista Roy, com a Teoria da Adaptação (1939); Wanda de Aguiar Horta (1970), com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas; e Hildegard Peplau, com a Teoria do Relacionamento Interpessoal<sup>(1)</sup>, dentre outras.

Quanto à Teoria de Peplau, esta é descrita em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução, de forma que, sob o olhar desta teoria, o paciente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional, em seguida, o enfermeiro identifica as necessidades do paciente, o qual, durante a interação, fornece pistas a respeito de como visualiza a dificuldade que está experimentando e oferece ao enfermeiro a oportunidade de reconhecer suas carências de informação e compreensão do problema.<sup>(2)</sup>

A Teoria do Relacionamento Interpessoal foi construída baseada na experiência teórica de trabalho com pacientes hospitalizados e com distúrbios de relacionamento, na qual sua intervenção se volta para a relação enfermeiro paciente, uma relação humana entre uma pessoa que está necessitada de cuidados de saúde e o profissional enfermeiro com formação especializada em reconhecer e responder às necessidades de ajuda.<sup>(3)</sup> Assim, é clara a relação entre esta teoria e o contexto da saúde mental, uma vez que, no trabalho com pessoas em adoecimento mental, envolve-se, significativamente, a dimensão interpessoal.<sup>(4)</sup>

Diante do exposto, a pesquisa se mostra relevante face ao momento em que atravessa o campo da saúde mental, de transformação, e às discussões que ocorrem, atualmente, sobre

as formas de conceber, trabalhar, pensar e se relacionar com o fenômeno da loucura e a família, além da importância que a família assume nesta nova perspectiva de tratar e cuidar da pessoa com transtorno mental.

O estudo objetivou analisar a atuação do enfermeiro da unidade de internação psiquiátrica à luz da Teoria Interpessoal de Hildegard Peplau.

## Métodos

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza e abordagem qualitativos. O cenário escolhido foi a Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) de um Hospital Privado, localizado em Sobral, Ceará, que conta com 17 leitos.

Os participantes foram seis enfermeiros que trabalham na referida unidade psiquiátrica. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O trabalho se atentou aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar na UIPHG. Assim, todos os profissionais convidados, participaram do estudo.

As informações foram colhidas nos meses de agosto a setembro de 2017. A coleta ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, orientada por um instrumento construído a partir da Teoria de Hildegard Peplau.

Reiteramos que o anonimato dos participantes foi preservado, atribuindo-se o código "Enf", que representa a palavra Enfermeiro, acompanhado de um numeral, seguindo a ordem crescente das falas, como nos casos: Enf 1, Enf 2, (...) e Enf 6. Após a coleta das informações, os documentos foram analisados mediante análise temática.<sup>(5)</sup>

A pesquisa seguiu os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável no Sistema Integrado de Comissão Científica (SICC), Sobral/CE e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) Nº 2.276.588.

## Resultados e Discussão

O estudo foi organizado nas seguintes categorias: o vínculo como suporte no tratamento em saúde mental e comunicação

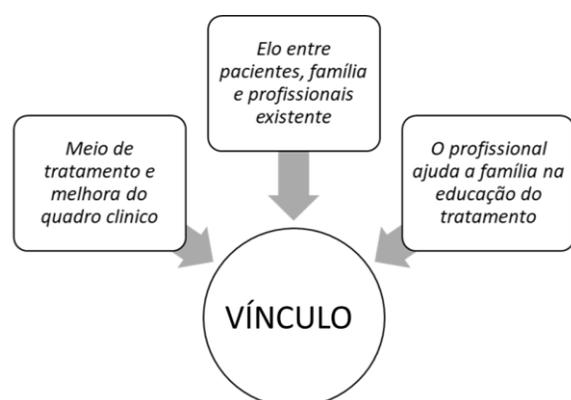
terapêutica entre enfermeiro-paciente-família.

### O vínculo como suporte no tratamento em saúde mental

Essa categoria apresenta o vínculo como componente essencial do cuidado para as pessoas com transtorno mental. O termo aparece também nas falas dos participantes, demonstrando sua importância na abordagem em saúde mental.

Ainda, a despeito do que foi dito, a figura 1, apresenta os principais resultados encontrados nessa categoria.

Figura 1. Expressões que categorizam esse estudo.



Fonte: autoria própria, com base nas falas dos enfermeiros.

Assim, com base na Figura 1, destaca-se as principais ideias desta categoria. Dentre estas, os enfermeiros entrevistados referem que o vínculo é o principal meio para estabelecer confiança, auxiliando no cuidado na assistência, na unidade de psiquiatria como na continuidade desse cuidado no domicílio.

