



## **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**

João Pessoa-PB	v. 9	n. 1	p. 1-96	Jan./Jun. 2011
----------------	------	------	---------	----------------

## ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR

### Diretora-Presidente da Entidade Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

### Diretor Vice-Presidente

João Fernando Pessoa Silveira

### Diretor da FACENE

Eitel Santiago Silveira

### Diretora da FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

### Coordenadora do

#### Curso de Enfermagem - FACENE

Nereide de Andrade Virgínio

### Coordenadora do

#### Curso de Medicina - FAMENE

Gladys M. Cordeiro da Fonseca

## ÓRGÃOS DE APOIO ADMINISTRATIVO

### Secretaria Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

### Tesouraria

Alexandre Henrique Santiago Silveira

### Recursos Humanos

Tatyanne Souto Primo

### Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene

Rosa Rita da Conceição Marques

### Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmicas

Oriana Deyze Paiva Correia Leadebal

### Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo - CRB 15/103

Liliane Soares da Silva Moraes - CRB 15/487

## Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança - Semestral

Tiragem: 300 exemplares

### Capa

Luiz de Souza Soares

### Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança -

ISSN 1679-1983

Av. Frei Galvão, 12

Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil

CEP: 58.067-695 - Telefone: (83) 2106-4791

Site: [www.facene.com.br](http://www.facene.com.br)

E-mail: [revista@facene.com.br](mailto:revista@facene.com.br)

## Editora

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

## CONSELHO EDITORIAL

- André Sales Barreto - UFS-SE
- Clélia Albino Simpson – UFRN-RN
- Fátima Raquel Rosado Moraes – UFRN-RN
- Francisco Arnaldo Nunes de Miranda – UFRN-RN
- Homero Perazzo Barbosa – FACENE/FAMENE-PB
- Iara de Moraes Xavier – UnB-DF
- Iolanda Bezerra da Costa Santos – UFPB-PB
- Jackson Roberto G. S. Almeida – UNIVASF-PE
- José Augusto Peres – UnP-RN
- Josean Fechine Tavares – UFPB-PB
- Katy Lísias Gondim Dias – FAMENE-PB
- Leonardo Rigoldi Bonjardim – UFS-SE
- Liana Clébia Soares Lima de Moraes – UFPB-PB
- Lucindo José Quintans Júnior – UFS-SE
- Marcos Antônio Jerônimo Costa – FACENE-PB
- Marcos Antônio Nóbrega de Sousa – UEPB-PB
- Maria Júlia Guimarães de O. Soares – UFPB-PB
- Marta Miriam Lopes Costa – UFPB-PB
- Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino – UNIPÊ-PB
- Regina Célia de Oliveira – UP-PE
- Rinaldo Henrique Aguiar da Silva – Famema-SP
- Roque Marcos Savioli – INCOR/FMUSP-SP
- Rosana Carla do Nascimento Givigi - UFS-SE
- Simone Carneiro Maldonado – UFPB-PB

### Diagramação

Magno Nicolau

### Edição

Ideia Editora Ltda.

[ideiaeditora@uol.com.br](mailto:ideiaeditora@uol.com.br)

A partir do triênio 2007/2009 a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança obteve o Qualis “B5”, pela Capes, para as áreas de Enfermagem e Medicina.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC.

Impressa no ano de 2012.

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. v.9 n. 1.  
João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova  
Esperança – FACENE, 2011.

v.: il.;

Semestral  
ISSN 1679-1983

1. Ciências da Saúde - Periódico I. Título.

CDU – 61(05)

# Sumário

**EDITORIAL, 5**

**ARTIGOS ORIGINAIS**

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADORES DE AUTISTAS, 7**

Isolda Maria Barros Torquato  
Isabelle de Alencar Freire  
Francisco de Assis Coutinho Pontes Júnior

**O NÍVEL DE ESTRESSE EM ENFERMEIROS DURANTE O TRABALHO COM PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS, 15**

Solange Nunes da Costa  
Johny Carlos de Queiroz  
Lucídio Clebeson de Oliveira  
Caionara Angélica da Silva  
Mara Léia Távora Vieira

**SAÚDE DO IDOSO: COMPORTAMENTO DE RISCO PARA DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, 23**

Neuza Rita Krein  
Anne Jaquelyne Roque Barreto  
Sandra Aparecida de Almeida

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA ATENÇÃO À PRIMÍPARA, 33**

Moniky Lopes Evangelista de Oliveira  
Lorrainy da Cruz Solano  
Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins  
Ana Cristina Arrais  
Ana Paula de Carvalho Bezerra

**ASSOCIAÇÃO ENTRE ACIDENTE OFÍDICO E TRABALHO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, 41**

Maria de Fátima Leandro Marques  
Diana Lopes Lacerda Martins  
Aline Roseane Queiroz de Paiva

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: VISÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, 49**

Anne Jaquelyne Roque Barrêto  
Cibele de Oliveira da Silva  
Khátia Regina Silva Santos  
Aline Moraes

**ALEITAMENTO MATERNO: DIFICULDADES DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS  
PREMATUROS, 59**

Bianca Fonsêca Anízio

Ana Paula Silva de Oliveira

Brígida Karla Fonsêca Anízio

Cíntia Bezerra Almeida

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca

**ARTIGOS DE REVISÃO**

**SEXUALIDADE E LOUCURA: DITOS, INTERDITOS E NÃO-DITOS, 69**

Raimundo Valdocí de Melo Júnior

Lorrainy da Cruz Solano

Jacileide Guimarães

Raimunda Medeiros Germano

Soraya Maria de Medeiros

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES PORTADORES  
DIABETES TIPO 1, 75**

Oneide Raianny Monteiro Lacerda

Daniela Karina Antão Marques

Ilana Vanina Bezerra de Souza

Paulo Emanuel Silva

Jogilmira Macedo Silva

**NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS EM ADOLESCENTES: IDENTIFICAÇÃO  
DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, 83**

Kenia de Lima Silva

Daniela Karina Antão Marques

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Ilana Vanina Bezerra de Souza

Oneide Raianny Monteiro Lacerda

**Normas, 89**

# Editorial

## **AS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS DE ACORDO COM A NOVA ORTOGRAFIA BRASILEIRA**

A Reforma Ortográfica da Língua Portuguesa é um acordo proposto em 16 de novembro de 1990, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 54 de 18 de abril de 1995 e oficializada pela Resolução nº 17, de 7 de maio de 2008. Com a Reforma, 9 países que falam a Língua Portuguesa (PFLP) sofreram alterações em sua língua, a saber: Brasil, Portugal, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Angola, Moçambique, Macau e Timor-Leste.

A Língua Portuguesa é a 5ª língua mais falada do mundo, por cerca de 210 milhões de pessoas, e é a 3ª mais falada do Ocidente, perdendo apenas para o inglês e o espanhol. Diante desses dados, o Acordo Ortográfico veio para facilitar o intercâmbio cultural entre estes países, com a unificação da língua, facilitando a livre circulação de livros sem haver a necessidade de revisão. Com a unificação, muitas publicações poderão circular internacionalmente pelas comunidades das nações desenvolvidas.

Como há 2 grafias oficiais, a do Brasil e a de Portugal, fez-se necessário padronizar a Língua Portuguesa para que esta pudesse ser considerada um dos idiomas oficiais da Organização das Nações Unidas. Portugal foi o país que mais sofreu alterações em seu vocabulário, com 1,6% das palavras, enquanto o Brasil teve alterações apenas em 0,45%.

A partir de 2009, o Brasil passou a aplicar as regras e continua sem fase de adaptação. Tem-se percebido, no entanto, que este período de adequação à nova regra ortográfica pode durar um pouco mais do que o estabelecido previamente, com prazo de 3 anos, pois tem provocado dúvidas entre estudantes e profissionais de várias áreas que precisam constantemente atualizar seus conhecimentos, sejam em publicações de artigos científicos sejam na produção de monografias e projetos de pesquisa.

Surgem dúvidas quanto à pronúncia de palavras como 'tranquilidade' e 'frequência', que perderam os acentos, anteriormente auxiliares das pronúncias. Outra

grande mudança ocorreu nos acentos diferenciais entre verbos e preposições, por exemplo. Para (verbo) e para (preposição) não têm mais a nítida distinção, assim como nos verbos que possuíam o acento circunflexo na forma plural, como em 'ele vê' e 'eles veem'. Vale lembrar que as mudanças ocorrem apenas em nível de ortografia, mantendo-se as pronúncias características de cada país.

Os maiores entraves já encontrados nos trabalhos acadêmicos estão em face da utilização do trema e da aplicação correta do hífen, que sofreu diversas modificações, inclusive em palavras bastante usadas pela área acadêmica de saúde como socioeconômico, autoestima, semiestruturada, anteprojetado, ultrassonografia, anti-inflamatório, hipertireoidismo etc.

Os livros publicados, com a Reforma Ortográfica em vigor, já possuem a nova ortografia brasileira, o que provoca grandes polêmicas quanto ao custo financeiro na obtenção e reeditoração de novos livros. Além de mexer com a economia do país, a mudança linguística causa ainda desconforto e resistência de muitos estudiosos e pesquisadores que se veem obrigados a reescrever e reformular suas obras, refazer projetos e artigos, em prol da nova condição da língua.

Apesar dos transtornos iniciais, a

intenção do novo acordo é satisfatória, uma vez que promove uma comunicação mais dinâmica, clara e objetiva entre os países do PFLP. Sabemos que a área da saúde é bastante instável quanto à necessidade de constantes atualizações trazidas por novas pesquisas e descobertas. Esta atualização também ocorre com a língua usada nas pesquisas. Sendo assim, a saúde e a linguística são dois campos de conhecimento vulneráveis à curiosidade e à constante busca do ser humano em se superar, em buscar respostas para seus questionamentos e sair da zona de acomodação.

O progresso da humanidade depende e está diretamente ligado a este desequilíbrio humano de querer mais, de conhecer e experimentar novas possibilidades para seu crescimento pessoal, social e profissional. Portanto, a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança incentiva e esclarece os pesquisadores que já contribuíram e continuam contribuindo com nosso periódico para que permaneçam buscando respostas para suas dúvidas e, conseqüentemente, tragam inovações para o campo acadêmico-profissional.