Reforçando o que foi dito acima, seguem as seguintes falas:

(...) existe um vínculo. Nós observamos que essa aproximação do paciente vai facilitar o tratamento e é a partir disso que o processo (de cuidar) acontece (...). (Enf.1).

(...) a família auxilia no tratamento e o profissional ajuda a família na educação do tratamento, fazendo ele perceber, entrando em sua realidade e vendo, verdadeiramente, como é seu estado de saúde (Enf.3).

Os discursos dos enfermeiros sumarizados, revelam a importância da relação profissional-paciente-família, devendo ser de confiança mútua, envolvendo a pessoa com transtorno mental, que necessita de cuidados, e o enfermeiro, que desempenha o papel de educador/cuidador, que ao realizar os cuidados, também educa o paciente e a família para o tratamento. Nesse processo, o familiar apresenta-se essencial, atuando na continuidade da terapêutica, pois conhece seus problemas iniciais e sabe trabalhar no tratamento/enfrentamento de alguns deles.

Fundamentada na Teoria de Peplau, se tem que o vínculo está na terceira fase de sua teoria, ou seja, na exploração, momento em que o paciente começa a perceber as vantagens do encontro terapêutico. Neste contexto, cabe aos enfermeiros utilizar instrumentos de comunicação como o esclarecimento, a escuta, a orientação e a interpretação para oferecer recursos favoráveis à adaptação do paciente. Dessa forma, fica evidente o planejamento com estabelecimento de metas, objetivos e intervenções<sup>(6)</sup>.

Percebe-se, ainda, a necessidade de identificar o vínculo pela pessoa em sofrimento mental, isto, contribui para a habilidade de relacionamento interpessoal pelos enfermeiros.

Tendo em vista esta necessidade de observação e acompanhamento, é necessário analisar a escuta de familiares e cuidadores, pois estes guardam informações importantes sobre sintomas e comportamentos específicos que a pessoa apresenta. Neste sentido, há benefícios no trabalho envolvendo a família e os profissionais de saúde, no contexto da pessoa em adoecimento mental.<sup>(7)</sup>

Aos enfermeiros, cabe orientar o paciente e/ou a família sobre o que está acontecendo e estabelecer vínculo à medida que as preocupações vão sendo identificadas. O trabalho do enfermeiro é realizado em conjunto com as contribuições do paciente e da família, para que possam reconhecer o problema existente e decidir qual a assistência profissional adequada para o caso.<sup>(8)</sup>

O estabelecimento do vínculo com o usuário só é possível por meio da escuta que transcende questões superficiais e aparentes, permitindo a quem escuta assumir uma conformação capaz de mergulhar na subjetividade e particularidade

do modo que cada um manifesta seu sofrimento mental. O usuário tece os elementos necessários para uma escuta qualificada, que são a liberdade, confiança, compreensão, paciência, prontidão para ajudar, atenção para ajudar, abertura à fala para a fluência dos conteúdos mais profundos, não recriminação e sigilo.<sup>(9)</sup>

Outras falas também reforçam a importância do vínculo para o trabalho do enfermeiro no contexto da saúde mental.

Existe sim. Na verdade, eu noto que existe um vínculo maior, entre os profissionais enfermeiros com os pacientes e outros profissionais de nível superior (...) (Enf 2).

(...) a família é de suma importância para um vínculo com a equipe. A partir desse vínculo, existe abertura para criar um vínculo diretamente com o paciente e os que aqui estão (...) (Enf 1).

Para a criação de um vínculo efetivo faz-se necessário uma assistência integral e qualificada, a qual envolve a valorização do ser humano no processo saúde doença, beneficiando o paciente, sem violar a sua autonomia e capacidade de tomar decisões.<sup>(10)</sup>

Os profissionais, por utilizarem a prática de escuta, ajudam os pacientes com transtornos a produzir alívio e a sensação de resolutividade diante das demandas individuais de cada indivíduo, essencialmente no trabalho em saúde, particularmente em saúde mental, quando se dá voz ao sofrimento do outro, propondo-se a auxiliá-lo na busca da resolução de seu problema, assim uma melhora no seu quadro clínico.<sup>(11)</sup>

Assim, diante do que foi exposto, acredita-se que o vínculo constitui um instrumento essencial, visto que proporciona um cuidado de enfermagem individualizado e a promoção de um atendimento efetivo das reais necessidades afetadas dos pacientes.

### Comunicação terapêutica entre enfermeiro-paciente-família

Essa categoria visa demonstrar a importância da comunicação terapêutica entre esses três eixos principais, visando reconhecer a interação enfermeiro-paciente-família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, contribuindo com a

assistência efetiva e de um vínculo de confiança. Peplau enfatiza que a enfermeira deve assegurar o desenvolvimento do relacionamento interpessoal pelo uso dos instrumentos da comunicação, como escuta, esclarecimento, aceitação e ensino<sup>(2)</sup>.

No quadro 1 expõe-se os principais achados nessa categoria.

Quadro 1. Caracterização da contribuição terapêutica em cada sujeito.

PARTICIPANTES DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA	CONTRIBUIÇÃO DE CADA PARTICIPANTE
ENFERMEIRO	Executar técnicas ou procedimentos e propor uma ação de cuidados abrangente, que implica, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação ou seja orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas.
PACIENTE	Estabelece relações de confiança necessárias ajudando a diminuir o medo, a ansiedade e permitir, à pessoa fragilizada a lutar por seu restabelecimento com dignidade encorajando-a a tomar parte ativa na maximização de sua capacidade de funcionamento da sua saúde.
FAMÍLIA	O peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas.

Fonte: autoria própria, com base na Teoria de Relacionamento Interpessoal.

As falas a seguir reforçam os achados do quadro 1, sobre a contribuição de cada participante da comunicação terapêutica:

Nós sabemos que essa comunicação, entre pacientes, família e profissionais, tem que existir. Sabemos que esse paciente está aqui no serviço, buscando suas necessidades, para poder facilitar seu tratamento (...) (Enf. 4).

(...) a família entende do problema, quando essa comunicação, entre profissional e equipe, se verifica com precisão, as reações podem se apresentar melhor, ela sofre menos e passa a acompanhar mais de perto o tratamento do paciente (...) (Enf. 2).

Quando a confiança é estabelecida, informações são proporcionadas e a pessoa é encorajada a tomar parte ativa do cuidado, essa é a principal capacidade de funcionamento da comunicação, pois o profissional cria estratégias para atingir o acompanhamento e abre a porta à satisfação do paciente e à eficiência do cuidado em saúde.

A teoria do relacionamento interpessoal traz uma ideia de vanguarda, mesmo tendo sido escrita em 1952, pois a pessoa em sofrimento psíquico, durante muito tempo, teve sua queixa ignorada, por ser questionado quanto as suas funções mentais. Ao ser inserida nesta perspectiva, as falas dos pacientes tornam-se importantes, dentro da resolução de problemas, e emerge como estratégia potente de empoderamento, indispensável ao seu tratamento.<sup>(12)</sup>

Conhecendo a importância da comunicação terapêutica e suas influências no restabelecimento da saúde dos pacientes, deve-se avaliar se esta ocorre, de modo que se considere relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces desse cuidado ao cliente hospitalizado.<sup>(13)</sup>

A comunicação terapêutica é entendida como uma forma de cuidado, incluindo a empatia, compreendendo as decisões tomadas e suas consequências, sem julgamentos prévios. Necessita também que os profissionais não sejam impositivos, buscando a partir do acolhimento, a integralidade do cuidado, priorizando as ações a serem desenvolvidas.

Assim, compreendemos que a escuta deve ser considerada parte fundamental do cuidado

na perspectiva da atenção psicossocial.

Nas falas, percebe-se, ainda, que a família também adoece, em especial pela sobrecarga do cuidador velada a pessoa com transtorno mental, que pode ocorrer por falhas na comunicação terapêutica, para ambos os participantes envolvidos no processo do cuidar. Seguem, assim, algumas falas que demonstram o exposto.

(...) pois a família encontra-se, já, exausta e cansada e acabamos entendendo, pois, às vezes, são vários surtos diariamente e a família não sabe lidar com isso, além disso, não tem mais força para conter e viver com eles, fora que muitos familiares têm que deixar o emprego para cuidar deles, assim esse vínculo se torna enfraquecido e dificultoso (Enf. 2).

Na verdade, tem como ficar com a família aqui na unidade, mas muitos não têm o acompanhante, pois eles chegam bem assustados e cansados da luta diária com esses pacientes e alguns preferem internar para que consiga descansar um pouco (...) (Enf. 3).