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira  
(Mestre em Letras pela UFPB, escritora,  
psicopedagoga e editora da Revista de Ciências  
da Saúde Nova Esperança)

# Artigo Original

## AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADORES DE AUTISTAS

Isolda Maria Barros Torquato<sup>1</sup>

Isabelle de Alencar Freire<sup>2</sup>

Francisco de Assis Coutinho Pontes Júnior<sup>3</sup>

---

### RESUMO

O autismo, também conhecido como transtorno autístico, é uma síndrome comportamental caracterizada por desvios qualitativos no aprendizado, na comunicação e na interatividade social. Os autistas enfrentam importantes dificuldades no que se refere à realização de tarefas comuns devido ao envolvimento motor e mental, aumentando dessa maneira a dependência funcional, o que pode resultar em sobrecarga e comprometimento na qualidade de vida dos cuidadores envolvidos. Teve-se como objetivo avaliar a sobrecarga e a qualidade de vida em 30 cuidadores de pacientes autistas. Trata-se de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, onde se utilizou um questionário contendo características do cuidador, o *Zarit Burden Interview*, o *Medical Outcomes Study-36* e o índice de *Barthel*. Para análise estatística utilizou-se o Software *Excel 2003*, realizando-se o teste *Intra-Class Correlation* de *Pearson*. Como resultado, predominaram as mulheres (90%), casadas (66,7%), idade acima de 40 anos ( $41,26 \pm 8,85$ ), escolaridade superior (73,7%) e parentesco de primeiro grau (86,7%). A correlação entre sobrecarga do cuidador e o nível de dependência dos autistas foi  $r = 0,712$ . A correlação entre a sobrecarga dos cuidadores e os aspectos referentes à sua qualidade de vida foram negativos em todos os domínios: Capacidade funcional ( $r = -0,26$ ); Aspectos físicos ( $r = -0,19$ ); Dor ( $r = -0,21$ ); Estado geral de saúde ( $r = -0,04$ ); Vitalidade ( $r = -0,36$ ); Aspectos sociais ( $r = -0,35$ ); Aspectos emocionais ( $r = -0,24$ ); Saúde mental ( $r = -0,19$ ). Os cuidadores de autistas apresentaram comprometimento em sua qualidade de vida, o que justifica a necessidade de uma assistência especial para a minimização de prejuízos no seu bem-estar.

**Palavras-chave:** Transtorno autístico. Cuidadores. Qualidade de vida.

---

### INTRODUÇÃO

O transtorno autístico é definido como uma síndrome comportamental caracterizada por desvios qualitativos no aprendizado, na comunicação e na interatividade social<sup>1</sup>. Estima-se que a prevalência mundial do autismo possa variar de 40 a 130 por 100.000 habitantes, ocupando o terceiro lugar entre os distúrbios do desenvolvimento<sup>2</sup>. Segundo Kuperstein,<sup>3</sup> observa-se uma prevalência maior no sexo masculino em relação ao feminino cuja proporção é de 4:1. No Brasil, os índices estatísticos ainda encontram-se subestimados, não dispondo de dados oficiais.

As manifestações clínicas apresentadas pelos indivíduos com distúrbios do espectro autista variam amplamente em termos de gravidade, podendo alguns deles apresentar importantes dificuldades no que se refere à realização de tarefas comuns de vida diária, aumentando desta maneira a dependência de cuidadores<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ e enfermeira da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Mestre em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG); do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ); e da FACENE. End.: Av. Alagoas, 487, Bairro dos Estados. João Pessoa - Paraíba - Brasil. CEP: 58030-150. Tel.: (83)9382-2606. E-mail: isoldatorquato@ig.com.br.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta do Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. João Pessoa - Paraíba.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta do Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência. Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. João Pessoa - Paraíba. E-mail: fpontesjunior@bol.com.br.

O termo cuidar deriva da palavra *cogitare*, cujo sentido é *cogitar, pensar, dar atenção*. Logo, cuidador é todo aquele familiar, profissional da saúde ou não, que dedica atenção a alguém com o propósito de prover os recursos requeridos pela pessoa cuidada<sup>5</sup>. No entanto, desempenhar essa tarefa pode ocasionar importantes mudanças na vida das pessoas que a desenvolvem e algumas delas geram situações de estresse principalmente devido à redução do tempo livre, esgotamento físico e psíquico. Além disso, a concomitância com outras atividades diárias e o próprio enfretamento solitário do cuidador em um processo no qual a doença é incapacitante, resultando em sofrimento a uma pessoa querida, pode gerar diversos conflitos emocionais e importantes alterações na conjuntura familiar<sup>6</sup>.

A arte do cuidar pode desencadear uma série de consequências, sejam elas físicas ou psicológicas, para quem desenvolve esta atividade. Uma das mais comumente observadas nos estudos relacionados refere-se à ocorrência do estresse. Este último refere-se a uma reação do organismo a situações extremamente difíceis em que muitas vezes o indivíduo não está preparado para enfrentá-las. Estas alterações envolvem reações fisiológicas no organismo diante de demandas que exigem maior energia adaptativa para restabelecer o equilíbrio interno e a interpretação do indivíduo sobre os eventos experienciados<sup>7</sup>. As características próprias do comportamento de pessoas com autismo, somadas à severidade do transtorno, podem constituir estressores em potencial para os cuidadores e a família<sup>8,9</sup>.

A arte do cuidar é complexa e exige do cuidador a compreensão de sua totalidade, já que em muitas ocasiões as reações e comportamentos do ser assistido podem dificultar o desempenho do cuidador frente as suas atividades. Certamente isto pode resultar em episódios rotineiros de estresse afetando a sua saúde, a relação entre ambos e conseqüentemente à qualidade do cuidado prestado.

Diante das possíveis repercussões, esgotamento físico e emocional que esta atividade pode ocasionar ao prestador de cuidados a realização de estudos na área da qualidade de vida em diversas linhas da saúde tem sido bastante frequente, já que tal objeto pode proporcionar um meio de

compreender melhores possibilidades de saúde das populações envolvidas. Neste sentido, o objetivo do nosso trabalho foi avaliar a sobrecarga e a qualidade de vida em cuidadores de pacientes autistas correlacionando com o grau de dependência destes.

## METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa. Dos 60 cuidadores de pacientes com autismo, cadastrados na Associação de Pais e Amigos do Autista da Paraíba (AMA), onde foi realizada a pesquisa, 30 participaram do estudo, mediante estarem enquadrados nos critérios estabelecidos. De modo a garantir uma uniformidade do grupo pesquisado foram incluídos os cuidadores que permanecessem cinco ou mais dias da semana em contato com o autista, há pelo menos seis meses, sendo excluídos cuidadores com algum tipo de deficiência mental, remunerados ou que se recusaram a participar do estudo.

A coleta de dados teve uma duração de três meses (janeiro a março de 2009) e ocorreu por meio de uma entrevista estruturada, realizada estritamente por uma única pesquisadora na própria AMA, às terças-feiras das 18h às 21 horas, horário de reuniões estabelecido com o grupo envolvido pela presidente da Associação.

Para a obtenção das informações inerentes à pesquisa, utilizou-se um formulário, constituído por questões fechadas, abordando variáveis sociodemográficas do cuidador. Além deste, também foram aplicados os questionários de Sobrecarga do Cuidador (*Zarit Burden Interview*) (ZBI)<sup>10</sup>, o qual é composto por 22 itens que avaliam a relação cuidador-paciente, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, finanças e vida social. A escala de respostas varia de 0 a 4, de acordo com presença ou intensidade de uma resposta afirmativa (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=frequentemente e 4=sempre). A exceção é o último item, no qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador e as respostas são: 0=nem um pouco, 1=um pouco, 2=moderadamente, 3=muito, 4=extremamente. O escore total da escala varia de 0 a 88. Quanto maior o escore maior a sobrecarga.



Para a análise da qualidade de vida utilizou-se o *Medical Outcomes Study - 36 (SF-36)* que contém 36 itens, dos quais 35 encontram-se agrupados em oito dimensões (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental) e um último item que avalia a mudança de saúde no tempo. Para cada dimensão, os itens do SF-36 são codificados, agregados e transformados em uma escala de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde)<sup>11;12</sup>.

A análise do grau de dependência dos pacientes autistas envolvidos foi realizada a partir da aplicação do *Índice de Barthel*, desenvolvido para mensurar a capacidade funcional em dez atividades de vida diária, obtendo uma estimativa quantitativa do grau de dependência do sujeito. Os escores parciais obtidos variam entre 0 e 10 ou 0 e 15. O escore total obtido varia entre 0 e 100. Altos valores do índice de Barthel indicam menor comprometimento funcional<sup>13</sup>.

As medidas de concordância foram expressas em termos de coeficientes de correlação e a análise estatística dos dados foi feita utilizando-se o Coeficiente de Correlação Intraclases de *Pearson* por meio do Software *Excel 2003*. A metodologia utilizada neste estudo foi elaborada, atendendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovada na 10ª reunião Ordinária (Protocolo nº 0513/2008) realizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Todos os envolvidos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam esclarecimentos sobre a metodologia utilizada.

## RESULTADOS

Conforme pode ser visto na **Tabela 1**, observa-se que, entre os cuidadores avaliados, 90% (27) eram do gênero feminino, 66,7% (20) apresentavam faixa etária igual

**Tabela 1:** Características demográficas dos cuidadores de autismo. João Pessoa. Paraíba. Brasil. 2009.

Variáveis	n	%	Média/Desvio Padrão
<b>Gênero</b>			
Masculino	3	10,0	
Feminino	27	90,0	
<b>Idade</b>			
≥ 40 anos	20	66,7	41,26 (± 8,85)
< 40 anos	10	33,3	
<b>Estado civil</b>			
Solteiro(a)	2	6,7	
Casado(a)	20	66,7	
Desquitado(a)	8	26,6	
<b>Escolaridade</b>			
Ensino básico	8	26,7	
Ensino superior	22	73,3	
<b>Trabalha</b>			
Sim	9	30,0	
Não	21	70,0	
<b>Parentesco</b>			
Pais	24	80,1	
Cônjuge	2	6,6	
Outro	4	13,3	
<b>Tempo de cuidados</b>			
Seis meses a um ano	2	6,6	
Mais de um ano	28	93,4	
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

ou acima dos 40 anos de idade, cuja média era de 41 anos. Além disso, 66,7% apresentavam uma vida conjugal estável, 73,3% (22) tinham escolaridade superior e todos apresentavam algum grau de parentesco familiar, sendo que 80,1% (24) deles eram pais.

Os escores médios das dimensões avaliadas pelo SF-36 encontram-se apresentados na **Tabela 2**. Observamos, a partir dos resultados, que o domínio capacidade funcional foi o menos comprometido para a qualidade de vida. As pontuações mais baixas corresponderam a dimensões vitalidade (60,6) e estado geral de saúde (65,7).

Quanto à pontuação média da escala de sobrecarga de *Zarit Burden Interview* e o *Índice de Barthel*, constatou-se escores respectivos de 33,8 e 48,83 pontos, o que eviden-

cia uma sobrecarga e dependência moderada. Verificou uma correlação positiva bastante significativa entre estas variáveis ( $r = 0,712$ ), mostrando que quanto maior o grau de dependência do autista, maior será a sobrecarga do cuidador envolvido (**Tabela 3**).

A **Tabela 4** mostra a correlação da qualidade de vida do cuidador com a variável sobrecarga através da correlação de *Pearson*. Destacam-se correlações negativas estatisticamente significativas no domínio do SF-36 e os demais domínios com a escala *Zarit*, exceto capacidade funcional, indicando que quanto menor o escore médio do índice geral de qualidade de vida, maior o escore médio do *Zarit Burden Interview*. Portanto, quanto maior a sobrecarga, menor os escores de QV.

**Tabela 2:** Escores das dimensões do questionário SF-36.

Dimensões	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	86,1	18,1
Aspectos Físicos	66,6	31,0
Dor	66,3	19,7
Estado Geral de Saúde	65,7	16,9
Vitalidade	60,6	20,0
Aspectos Sociais	73,6	20,6
Aspectos Emocionais	75,4	30,3
Saúde Mental	66,6	18,6

**Tabela 3:** Média, Desvio Padrão e Coeficiente de Correlação de *Pearson* das variáveis de dependência funcional e sobrecarga do cuidador.

Dimensões	Média	Padrão	Desvio	<i>r</i>
Dependência Funcional	48,83	22,41		0,712
Sobrecarga	33,8		10,01	

**Tabela 4:** Coeficientes de correlação de *Pearson* entre os domínios de qualidade de vida, dependência e sobrecarga.

Dimensões da Qualidade de Vida	Sobrecargar*( <i>p</i> )
Capacidade Funcional	-0,26 (0,485)
Aspectos Físicos	-0,19 (0,004)*
Dor	-0,21 (0,019)*
Estado Geral de Saúde	-0,04 (0,005)*
Vitalidade	-0,36 (0,018)*
Aspectos Sociais	-0,35 (0,033)*
Aspectos Emocionais	-0,24 (0,001)*
Saúde Mental	-0,19 (0,004)*

\*Correlação negativa de moderada a substancial

## DISCUSSÃO

Neste estudo, foi observado que a maioria dos cuidadores são predominantemente mulheres adultas, casadas e não exercem atividades remuneradas. Estes achados, a exemplo dos Buzantto e Berezin<sup>14</sup> e Martins, Ribeiro e Garrett<sup>15</sup> apenas reforçam o papel social da mulher como cuidadora principal e que o cuidado às pessoas dependentes fica predominantemente a cargo de familiares mais próximos, principalmente mães. Rodriguez<sup>16</sup> corrobora ressaltando que este tipo de modelo de assistência informal, conferido predominantemente às mulheres, reflete um prejuízo significativo no seu desenvolvimento profissional, o qual se mantém, na maioria das vezes, estagnado, devido à dedicação integral voltada para o indivíduo que necessita de cuidados.

A desigualdade da divisão de tarefas exercidas pelos membros da família favorece a desistência da continuidade do exercício profissional pelo cuidador principal, o qual acaba por dedicar-se inteiramente ao paciente dependente, neste caso em específico o autista, executando apenas atividades domésticas, como foi igualmente constatado neste e em outros estudos, a exemplo de Almeida<sup>17</sup>.

Sobre os objetos principais desta pesquisa, constatou-se que a utilização de um instrumento específico de análise das atividades do cuidador possibilitou uma correlação satisfatória com a avaliação da qualidade de vida, cujos resultados evidenciaram que os cuidadores que referiram maior sobrecarga apresentaram menos qualidade de vida em sete dos oito domínios apresentados.

A sobrecarga física, segundo Bocchi<sup>18</sup>, comumente está mais relacionada a pacientes mais dependentes para as atividades instrumentais e de vida diária, ocasionando uma redução do tempo dos cuidadores para os próprios cuidados pessoais e da saúde. Sales et al<sup>14</sup> enfocam que a intensidade da sobrecarga desenvolvida, a partir da atividade do cuidar, pode desencadear distúrbios de fundo emocional e também problemas físicos, comprometendo não apenas a qualidade de vida de quem cuida, mas também de quem recebe estes cuidados.

Sobre os aspectos avaliados a respeito da qualidade de vida por meio do Inquérito de Qualidade de Vida SF-36, evidenciaram-

se resultados estatisticamente significativos em aspectos relacionados aos sete domínios exceto em relação à capacidade funcional.

Os distúrbios físicos são bastante evidentes em outros estudos que tiveram como objeto de pesquisa verificar a qualidade de vida em populações de cuidadores de pacientes de patologias crônicas. Francischetti<sup>5</sup> evidenciou que as dores articulares, a cefaléia, a mialgia e a astenia foram os principais sintomas mencionados em sua amostra. Karsch<sup>20</sup> chama a atenção para a predominância de sintomas reumatológicos entre os cuidadores, principalmente para as lombalgias como queixas principais.

Apesar de não haver, no presente estudo, uma investigação sobre o tipo de distúrbio mais mencionado pelos participantes, evidenciou-se que este domínio foi considerado como um dos itens que pode comprometer o bem-estar e a qualidade de vida do cuidador.

Sobre o domínio social, observou-se que existem alterações, muitas vezes permanentes, de quem desenvolve esta tarefa, principalmente quando este é membro familiar efetivo, acarretando com isso uma sobrecarga subjetiva e conseqüentemente limitações qualitativas na sua vida. Os resultados aqui obtidos confirmam dados da literatura<sup>21,22,23</sup> os quais constataram que as restrições do lazer e de atividades sociais são consideradas como alterações evidentes na vida dos cuidadores e que tais restrições geram elevada sobrecarga entre eles.

A própria restrição e a reorganização dos horários e atividades cotidianas, adotadas por parte do cuidador, leva ao distanciamento do seu círculo de amigos e da convivência familiar<sup>24</sup>. Além disso, essa restrição social gera mais problemas no trabalho e uma maior frequência de conflitos familiares<sup>5</sup>. Um dos estudos que comprovaram essa limitação na atividade social foi o de Amendola<sup>25</sup> onde 35,1% dos cuidadores não apresentavam nenhuma atividade social, exceto as que ocorriam no domicílio.

Para Cardoso<sup>26</sup>, o comprometimento físico, social, o próprio despreparo de muitos cuidadores, a falta de respostas sobre como atuar diante de comprometimentos apresentados pelo ser cuidado e até mesmo a presença de sentimentos de culpa, frustração e raiva, que normalmente acompanham a responsabilidade do cuidador, gera importantes

problemas emocionais, como ficou evidente nos resultados.

Westphal<sup>27</sup> menciona que, quanto maior a necessidade de cuidados e tempo dispensado nesta atividade, maiores serão as ocorrências de transtornos depressivos, de estresse e ansiedade, apresentadas pelo cuidador. Isso demonstra uma relação com o estudo atual já que a maioria dos cuidadores apresentou um tempo de cuidado superior a três anos e em que se evidenciou uma relação estatística significativa com o domínio relacionado à saúde mental e aos aspectos emocionais.

Muitos cuidadores, principalmente mães, consideradas como cuidadoras principais, utilizam as crenças religiosas no sentido de manter a melhora do filho cuidado, como estratégia de enfrentamento e minimização da sobrecarga<sup>28</sup>. Outras, por sua vez, apostam na realização, por parte do paciente, de estratégias de tratamento variadas, como esperança de maximizar a recuperação do mesmo e secundariamente atenuação da dependência.

Esta estratégia é vista com positividade por Barroso, Bandeira e Nascimento<sup>29</sup>, os quais consideram ser de grande importância a prática de atividades ocupacionais e recreativas, as quais poderão atuar como um fator

de proteção para minimizar a sobrecarga familiar, já que, quanto maior a passividade dos pacientes, maior será a sobrecarga dos familiares e em específico do cuidador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente, a partir dos resultados, que a atividade do cuidar pode ocasionar comprometimento na sua qualidade de vida, a qual é refletida a partir de sintomas físicos, emocionais, na conjuntura familiar, no próprio trabalho e nas suas relações sociais. A análise da qualidade de vida demonstra ser um bom indicador da situação do cuidador, propiciando a aquisição de subsídios para o planejamento e implementação de ações por parte dos profissionais de saúde, destinadas àqueles que apresentam uma maior sobrecarga e comprometimento da sua qualidade de vida.

Portanto, é possível concluir que os cuidadores de autistas também apresentam comprometimento de sua qualidade de vida, o que justifica a necessidade de acompanhamento contínuo e uma atenção especial para a minimização de prejuízos no seu bem-estar.

---

## VERIFICATION OF OVERLOAD AND QUALITY OF LIFE IN CARERS OF AUTISTIC

### ABSTRACT

Autism also known as autistic disorder is a behavioral syndrome characterized by qualitative differences in learning, communication and social interactivity. Autistics are experiencing significant problems with regard to common tasks due to mental and motor involvement, thereby increasing the functional dependence, which can result in overload and impairment in quality of life of caregivers involved. To evaluate the overhead and quality of life in caregivers of autistic patients. It is a cross-sectional study with a quantitative approach, which we used a questionnaire containing characteristics of the caregiver, the Zarit Burden Interview, the Medical Outcomes Study-36 and Barthel index. Statistical analysis used the software Excel 2003, performing the test Intra-Class Correlation of Pearson. As a result, prevalence of women (90%), married (66.7%), age over 40 years ( $41.26 \pm 8.85$ ), higher education (73.7%) and first degree relatives (86.7%). The correlation between caregiver burden and the level of dependency of autism was  $r = 0.712$ . The correlation between caregiver burden and aspects related to their quality of life, were negative in all domains: physical function ( $r = -0.26$ ), physical aspects ( $r = -0.19$ ), pain ( $r = -0.21$ ), general health ( $r = -0.04$ ), Vitality ( $r = -0.36$ ), social aspects ( $r = -0.35$ ), emotional aspects ( $r = -0.24$ ); Mental Health ( $r = -0.19$ ). The caregivers of autistic patients showed impairment in their quality of life, which justifies the need for special assistance to minimize losses in their welfare.

**Keywords:** Autistic disorder. Caregivers. Quality of life.

---

## REFERÊNCIAS

1. Klin A. Autismo e transtornos invasivos do desenvolvimento. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2006; Supl.28(1):1-2.
2. Fombonne E. Epidemiological trends in rates of autism. *Mol Psychiatry*. 2002; Supl.7(1):2-4.
3. Kuperstein AL. Autismo. 2009. [acesso em 19 Fev 2010]. Disponível em: <http://www.autismo.com.br/>.
4. Whoqol Group HOQOL GROUP. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). World Health Organization, 1993. In Bowling A (ed). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press; 1997.
5. Francischetti S. A sobrecarga em cuidadores familiares de crianças portadoras de paralisia cerebral grave. 2006. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo; 2006.
6. Minayo M, Hartz Z, Buss P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
7. Lipp M. Manual do inventário de sintoma s de stress para adultos (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
8. Schmidt C. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicol. Reflex. Crit*. 2007;20(1):124-131.
9. Bosa C. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006;28(1):47-53.
10. Scafuzca M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2002. p. 12-21.
11. Wang W. The psychometric properties of the chinese version of the SF-36 health survey in patients with myocardial infarction in mainland China. *Quality of Life Research*, Oxford. 2006;15(1):1525-31.
12. Ware JE, Sherbourne CD. A 36-item short-form health survey. I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, Philadelphia. 1992;30(6):473-83.
13. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007;25(2):59-66.
14. Buzatto L, Berezin R. Qualidade de vida dos pais de crianças portadoras de Síndrome de Down. *Einstein*. 2008;6(2):175-81.
15. Martins T, Ribeiro JP, Garret C. Estudo de avaliação do questionário da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicol. Saúde Doenças*. 2003;4(1):131-48.
16. Rodriguez, PR. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del facilismo a los derechos de ciudadanía. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*. 2005 Dec; 40(3):5-15.
17. Almeida T. Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família. [Dissertação de Mestrado]. Departamento de Medicina Social da faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2005.
18. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Ver. Latino-am Enfermagem*. 2004;12(1):115-21.
19. Sales CA, Donasan KM, Bardeli K, Barbaro FG. Concepção de discentes de enfermagem a cerca do cuidado domiciliar humanizado a pessoa portadora de câncer. *Arq. Mudi*, 2006;10(1):136-8.
20. Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública*. 2003;19(3):861-6.
21. Andrade OG, Rodrigues RP. O cuidado familiar ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 1999;20(2):90-109.
22. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*. 2006;15(3):170-9.
23. Koga M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar [dissertação]. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 1997.
24. Pegoraro R. Receber e prover cuidados: a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia e Educação. Ribeirão Preto; 2007.
25. Amendola F, Oliveira M, Alvarenga M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):266-72.