Essa atitude encontra respaldo na teoria de Peplau, que ressalta o significado psicológico dos eventos e que os sentimentos devem ser incluídos nas intervenções de enfermagem.<sup>(14)</sup>

É um momento em que o relacionamento interpessoal permite que ambos coloquem suas expectativas, o que reduz a sensação de desamparo e desesperança, promovendo um olhar mais otimista sobre a situação de saúde apresentada.<sup>(15)</sup>

A comunicação terapêutica é importante em qualquer contexto de saúde, no entanto, em saúde mental assume extrema importância, devido a natureza dos problemas.<sup>(16)</sup>

Estudos revelam que a sobrecarga familiar se refere às consequências que afetam o cotidiano da família, tais como os gastos financeiros; a desestruturação social, profissional e familiar e sua consequente reorganização; as tarefas extras que a família assume em alguns casos como higiene, transporte, controle das medicações, alimentação, lazer, acompanhamento do tratamento e os comportamentos de seu familiar doente (tentativas de suicídio, por exemplo). Essas questões causam desgaste físico, mental e emocional, com os quais a família convive e se reorganiza constantemente.<sup>(16)</sup>

A família é um apoio para todas as pessoas,

com transtornos mentais não seria de modo diferente. Os cuidadores das pessoas acometidas por transtornos mentais são pessoas que também necessitam de atendimento especializado, pois se os próprios pacientes com transtornos mentais têm um sofrimento psíquico, deve-se levar em consideração as pessoas que convivem com eles e que percebem todos os sintomas e situações de risco.

Entre as limitações do estudo, refere-se à quantidade de participantes da pesquisa, ou seja, seis enfermeiros, além de ter alcançado apenas um espaço de atuação em saúde mental, no caso a Unidade de Internação Psiquiátrica, porém o estudo não perde sua cientificidade, pois se norteia em uma teoria de enfermagem que objetiva estabelecer um vínculo entre profissional-paciente-família, que é caracterizado como o principal meio de cuidado em saúde mental.

## Conclusão

Percebeu-se que cada enfermeiro tem uma percepção sobre o cuidado em saúde mental, mesmo estabelecendo respostas de teores similares.

Verificou-se que a atuação dos enfermeiros dialoga com a Teoria do Cuidado Interpessoal, havendo o reconhecimento das vantagens da aplicabilidade da teoria no processo de cuidar, demonstrando a necessidade dos enfermeiros ampliarem seus conhecimentos sobre a teoria em questão.

O trabalho guarda um potencial para estimular as pesquisas em saúde mental, nos seus mais diversos cenários, entre eles, Estratégia Saúde da Família, Centro de Atenção psicossocial, grupos terapêuticos, a partir do uso da Teoria de Peplau.

## Referências

1. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica. Barcelona: MassonSalvat; 1991.
2. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. Originally published: Houndmills, Basingstoke, Hampshire Macmillan; 1988.
3. Belcher JR, Fish LJB, Hildegard EP. In George JB. (Coord.). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto alegre: Artmed; 2000. p.45-57.
4. Braga FS, Olschowsky A. Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Rev enferm UFPE online. 2015; 9(3):7086-94. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i3a10438p7086-7094-2015>
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
6. Belcher JR, Fish LJB, Hildegard EP. In George JB. (Coord.). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto alegre: Artmed; 2000. p.45-57.11.
7. Dalgalarondo PS. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
8. Rodrigues IDCV, Nery IS, Freire MSS, Santos LNM, Silva GBF, Luz MHBA. Reflexão sobre a aplicação da teoria do relacionamento Interpessoal à mulher em situação abortiva. Reuol. 2014;8(10):3533-8. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10086/10536>
9. Mielke BF, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc Saúde Colet. 2014;14(1):159-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>
10. Fernandes MA, Almeida JS, Oliveira EKC, Sousa KHJF. Processo de enfermagem baseado na Teoria do Relacionamento Interpessoal de Peplau aplicado à esquizofrenia. Rev Enferm UFPI. 2018;7(3):42-7. doi: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.7342-47>
11. Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Rev Eletrôn Enferm. 2006;6(2):292-7. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista6\\_2/pdf/R4\\_comunica.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf)
12. Fernandes RL, Miranda FAN. Análise da Teoria das Relações Interpessoais: cuidado de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial. Rev enferm UFPE on line.2016;10(Supl. 2):880-6.
13. Bandeira ML, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. J Bras Psiquiatr. 2015;54(1):34-46. Disponível em: <http://bibliotecaparaalaperonaepimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/archives/HA SH01e0.dir/doc.pdf>
14. Oliveira CN, Nunes EDCA. Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. Texto contexto-enferm. 2014;23(4):954-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000400954](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400954)
15. Porto AZ, Thofehrn MB, Dal-Pai D, Amestoy SC, Joner LR, Palma JS. Teorias de enfermagem e modelos que fortalecem a prática profissional. Rev Pesqui.: cuid fundam. 2013;5(5):155-61. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n5esp155>
16. Serqueira C. Comunicação terapêutica em saúde mental. Rev Portuguesa Enfermagem Saúde Mental. 2014;(12):6-8. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>