26. Cardoso L. Egressos de internação psiquiátrica - um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador. [Tese de doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
27. Westphal A. et al. Comparação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de pacientes com epilepsia por esclerose mesial temporal e epilepsia mioclônica Juvenil. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*. 2005;11(2):2005.
28. Fávero M. Trajetória e sobrecarga emocional da família de crianças autistas: relatos maternos. [Dissertação de Pós-graduação]. Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia e Educação. Ribeirão Preto; 2005.
29. Barroso S, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev. Psiq. Clín.* 2007;34(6):270-7.

# Artigo Original

## O NÍVEL DE ESTRESSE EM ENFERMEIROS DURANTE O TRABALHO COM PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Solange Nunes da Costa<sup>1</sup>  
Johny Carlos de Queiroz<sup>2</sup>  
Lucídio Clebeson de Oliveira<sup>3</sup>  
Caionara Angélica da Silva<sup>4</sup>  
Mara Léia Távora Vieira<sup>4</sup>

---

### RESUMO

Trata-se de uma pesquisa analítica, descritiva com abordagem quali-quantitativa realizada no Hospital Municipal São Camilo de Lellis na cidade de Mossoró/RN, tendo como sujeitos os enfermeiros que trabalham com portadores de transtorno mental. O estudo objetiva identificar o nível de estresse dos profissionais de enfermagem que trabalham com portadores de transtornos mentais. Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, denominado de inventário desenvolvido por Lipp e Guevara (1994), que tem como princípios a teoria de Selye (1959), para identificar Sintomas de Estresse apresentados pelo sujeito e avaliar o tipo de sintoma existente (se somático ou psicológico) e a fase do estresse. A coleta foi executada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE localizado em João Pessoa/PB, no mês de outubro de 2009. Os dados nos revelaram que 50% dos enfermeiros apresentaram quadros relacionados ao estresse e outros 50% não apresentaram nenhuma relação com as fases que determinam o estresse, embora todos tenham apresentado sintomas denominados estressantes. De uma forma geral, observamos que os sintomas físicos mais comuns relatados pelos sujeitos foram fadiga, tonturas, insônia ou dificuldade de dormir, dores no corpo (sensação de desgaste físico), cansaço, palpitações, alterações no apetite, respiração ofegante, tensão muscular e extremidades frias. Entre os sintomas psíquicos, mentais e emocionais, encontra-se o aumento súbito de motivação, vontade de iniciar novos projetos, indecisão, perda do senso de humor, ansiedade, angústia, esquecimentos, dúvidas quanto a si próprio, apatia, irritabilidade e hipersensibilidade emotiva. Constatamos que a questão do estresse está diretamente relacionada com o sofrimento que ele provoca e que todos estão submetidos a fatores estressantes independente de estarem presentes em maior ou menor escala.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Estresse. Trabalho. Saúde Mental.

---

### INTRODUÇÃO

O trabalho é um evento que exerce grande influência sobre o ser humano, seu comportamento e suas ações, sendo muitas vezes, um fator predisponente ao desenvolvimento de sofrimentos psíquicos, como o estresse. Tudo que cause uma quebra da homeostase interna, que exija alguma adaptação, pode ser chamado de um agente estressor<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela FACENE/Mossoró-RN. Enfermeira da Nordeste Soluções Médicas e Emergenciais.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Professor Mestre da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN e da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró/RN, Brasil. End.: Av. Santa Luzia, 190, Santa Delmira II, Mossoró/RN. CEP: 59615-000. Telefone: (84) 9972-4523; E-mail: johnycarlos@uol.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeiro. Professor Especialista da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN e da Faculdade de Enfermagem de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró-RN.

<sup>4</sup> Discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró-RN.

O organismo de uma pessoa que se depara com pressões, exigências, cobranças, induções a realizar procedimentos que fogem ao que não é de acordo com suas expectativas e objetivos, será um organismo sujeito a enfrentar o estresse, haja vista que o indivíduo estará interagindo com a situação estressante. É a percepção do trabalhador diante de demandas existentes no seu ambiente de trabalho e de como irá enfrentá-las<sup>2</sup>.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) conceitua o estresse do trabalho como sendo um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afetar sua saúde<sup>3</sup>.

Os principais fatores geradores de estresse presentes no ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização institucional, administração e sistema de trabalho e a qualidade das relações humanas entre a equipe multiprofissional e os próprios pacientes. Corroborando com isso, a enfermagem ainda enfrenta uma sobrecarga de trabalho com turnos diurnos e/ou noturnos.

Os trabalhadores apresentam acentuados quadros de estresse, desmotivação, insegurança e até mesmo sentimentos de angústia, ansiedade e medo relacionados ao fato de se lidar com a vida humana constantemente, além dos aspectos relacionados a problemas estruturais e organizacionais da instituição hospitalar.

O nível de estresse profissional é acentuado quando se trabalha na assistência direta ao portador de transtorno mental, visto que o paciente com transtorno mental, a qualquer momento, pode apresentar agitação psicomotora, violência física, agressões verbais, suicídio, destruição de material, fugas, crises de choro, homicídios, entre outras intercorrências psiquiátricas.

O surgimento das tensões emocionais pode estar relacionado com o ambiente de trabalho precarizado, estrutura física deficiente e ambiência não humanizada, além do desgaste físico e psíquico ao trabalhador.

Apesar da evidência destes fatores, observamos que a preocupação com a saúde do trabalhador de enfermagem ainda é discreta, principalmente na área de saúde mental, uma vez que a relação trabalho/ambiente/saúde é uma vertente recente, embora fundamental para a conquista de um

ambiente de trabalho salutar para o desenvolvimento das atividades profissionais de enfermagem e a reabilitação do paciente.

Portanto, este estudo tem como objetivo identificar o nível de estresse dos profissionais de enfermagem que trabalham com portadores de transtornos mentais.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O tema estresse tem sido estudado sob vários aspectos e é conceituado como uma síndrome caracterizada por um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que dele exija um esforço para se adaptar.

No cotidiano, torna-se comum o uso da palavra estresse, mas percebemos que, na maioria dos casos, as pessoas não sabem exatamente o que isso significa. Tornou-se banal o uso da expressão como sinônimo de toda e qualquer situação em que nos sentimos mal ou ficamos irritados.

Atualmente a palavra estresse tem sido muito recorrida, associada a sensações de desconforto, sendo cada vez maior o número de pessoas que se definem como estressadas ou relacionam a outros indivíduos na mesma situação. O estresse é quase sempre visualizado como algo negativo que ocasiona prejuízo no desempenho global do indivíduo. Estressor é uma situação ou experiência que gera sentimentos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça que pode ser de origem interna ou externa. O estresse não deve ser entendido como uma condição estática, pois é um fenômeno bastante complexo e dinâmico.<sup>4:18</sup>

Como o estresse é bastante subjetivo, sua definição torna-se um pouco complicada e várias são as discussões acerca de sua conceituação. Dentre estas, podemos citar a que define o estresse em três distintas formas:

Admitem-se estas três questões envolvidas na conceituação segundo distintas abordagens: 1) como estímulo, com o enfoque no impacto dos estressores; 2) como resposta, quando examina a tensão produzida pelos estressores; 3) como processo, quando entendido a partir da interação entre pessoa e ambiente.<sup>4:18</sup>

O estresse pode ser compreendido



como qualquer evento que demande do ambiente interno ou externo que taxee ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ao sistema social ou tissular<sup>5</sup>.

O indivíduo vive em ambientes que influenciam diretamente sobre as situações estressantes. O enfrentamento do estresse é extremamente desfavorável devido aos diversos fatores que dificultam um modo de viver a vida de forma mais tranquila.

Como consequência dessas constantes discussões acerca do estresse, tem-se dado muita ênfase aos fatores estressores. Estes podem ter inúmeras origens entre as quais podemos citar: os estressores do ambiente familiar, os de natureza amorosa, os relacionados ao trabalho e, no caso do trabalho com usuários com transtornos mentais, esse fator ainda é mais potencializado, dentre outros.

A instalação do estresse não ocorre de forma instantânea, constituindo-se de três etapas: Alarme, que se caracteriza por manifestações agudas, sendo o momento em que o indivíduo se depara com o estressor e o organismo inicia a liberação de hormônios; Resistência, que só ocorrerá se o agente causal do estresse não for superado ou afastado; e Exaustão, que se constitui na fase de colapso orgânico, fase em que as reservas energéticas do indivíduo caem e o mesmo torna-se mais vulnerável à ocorrência de enfermidades<sup>6</sup>.

Desse modo, não podemos dizer que o estresse possui instalação imediata. A carga de estressores se constitui com o decorrer do tempo e, dependendo de cada indivíduo, o estresse atingirá a fase de exaustão em maior ou menor tempo.

O estado de estresse poderá ser observado através de inúmeras alterações orgânicas, dentre as quais podemos citar: cansaço, tensão muscular, nervosismo, irritabilidade, dor lombar, ansiedade, tensão pré-menstrual, dor de cabeça, problemas de memória, depressão, entre outros<sup>6</sup>. Todas essas alterações orgânicas ocorrem por conta da tentativa do organismo em resistir aos estímulos que ameaçam o equilíbrio do orgânico<sup>7</sup>.

O organismo reúne esforços na tentativa de superar o fosso existente entre a situação imposta e a realmente desejada. Tenta-se, a qualquer custo, chegar ao clímax chamado HOMEOSTASIA. Esta somente

pode ser alcançada quando o indivíduo não mais se encontra diante de situações que se julga incapaz de resolver<sup>7</sup>.

Neste sentido, o organismo possui fatores de compensação, uma espécie de *feedback*, que é responsável pelo estabelecimento constante da sua homeostasia, no entanto, esse mecanismo é auto-limitado e o abuso do mesmo pode levar o organismo à exaustão.

No processo de organização do trabalho com o portador de diversos tipos de transtornos mentais no hospital psiquiátrico, fica evidente a exposição contínua dos enfermeiros aos fatores desencadeantes do estresse, nas dimensões técnicas, institucionais e interpessoais que poderão influenciar no processo de exaustão desses profissionais, levando-os a um estresse ocupacional.

Nesta fase, ocorre um desgaste do organismo humano com a diminuição da capacidade de trabalho, devido basicamente à incapacidade prolongada do indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às exigências de natureza psíquica existentes em seu ambiente de trabalho.

O trabalhador de enfermagem na área psiquiatria está mais propenso ao risco de adoecer mentalmente, considerando que a relação saúde/ambiente/trabalho encontra-se fragilizada, ocasionando a diminuição da produtividade e da qualidade do trabalho, constituindo-se em um evento com repercussões no processo de trabalho em saúde.

Em consequência dos fatos mencionados, percebe-se que os indivíduos de um modo geral "adoecem" se surgem situações nas quais os mesmos se consideram impotentes para superá-las, ou seja, só não há estresse com aquilo que se consegue resolver com facilidade. Chega-se a um estágio evolutivo em que é preciso um momento de reflexão para avaliar situações provocadas pelos próprios indivíduos. Muitas vezes, algumas situações estressantes são perfeitamente evitáveis, mas por motivos desconhecidos não as pessoas não conseguem administrar tão bem a situação.

Os estressores presentes no ambiente de trabalho podem estar intrínsecos ao próprio trabalho e podem estar relacionados ao papel desempenhado pelo profissional (que em muitos casos gera decepções e angústias rotineiras), as relações estabelecidas para o desempenho das atividades, os

estressores na carreira, a estrutura hierárquica (outra questão que desagrada muito os profissionais da enfermagem, principalmente em relação à classe médica), dentre outros fatores que não foram elencados<sup>4</sup>.

Associado a isso tudo, a enfermagem carrega toda uma história de não reconhecimento profissional, de carga horária de trabalho excessiva etc. Logicamente isso não justifica todo o estresse vivido pelos profissionais, mas nos ajuda a entender a gama de fatores que influenciam negativamente a vivência do enfermeiro no ambiente de trabalho.

Afora todos esses fatores, ainda observamos a questão do acúmulo de funções do enfermeiro. Só para citarmos como exemplo, em um hospital psiquiátrico o enfermeiro é coordenador da equipe de enfermagem, executor de técnicas, é responsável pelo processo ensinar e aprender dentro da equipe, precisa estar atento com constantes atualizações para dar conta da dinamicidade do serviço etc. O enfermeiro acaba ficando sobrecarregado e, conseqüentemente, estressado por conta da alta demanda física e psicológica que lhe é imposta.

O trabalho da enfermagem possibilita proteção, promoção e otimização da saúde assim como das capacidades, prevenindo, dessa forma, as doenças e os danos ao organismo, alívio do sofrimento através do diagnóstico e tratamento da resposta humana; é defender o cuidar dos indivíduos, famílias, comunidades e populações<sup>8</sup>.

O processo de trabalho da enfermagem faz parte do trabalho coletivo em saúde, dividido e hierarquizado (auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução) e especializado. Tem como finalidade a ação terapêutica em saúde, como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas e/ou preventivas, preservando a saúde ou prevenindo doenças, como instrumental de trabalho, utilizam-se instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber em saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é constituída<sup>9</sup>.

A enfermagem enquanto prática social tem ocupado os mais diversos espaços do cuidar, dentre eles a assistência ao portador

de transtorno mental, que atualmente está centrada no hospital psiquiátrico, muito embora lutas sejam feitas para modificar este quadro e muitas alterações já foram realizadas no panorama dos serviços que atendem aos usuários portadores de distúrbios mentais. Esta assistência está associada a atividades que incluem as funções de reclusão, de manutenção da vida, do cuidado ou de hospedagem, bem como a função terapêutico-reabilitadora e educativa<sup>10</sup>.

A enfermagem psiquiátrica brasileira considera que a ênfase do papel do enfermeiro psiquiátrico não está em exercer atividades administrativas, em ser um agente socializador ou em fazer educação em saúde, ou, ainda nos papéis de técnico, mas no seu papel de psicoterapeuta<sup>11</sup>.

Repensar as práticas da enfermagem tem sido uma preocupação crescente da categoria. Desde o início do século até a década de 50, tem sido uma enfermagem que busca, em outras áreas do saber, conhecimentos para organizar a sua prática, sendo prevalente a área biológica<sup>12</sup>.

Somente a partir da década de 60 que se privilegia a área da psicologia com ênfase nos aspectos comportamentais das relações humanas, visando melhorar a qualidade de assistência e a busca do prestígio da profissão. Esta busca de conhecimento não só visa melhorar a qualidade de assistência, mas visa buscar o reconhecimento da profissão, que enfrenta relativo desprestígio em face de medicina e outras profissões do mesmo nível, que será superada reconhecendo a enfermagem enquanto ciência, enfatizada desde a elaboração das teorias de enfermagem que embasam o saber da enfermagem<sup>13</sup>.

Na última década, os estudos e as pesquisas vêm debatendo o papel do trabalho do enfermeiro em relação aos transtornos mentais, examinando os aspectos positivos e negativos que o trabalho assume frente à saúde.

Entendemos o trabalho, no atual contexto social, como uma fonte de sobrevivência do ser humano, entretanto, algumas vezes, este pode também se tornar o causador de sofrimento psíquico. O trabalho é uma atividade específica do homem, funciona como fonte de construção, de realização, de satisfação, de riqueza, de aquisição de bens materiais e inclusive de serviços úteis à sociedade. Entretanto, o trabalho também

pode significar escravidão, exploração, sofrimento, doença e até risco de morte<sup>13</sup>.

Consideramos que o trabalho de enfermagem é um processo contínuo, imprevisível, complexo, possuindo multiplicidade de atos, podendo levar o trabalhador a um processo de desgaste, ocasionando sofrimento psíquico, especialmente se as condições existentes para sua realização não forem éticas, dignas e humanas<sup>14</sup>.

O hospital psiquiátrico, enquanto instituição para tratamento de transtorno mental estabelece uma determinada cultura organizacional no aspecto funcional. Se a organização e a forma de trabalho no interior do hospital psiquiátrico se baseiam na cultura da centralização do poder, e se não há um meio ambiente terapêutico que favoreça o diálogo, as relações interpessoais podem influenciar negativamente no trabalho do enfermeiro junto ao paciente com distúrbios mentais.

Estes aspectos relacionados ao procedimento com o portador de transtorno mental e à dinâmica funcional do trabalho no hospital psiquiátrico poderão contribuir para a ocorrência de um desgaste físico e psíquico, desencadeando o estresse.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa analítica, descritiva com abordagem quantitativa, realizada no mês de outubro de 2009, realizada no Hospital Municipal São Camilo de Léllis, único Hospital Psiquiátrico da cidade de Mossoró/RN e região circunvizinha, tendo como sujeitos os dez enfermeiros que atuam diretamente com os portadores de transtorno mental.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado autoaplicável, composto por um inventário, para identificar Sintomas de Estresse<sup>15</sup>. Esse inventário toma por base os princípios da teoria que identifica sintomas apresentados pelo sujeito, avalia o tipo de sintoma existente (se somático ou psicológico) e a fase do estresse. O ISSL é composto de três partes e se referem respectivamente às três fases do estresse<sup>16</sup>.

A fase de Alerta (fase 1), quando apresenta de sete ou mais sintomas (itens) apontados nas últimas 24 horas; a fase de Resistência (fase 2), de quatro ou mais sintomas

(itens), apontados no último mês; e a fase de Exaustão (fase 3), com presença de nove sintomas (itens), apontados no último mês.

Os dados coletados foram armazenados sob a responsabilidade dos pesquisadores e analisados utilizando como referência a análise de conteúdo, fazendo uso da técnica de elaboração de conteúdo<sup>16</sup>.

Por envolver seres humanos, a pesquisa atende os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde<sup>17</sup> e na Resolução nº 311/2007 do COFEN, referente ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que aborda, no capítulo III, os aspectos referentes à produção científica, a qual menciona que os pesquisadores, no ato da elaboração de um trabalho de pesquisa, devem ter responsabilidades e deveres, de forma que atendam à norma vigente para a pesquisa<sup>18</sup>.

Neste sentido, os sujeitos foram orientados a assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FANEME de João Pessoa/PB, protocolo nº 106/2009.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos apresentam algumas particularidades as quais são importantes para identificarmos o nível de estresse a que estão submetidos. Dentre elas, a predominância do sexo feminino, que até hoje molda a história da enfermagem no Brasil e no mundo, destacando-se como coadjuvante a dupla jornada de trabalho a que está submetida a mulher na sociedade contemporânea.

Destaca-se, enquanto sujeitos jovens, uma faixa etária que varia entre vinte e trinta e sete anos, casados, com tempo de atuação com o portador de transtorno mental entre sete e doze anos, em média, atuando com carga horária de quarenta horas semanais.

Ressaltamos que 100% da amostra possuem capacitação na área de saúde mental, o que não impede a presença do estresse no cotidiano destes enfermeiros, apesar de todos serem especialistas.

Com relação às fases descritas para caracterizar o nível estresse, observamos que na fase de Alerta (fase 1), observamos que os sintomas de estresse apresentados pelos sujeitos não os fizeram se enquadrar nessa

fase. Apenas cinco sujeitos relataram sintomas, dentre eles a tensão muscular (dores nas costas, pescoço, ombros), mudança de apetite (comer bastante ou ter falta de apetite) e vontade súbita de iniciar novos projetos, que não o enquadraram na primeira fase.

Apesar de o hospital psiquiátrico ser um ambiente propício para o aparecimento da fase de alerta, percebe-se que os enfermeiros conseguem conviver com aspectos adversos no seu ambiente de trabalho, o que lhes permitem uma resistência ao desenvolvimento do estresse, não o desenvolvendo nesta fase, a qual é considerada a mais grave.

No que concerne aos sintomas de estresse na fase de Resistência (fase 2), percebeu-se que três enfermeiros se encontram nesta fase. Os sintomas mais frequentes apresentados pelos profissionais foram problemas com a memória e esquecimentos (7 profissionais em cada fase), sensação de desgaste físico constante (6 profissionais), cansaço constante, dúvidas quanto a si próprio e irritabilidade excessiva (4 profissionais em cada fase).

Mesmo não se constituindo da maioria dos enfermeiros, pode-se inferir que esse dado é relevante para a dinâmica do serviço, uma vez que os sintomas relatados estão diretamente associados à assistência prestada ao paciente, podendo assim interferir na qualidade e produtividade do trabalho de enfermagem.

Quanto aos sintomas de estresse na fase 3, a de Exaustão, que se caracteriza pela ocorrência de nove ou mais itens (sintomas) apresentados pelo profissional nos últimos três meses, podemos observar que apenas um se encontra na fase de exaustão. Os sintomas relatados com mais frequência foram cansaço excessivo (6 profissionais), irritabilidade sem causa aparente e angústia ou ansiedade diária (4 profissionais em cada fase).

Embora somente um profissional de enfermagem se encontrar nesta fase, é notório relatar que a maioria citou o cansaço físico, esse dado pode estar associado à sobrecarga de trabalho do enfermeiro. Os outros dois sintomas são resultados desta sobrecarga de trabalho.

De uma forma geral, observamos que os sintomas físicos mais comuns são: fadiga, tonturas, insônia ou dificuldade de dormir, dores no corpo (sensação de desgaste físico),

cansaço, palpitações, alterações no apetite, respiração ofegante, tensão muscular e extremidades frias.

Entre os sintomas psíquicos, mentais e emocionais, encontra-se o aumento súbito de motivação, vontade de iniciar novos projetos, indecisão, perda do senso de humor, ansiedade, angústia, esquecimentos, dúvidas quanto a si próprio, apatia, irritabilidade e hipersensibilidade emotiva.

De acordo com os dados obtidos, observamos que, dos 08 (oito) profissionais que participaram da pesquisa, 04 (quatro) apresentam quadros relacionados ao estresse e 04 (quatro) não apresentam nenhuma relação com as fases que determinam o estresse, ou seja, 50%, embora todos tenham apresentado sintomas denominados estressantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas condições em que os enfermeiros desenvolvem seus trabalhos (administrativas, organizacionais, assistenciais, sociais), encontram-se expostos a várias adversidades, gerando um processo de desgaste físico e mental. Esse desgaste mental que se aproxima do sofrimento psíquico, se dá pela potencialização da exposição às pressões psíquicas e pelas condições de trabalho a que estão inseridos esses trabalhadores de enfermagem e pelo convívio com os portadores de transtornos mentais.

Constatamos que a questão do estresse está diretamente relacionada com o sofrimento que ele provoca e que todos estão submetidos a fatores estressantes independente de estarem presentes em maior ou menor escala.

Os enfermeiros começam a se sentirem esgotados, permeados pela falta ou carência de motivação e estrutura física deficiente o que os leva a uma exaustão emocional, do qual podem surgir tanto sintomas físicos ou psíquicos, os quais não conseguem mais atender os clientes ou demais pessoas como os faziam antes. O tratamento com os colegas, com a entidade, com a clientela (pacientes ou familiares) começa a ficar distanciado, conhece-se então o duro sabor da insensibilidade, da falta de afeto, surgem então os sintomas mais comuns, a ansiedade, o aumento da irritabilidade, a perda de

motivação, a redução de metas de trabalho e comprometimento com os resultados, além da redução do idealismo, alienação e a conduta voltada para si.

O enfermeiro passa a se avaliar de maneira negativa, achando que já não consegue executar seu trabalho de forma adequada, devido à desmotivação o seu trabalho e o seu atendimento tendem a serem afetados de forma negativa.

As mais diversas atividades desenvolvidas por esses profissionais em seu ambiente de trabalho contribuem para a presença de estresse, o que nos leva a refletir sobre a importância de se desenvolver na instituição um serviço de saúde que possa assistir esse profissional para que não haja prejuízo em sua saúde física e mental e comprometimento de seu atendimento.

---

### THE STRESS LEVEL ON NURSES DURING WORK TIME WITH PEOPLE WITH MENTAL PERTURBATION

#### ABSTRACT

It is an analytic descriptive research, with quail-quantitative approach realized in Municipal Hospital São Camilo de Lellis in the city of Mossoró/RN, having as subjects nurses that work with people with mental perturbation. The study objectifies the identification the stress levels of nursing professionals who work with people with mental disorders. As instrument of data collection we have used a structured questionnaire, named for inventory, developed by Lipp and Guevara (1994), which has as principles the Selye's theory (1959), in order to identify Symptoms of Stress presented by the subject and evaluating the type of existent symptom (whether somatic or psychological) as well as the stress phase. The data collection was accomplished after approval of the Ethics and Research Comitee of FACENE/FAMENE (research ethics committee of FACENE/FAMENE) located in João Pessoa/PB, in October, 2009. Data have revealed that 50% of those nurses presented patterns related to stress and other the 50% didn't present any kind of relation with the phases that determine stress, although all of them have presented symptoms named stress-caused. In a general way we have observed that the most common physical symptoms related by the subjects were fatigue, dizziness, insomnia of trouble sleeping, general pain (sensation of physical weariness), tiredness, palpitation, alteration of appetite, panting breathing, muscle tension and cold extremities. Amongst psychic, mental and emotional symptoms, it is found the sudden increase of motivation, will of initiating new projects, indecision, loss of sense of humor, anxiety, anguish, oblivion, doubts about oneself, apathy, irritability and emotional hypersensitivity. We have found out that the stress issue is directly related to the suffering that it causes and that everybody is submitted to stressful factors independent from being present in major or minor scale.

**Keywords:** Nursing. Stress. Work. Mental Health.

---

#### REFERÊNCIAS

1. Lipp MEN, Guevara AH. Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). *Est Psic* 1994;11(3).
2. Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica, Washington*. Dec.1999 [Acesso em 24 Mai 2009]; 6(6). Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049891999001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049891999001100007&lng=en&nrm=iso)>.
3. Organização Internacional do Trabalho. Factores psicosociales en el trabajo. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 1986.
4. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2001 Março; 9(2):17-25 [Acesso em 01 Out 2009]. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010411692006000400010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010411692006000400010&script=sci_abstract&tlng=pt)>.
5. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transaction between person and environment. In: Dervin Lewis M. *Perspectives in international psychology*. New York: Plenum; 1978.

6. Belancieri MFB, Bianco MHBC. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. *Texto & Contexto Enfermagem*. Jan-mar 2004;13(1):124-131.
7. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
8. American Nurse Association (ANA). [acesso em 18 mar 2007]. Jan-dez 2008;7:54-63. Disponível em: <<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/CertificationandAccreditation/>>. Rev. Ed. Popular, Uberlândia.
9. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo (SP): Annablume; 1998.
10. Minzoni M A. Assistência de enfermagem ao doente mental internado: análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrico. Ribeirão Preto, 1975. 91p. [Tese Livre Docência] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
11. Peplau HE. Interpersonal tecniques: the crux of psychiatric nursing. *Am. J. Nurs.* 1962;62(6):50-4.
12. Almeida MCP. A construção do saber na enfermagem: evolução histórica. In: Seminário nacional de pesquisa em enfermagem. Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, Ed. UFSCAR. 1984;3:58-77.
13. Silva ES. Saúde mental e trabalho. In: Tunidis AS, Costa NR. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1987. p. 217-83.
14. Martins J.J. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer ou sofrimento [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
15. Lipp MEN, Guevara AH. Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). *Est Psic.* 1994;11(3).
16. Selye H. *Stress, atenção da vida*. 2ª ed. São Paulo: Ibrasa; 1959.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro 1996 - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
18. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN nº 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro; 2007.

# Artigo Original

## SAÚDE DO IDOSO: COMPORTAMENTO DE RISCO PARA DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Neuza Rita Krein<sup>1</sup>  
Anne Jaquelyne Roque Barrêto<sup>2</sup>  
Sandra Aparecida de Almeida<sup>3</sup>

---

### RESUMO

As doenças crônicas configuram a principal causa de mortalidade na população idosa no país e também lideram as estatísticas de causas de morbidade. Buscou neste estudo identificar as condições socioeconômicas da população na faixa etária acima de 60 anos de idade e conhecer o comportamento de risco dos idosos para doenças crônicas não transmissíveis. Estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa realizada na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família. A amostra se constituiu de 20 idosos, com idade igual ou acima de 60 anos. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2007. Após o término da coleta de dados, todos os questionários foram consolidados utilizando a estatística simples e dispostos em tabelas. Na análise, foi observado que, embora 40% estejam incluídos na faixa que percebe menos de dois salários mínimos, 70% procuram sair de suas residências para buscarem algum tipo de lazer, 55% frequentam grupo de idosos, 75% executam caminhada ou algum outro tipo de atividade física, 85% mantêm hábitos alimentares saudáveis e 85% deles não são fumantes. Cerca de 40% dos idosos precisaram de atendimento médico hospitalar de 01 a 02 vezes e 15% mais de 08 vezes, destes 15,5% de hipertensão arterial. Outro ponto importante deste estudo foram as morbidades referidas pelos idosos: 70% mencionaram possuir doença na coluna/costas, 40% artrite/reumatismo/gota, 40% hipertensão arterial e 25% depressão. Estes dados apontam, sobretudo, a importância de oferecer uma assistência de qualidade à saúde do idoso visando garantir a integralidade do cuidado em saúde. Dessa forma, é importante constituir uma equipe multidisciplinar para melhor compreender e assistir ao idoso diante de suas reais necessidades de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso. Comportamento de Risco. Doenças Crônicas.

---

### INTRODUÇÃO

A pesar de milhões de pessoas continuarem vivendo no mais absoluto grau de miséria, houve possibilidade de acesso às conquistas da medicina moderna, tornando possível prevenir ou curar doenças fatais no passado, com conseqüente redução na mortalidade e elevação da expectativa de vida e, em decorrência, crescente aumento da população idosa<sup>1</sup>.

Em 2025, há previsões de o Brasil possuir a 6ª maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos. As taxas de mortalidade e fecundidade caíram gradualmente, o que demonstra uma elevação na expectativa média de vida da população e um aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE e da Universidade Federal de Alagoas-UFAL End.: Rua Edgar Cavalcanti Pedroza, 100, Água Fria, CEP: 58077-290 - João Pessoa-Paraíba. Tel (83) 8114-4259. E-mail: annejaque@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

Das regiões brasileiras, o Nordeste é a que apresenta a 2ª população mais numerosa de idosos no país, e, dentro deste contexto, a Paraíba classifica-se em 3º lugar. A capital do estado, João Pessoa, detém 16,5% da população idosa do estado.

Essas informações são significativas, em relação ao aumento no número de idosos no município, onde os serviços de saúde deverão se readequar e/ou implantar ações de prevenção, cura e reabilitação com a finalidade de atender de forma integral e resolutiva a esta população, tendo em vista suas alterações psicológicas, funcionais e estruturais.

As doenças não transmissíveis configuram a principal causa de mortalidade na população idosa no país e também lideram as estatísticas de causas de morbidade. Embora nem todas as doenças crônicas sejam mortais, elas têm forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos e são grandes ameaças para a saúde e a situação financeira individual e coletiva<sup>2</sup>. Esse aspecto se agrava quando as pessoas se expõem a fatores de risco ao longo da vida, que são determinantes, em muitas vezes, para seu adoecimento, ou seja, a tendência crescente de morbimortalidade por doenças não transmissíveis relacionam-se aos comportamentos de risco das pessoas no decorrer da vida.

Compreende-se, por comportamento de risco, a forma como o indivíduo conduz sua vida diante da sociedade, conduta esta representada por hábitos do cotidiano como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, etilismo, estresse, dentre outros poderão levar ao adoecimento.

Diante deste contexto, surgiu a necessidade de se investigar qual(ais) o(s) comportamento(s) de risco em idosos para doenças não transmissíveis e, conjuntamente, quais as morbidades referidas mais incidentes nos idosos desse mesmo grupo.

A fim de responder a estes questionamentos, este estudo possui como objetivos identificar as condições sócioeconômicas da população na faixa etária acima de 60 anos de idade; e conhecer o comportamento de risco dos idosos para doenças crônicas não transmissíveis.

## METODOLOGIA

Estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa consiste em obter premissas verdadeiras para se chegar a conclusões reais. Nesse tipo de análise, o pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la<sup>3</sup>.

A pesquisa foi realizada na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) - Girassol, localizado no bairro de Valentina Figueiredo, pertencente ao Distrito Sanitário III no município de João Pessoa-PB.

O universo pesquisado foi composto por idosos que residem na área de abrangência da USF Girassol. A amostra se constituiu de 20 (vinte) idosos, com idade igual ou acima de 60 anos e que aceitaram participar da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário dividido em duas etapas: a primeira abrangendo questões sobre caracterização socioeconômica da população idosa e a segunda aborda perguntas sobre comportamentos de risco para doenças não transmissíveis.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto e setembro de 2007, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE (Protocolo nº 154/2007) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB. Em seguida foi feito contato com os sujeitos da pesquisa, marcado hora e local para a entrevista. No momento da coleta de dados, todos os participantes, informados sobre a pesquisa e seus objetivos, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo obedeceu à Resolução nº 311/07 do Código de Ética<sup>4</sup>, assim como a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN)<sup>5</sup>, do Ministério da Saúde (MS).

Após o término da coleta de dados, todos os questionários foram tabulados e consolidados, utilizando-se de estatística simples (número absoluto e porcentagem simples). Após análise dos dados, estes foram dispostos em tabelas e analisadas à luz da literatura pertinente sobre o tema.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Características socioeconômicas dos participantes da pesquisa*

Participaram desse estudo, 20 (vinte) idosos na faixa etária acima de 60 anos. O número entre participantes masculinos e femininos foi equiparado e, portanto, o mesmo número (10 para os membros do sexo masculino e 10 para o sexo feminino). Esse procedimento pareceu ser favorável para a melhor compreensão do universo do idoso.

Em relação à faixa etária, 50% (10) dos entrevistados estão entre 60 e 64 anos, 35% (07) entre 65 e 69 anos, 10% (02) entre 75 a 79 e 5% (01) entre 70 a 74 anos de idade. Vale ressaltar que ter idade igual ou superior a 75 anos representa um risco de óbito aproximadamente quatro vezes maior em relação aos idosos com idades entre 60 e 74 anos. Ressalta-se que apesar de a grande maioria de idosos ter sido diagnosticado com pelo menos uma doença crônica, nem todos são limitados fisicamente e levam uma vida normal e independente<sup>6</sup>.

Quanto ao nível de escolaridade, cerca de 45% (09) dos entrevistados possuem até o ensino fundamental incompleto. Sobre a prática profissional diária, apenas 10% (02) ainda assumem uma atividade formal, sugerindo que os riscos da maioria (90%) dos entrevistados desenvolverem depressão, por exemplo, aumentam significativamente.

As despesas orçamentárias com aluguel imobiliário para 25% (05), conforme tabela 1, somam-se àquelas com medicamentos, locomoção, dentre outras. Isso se torna preocupante, tendo em vista que os gastos com a saúde aumentam à medida em que a idade avança. Embora o sistema de saúde no Brasil garanta gratuidade na atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade, nem sempre os idosos possuem acesso de forma integral às suas necessidades de saúde, agravando ainda mais a vulnerabilidade à doença.

Na tabela 1, verifica-se que 60% dos entrevistados recebem remuneração menor a dois salários mínimos. A renda, além de proporcionar maior autonomia aos idosos, possui um papel capital na saúde dos indivíduos ou de uma população. Corroboram com essa afirmativa os dados coletados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 2011, em que é claramente associada à desigualdade social, baseada nos rendimentos dos chefes de família, às condições de saúde dos seus membros, e sugerem desigualdade social em saúde a favor dos mais favorecidos. Com isso, pode-se aduzir que idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, pior função física e um menor uso dos serviços de saúde<sup>7</sup>.

### *Caracterização dos sujeitos do estudo a partir do comportamento de risco para doenças crônicas não transmissíveis*

As tabelas apresentadas a seguir estão agrupadas por comportamentos de risco como hábito de fumar, hábito alimentar, hábito de lazer e atividade física e morbidade referida.

Os idosos, participantes deste estudo, ao serem perguntados se ao longo de sua vida já haviam fumado, 60% (12) mencionaram que sim. Destes, 67% (08) do sexo masculino e 33% (04) do sexo feminino. Entretanto, atualmente, apenas 25% (03) continuam a fumar. Os dados coletados também apontam que o sexo masculino iniciou mais precocemente o hábito de fumar, comparado ao sexo feminino.

Observa-se que a maioria dos entrevistados, 75% (09) pararam de fumar. Destes, 33% (03) mencionaram por motivo de doença, enquanto 67% (06) abandonaram o cigarro devido ao seu mau cheiro, coloração amarelada nos dedos, perda de interesse ou outros motivos.

**Tabela 1:** Características socioeconômicas da amostra do estudo, residentes em uma microárea da USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa/PB, 2007.

Faixa etária	Número	%
60 a 64 anos	10	50,0
65 a 69 anos	07	35,0
70 a 74 anos	01	5,0
75 a 79 anos	02	10,0
<b>Nível de escolaridade</b>		
Analfabeto	04	20,0
Ensino fundamental incompleto	05	25,0
Ensino fundamental completo	01	5,0
Ensino fundamental incompleto	03	15,0
Ensino médio completo	04	20,0
Ensino superior incompleto	01	5,0
Ensino superior completo	01	5,0
Pós graduação	01	5,0
<b>Trabalha</b>		
Sim	02	10,0
Não	18	90,0
<b>Profissão/ocupação</b>		
Aposentado	16	80,0
Do lar	02	10,0
Técnico de laboratório	01	5,0
Cuteleiro	01	5,0
<b>Domicílio</b>		
Próprio	15	75,00
Alugado	05	25,00
<b>Faixa de renda</b>		
Não tem renda	01	5,0
Menos de 1 S. M.	04	20,0
De 1 a menos de 2 S. M.	08	40,0
De 2 a menos de 3 S. M.	03	15,0
De 3 a menos de 5 S. M.	02	10,0
De 5 a menos de 10 S. M.	02	10,0

**Fonte:** Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

**Tabela 2** – Distribuição dos entrevistados de acordo com a faixa etária que iniciou o hábito de fumar cigarro. Microárea USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa-PB.

Faixa etária	Feminino (*)		Masculino (*)	
	Nº	%	Nº	%
6 a 10 anos	-	-	04	50,0
11 a 16 anos	03	75,0	01	12,5
17 a 22 anos	01	25,0	03	37,5
<b>Total: 12</b>	<b>04</b>	<b>33,0</b>	<b>08</b>	<b>67,00</b>

(\*) Percentuais relativos ao número de fumantes e não ao número total de entrevistados. Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

Fumar é inconveniente para qualquer pessoa, mas alguns grupos podem ser considerados de maior risco, como as pessoas que têm doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares<sup>8</sup> relacionadas com o tabagismo.

Os idosos se encontram num grupo com grandes riscos para os efeitos deletérios do hábito de fumar, pois o tabagismo relaciona-se ao agravamento de várias doenças que adquirem maior significado com o avançar da idade, quando se somam às perdas funcionais próprias do envelhecimento.

Alguns países têm documentos na área de saúde do idoso que relatam a importância do tema e têm recomendado o incentivo do abandono desse vício e também nessa faixa etária, incluindo os idosos nos programas de saúde pública para a cessação do tabagismo. O fim do hábito de fumar é o mais eficiente meio para melhorar o prognóstico de pacientes com doenças relacionadas ao tabagismo já instaladas e evitá-las nos demais<sup>9</sup>.

Com referência à alimentação, a tabela 3 aponta que 40% (08) dos entrevistados afirmaram que consumiam carne de frango de 1 a 2 vezes por semana. Quanto à atitude de retirar ou não a pele do referido frango, 85% (17) asseveraram retirá-la antes do consumo da carne. Essa atitude é fundamental tendo em vista que o excesso de gordura pode vir a trazer complicações de saúde.

No processo de envelhecimento, salienta-se a importância da alimentação comprovada por estudos epidemiológicos, clínicos e de intervenção. Tais estudos têm demonstrado ligação consistente entre o tipo de dieta e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as doenças cardíacas coronarianas, doenças cerebrovasculares, vários tipos de câncer, diabetes mellitus, cálculos biliares, cáries dentárias, distúrbios gastrointestinais e várias doenças ósseas e de articulações<sup>10</sup>.

O consumo de carne vermelha é uma realidade inquestionável, pois 95% (19) dos entrevistados afirmaram consumi-la regularmente. Em alusão à gordura visível da carne, 90% (18) declararam com firmeza ter sempre o cuidado de retirá-la antes do preparo, e por vezes, antes do consumo.

Quanto à ingestão do peixe, a unanimidade prevaleceu, pois todas as

pessoas pesquisadas afirmaram consumi-lo, sendo que 55% fazem uso de 1 a 3 vezes por semana.

Na terceira idade, há uma diminuição global da atividade das células, o que leva a modificações das necessidades nutricionais. Uma dieta incorreta pode ocasionar riscos à saúde. A composição adequada da dieta de um idoso sadio deve seguir o seguinte padrão: 30% de gorduras (evitando gordura de origem animal), 10-20% de proteínas (carnes), e 50-60% de carboidratos (açúcares, massas, fibras). Diante de algum tipo de doença, este padrão poderá ser alterado, mas sempre sob controle médico<sup>11</sup>.

Conforme a tabela 3, apenas 10% (02) dos entrevistados afirmaram sentir necessidade de agregar o componente sal na alimentação. Na terceira idade, um dos fatores mais relevantes na diminuição do consumo alimentar é a redução da sensibilidade por gostos primários doce, amargo, ácido e salgado<sup>12</sup>. O gosto tem sua base anatômica no número de gemas gustativas das papilas linguais. Nos jovens, este número corresponde a mais de 250 para cada papila, enquanto as pessoas acima de 70 anos têm menos de 100<sup>13</sup>. Isso significa que o idoso necessita de maior concentração do sabor atribuído ao alimento, em comparação com adultos jovens. Entretanto, o uso excessivo do sal nos alimentos se torna grave, tendo em vista ser o sal um dos fatores que influenciam no aumento da pressão arterial, o qual poderá favorecer a ocorrência de problemas cardiovasculares.

A atividade física regular nos idosos - particularmente os exercícios nos quais se sustenta o próprio peso e exercícios de força - promove maior fixação de cálcio nos ossos, auxiliando na prevenção e no tratamento da osteoporose. Aumenta ainda a força muscular, o equilíbrio e a flexibilidade, com a consequente diminuição da incidência de quedas, fraturas e suas complicações<sup>14</sup>.

Na tabela 4, observou-se que 70% (14) deles costumam sair de casa para realizar alguma atividade de lazer e 45% (09) frequentam regularmente algum tipo de grupo de idosos.

Os entrevistados demonstram consciência da importância da socialização. Todo ser humano é gregário por natureza, existindo em função dos seus relacionamentos. Existe, atualmente, uma proli-

**Tabela 3:** Distribuição dos entrevistados segundo os hábitos relacionados à alimentação. Microárea USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa-PB.

Frequência	Número	%
1 a 2 vezes por dia	04	20,0
1 a 2 vezes por semana	08	40,0
3 a 4 vezes por semana	07	35,0
1 a 2 vezes por mês	01	5,0
<b>O que faz com a pele</b>		
Sempre retira a pele	17	85,0
Algumas vezes retira	01	5,0
Já vem sem pele	02	10,0
<b>Come carne vermelha</b>		
Sim	19	95,00
Não	01	5,00
<b>O que faz com a gordura</b>		
Sempre retira	18	90,0
Algumas vezes retira	01	5,0
Não come carne gordurosa	01	5,0
<b>Come peixe</b>		
Sim	20	100,0
Não	-	-
<b>Frequência</b>		
1 a 3 vezes por semana	11	55,0
1 a 3 vezes por mês	07	35,0
Menos que uma vez p/ mês	02	10,0
<b>Faz uso do sal na comida</b>		
Nunca coloco	18	90,0
Provo e coloco se preciso	02	10,0

Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

feração de espaços de convivências para idosos, ou os chamados “grupos de terceira idade”, como forma de engajar e reintegrar os idosos ao meio social. Esse convívio é extremamente importante para que as pessoas idosas não reduzam os seus contatos sociais e seus vínculos, evitando que fiquem cada vez mais recolhidas somente às relações familiares. Reconhece-se que, com a diminuição da vida social, muitas vezes devido à aposentadoria, desaparecem também os vínculos com as pessoas da mesma geração e isso provoca um enfraquecimento do apoio da história pessoal. Nestas circunstâncias, há a possibilidade do surgimento da depressão, quadro clínico muito frequente na velhice, como resultado da solidão, da perda de papéis, de lembranças e de funções, e conse-

quentemente da identidade e da imagem que a pessoa faz de si<sup>15</sup>.

Com referência a atividade física, percebe-se que a maioria dos entrevistados executa algum exercício de no mínimo 30 minutos de duração. A caminhada foi mencionada como o exercício de maior preferência por 75% (15) dos idosos que praticam atividade física. Segundo 45% (09) dos entrevistados, as práticas de exercício são realizadas até quatro vezes por semana.

É importante evidenciar que a idade não é fator impeditivo da prática de exercícios, em especial aqueles considerados leves como natação, caminhar ligeiro, danças, hidroginástica, pedalar, abdominais, musculação, jogar bocha, tênis de mesa e bilhar. Exercícios vigorosos: caminhar

**Tabela 4:** Distribuição dos entrevistados segundo os hábitos relacionados à atividade física. Microárea USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa-PB.

<b>Costuma sair</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sim	14	70,0
Não	06	30,0
<b>Frequenta grupo de idosos</b>		
Sim	09	45,0
Não	11	55,0
<b>Caminha</b>		
Sim	15	75,0
Não	05	25,0
<b>Tempo de caminhada</b>		
10 - 30 minutos	06	40,0
31 - 60 minutos	06	40,0
1h e 1m- 2h	01	6,7
2h e 1m - 4h	02	13,3
<b>Exercícios praticados</b>		
Caminhada	15	75,0
Alongamento	05	25,0
Ginástica localizada	02	10,0
Dança	02	10,0
Ciclismo	01	5,0
Pilates	01	5,0
Fisioterapia motora	01	5,0
<b>Quantidade semanal</b>		
2 vezes	04	20,0
3 vezes	01	5,0
4 vezes	09	45,0
Todos os dias	01	5,0

Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

depressa, subir escadas ou rampas longas, trote, futebol de salão, tênis, basquete, vôlei, pólo aquático e similares. Os benefícios advindos dessas atividades são diversos: revigoram os ossos, os músculos e as articulações, previnem a osteoporose, reduzem o peso, melhoram a circulação, o coração, o equilíbrio, o humor, a atividade sexual, a autoestima e o sono, aumentam a oxigenação cerebral, ajudam a controlar o diabetes, a hipertensão e o colesterol alto.

A hospitalização não se mostrou significativa, pois, apesar de 80% (16) dos entrevistados já terem tido necessidade de assistência hospitalar, isso não pareceu afetar o cotidiano de cada um deles.

A tabela 5 apresenta o percentual de morbidades referidas pelos entrevistados

dessa pesquisa, apontando que a maior queixa de 70% (14) dos idosos está associada a problemas na coluna ou nas costas, seguida de 40% (04) com queixas sobre artrite, reumatismo e gota.

Pesquisa do IBGE<sup>16</sup>, em 2001, detectou como maior problema encontrado entre os idosos na faixa etária de 60 a 79 anos as doenças de coluna, seguidas por hipertensão arterial sistêmica e artrite. Entre os idosos com idade maior que 80 anos, há um somatório de vários problemas como câncer, cirrose, tuberculose, artrite, depressão e diabetes, doenças que podem levar à invalidez e, conseqüentemente, à dependência do idoso por cuidados básicos/complexos, à medida que a doença se agrava.

Com a velhice, salienta-se que há uma

**Tabela 05** – Distribuição dos entrevistados segundo a busca da assistência médica hospitalar, os motivos que levaram a procura do serviço e as morbidades referidas. Microárea USF Girassol, localizada no bairro Valentina Figueiredo. João Pessoa-PB.

Quantas vezes	Número	%
1 a 2 vezes	08	40,0
3 a 5 vezes	01	5,0
6 a 8 vezes	03	15,0
Muitas vezes	04	20,0
<b>Motivos</b>		
Infarto agudo no miocárdio	03	6,7
Acidente vascular cerebral	01	2,2
Hipertensão arterial	07	15,5
Diabetes mellitus	02	4,4
Acidente/queda	03	6,7
Outras	29	64,4
<b>Doenças</b>		
Doença da coluna ou costas	14	70,0
Artrite/reumatismo/gota	08	40,0
Hipertensão arterial	08	40,0
Depressão	05	25,0
Insuficiência Cardíaca	04	20,0
Tendinite/LER	03	15,0
Ataque do coração/infarto	03	15,0
Angina/doença coronariana	03	15,0
Doença renal crônica	03	15,0
Derrame	01	5,0
Faringite	01	5,0

Fonte: Dados da pesquisa de campo. João Pessoa/PB, 2007.

crise de identificação proporcionada pela consciência da proximidade da morte pessoal, entretanto, alerta para a possibilidade de se viver essa etapa de vida com oportunidade de crescimento através da manutenção do domínio ativo em relação à própria vida<sup>17</sup>. O importante é o desenvolvimento de ações e oferta de serviços que venham favorecer a prevenção de doenças e suas complicações e a manutenção da saúde desses idosos, a fim de que os mesmos consigam levar a vida de forma mais ativa, autônoma e feliz.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o Brasil está em processo elevado de envelhecimento populacional e tal fato tem gerado alterações na abordagem do cuidado à saúde dos idosos. A associação entre velhice e doença é algo contumaz na

sociedade vigente. O questionamento dessa associação é algo que os idosos precisam explicitar em suas discussões para que não se criem ideias preconcebidas do significado social do envelhecer. É um fato natural do ser humano que poderá em algum momento de sua existência, ou seja, na infância, na vida adulta ou na velhice ocorrer e, possivelmente, levar o indivíduo à morte.

O desafio maior no século XXI será cuidar de uma população de idosos, a maioria com níveis socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Considerando os dados deste estudo, percebe-se por parte dos idosos certa preocupação em se manterem saudáveis, considerando que alguns frequentam grupos de convivência, realizam atividade física regularmente, pararam de fumar e tomam cuidados com a alimentação. Esses tipos de comportamentos são importantes para

manutenção de uma vida autônoma por parte desses idosos tendo em vista que todos referiram possuir algum tipo de doença não transmissível.

Estes dados apontam, sobretudo, a importância de oferecer uma assistência de qualidade ao idoso, visando garantir a integralidade do cuidado em saúde. Dessa forma, é importante constituir uma equipe multidisciplinar para melhor compreender

e assistir ao idoso diante de suas reais necessidades de saúde. Contudo, para que a atenção ao idoso possa se realizar em bases interprofissionais, constitui fundamental que se estimule a formação de profissionais qualificados, mediante a abertura de disciplinas nas universidades, de residências médicas e de linhas de financiamento a pesquisas que identifiquem a área da geriatria e gerontologia.

---

## HEALTH OF THE ELDERLY: RISK BEHAVIOR OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

### ABSTRACT

Chronic diseases make up the leading cause of mortality in the elderly population in the country and also lead the statistics of morbidity causes. This study sought to identify the socioeconomic conditions of the population aged above 60 years old and know the risk behavior of the elderly to chronic noncommunicable diseases. It is an exploratory, descriptive and quantitative study held in the area covered by the Family Health Unit. The sample was consisted by 20 elderly aged over 60 years old. Data collection was performed from August to September 2007. Upon completion of data collection all the questionnaires were consolidated by using the simple statistics and arranged in tables. The analysis showed that, although 40% is included in the track that sees less than two minimum wages: 70% seek to leave their homes to seek some kind of pleasure, 55% attend senior centers, 75% walk or run some other type of physical activity, 85% maintain healthy eating habits and 85% of them are not smokers. About 40% of older people needed hospital care average 1 to 2 times and 15% more than 8 times, 15.5% from them with hypertension. Another important point of this study were the morbidity reported by the elderly when 70% reported having the disease in the spine / back, 40% the arthritis / the rheumatism / the gout, 40% the hypertension and 25% the depression. These data point, especially the importance of providing quality care in the elderly health care in order to ensure the health care integrity. Thus it is important to establish a multidisciplinary team to better understand and assist the elderly before their real health needs.

**Keywords:** Aging Health. Risk Behavior. Chronic Diseases.

---

### REFERÊNCIAS

1. Carvalho Filho ET, Papaléu Neto, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2004.
2. Figueredo NA, Tonini T. Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento. São Paulo: Yendis; 2006.
3. Rudio FV. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
4. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [disponível na internet] 2007 Fev [acesso em 2007 Abr 14]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de 10 de outubro 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. [disponível na internet] Brasília, 1996. [acesso em 2007 Abr 14]. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/concep/resolucao.html>.
6. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV et al. (organizadores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 58-70.
7. Neri MSW. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2003.
8. Duncan BB; Schimidt MI; Duncan MS. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. 1 v. p. 533-538.
9. Minister of Public Works and Government Services Canada. Tobacco Use and Smoking Cessation Among Seniors. Workshop on Healthy Aging. [disponível na internet] Canadá, 2001 [acesso em 2007 Dez 05]. Disponível: <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/workshop/healthyaging/tobacco1e.htm>.
10. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Ginebra: OMS; 1990.

11. Marucci MFN. Aspectos nutricionais e hábitos alimentares de idosos, matriculados em ambulatório geriátrico [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. USP; 1992.
12. Shuman. JM. Nutrição no envelhecimento. In: Mahan LK. Stump. SE. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 9ª ed. São Paulo: Roca; 1998. p. 293-312.
13. Nogués, R. Factors que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutrición Clínica*. 1995;15(2):39-44.
14. Gruen DG, Connor EB. Sex differences in measures of body fat and body fat distribution in the elderly. *Am J Epidemiol*. 1996;143:898-906.
15. Zimerman D. Osório. LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
16. Brasil. Tendências demográficas: uma análise dos resultados da sinopse preliminar do censo demográfico 2000/IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.
17. Torres WC. Morte e Desenvolvimento humano. In: *Finitude: uma proposta para a reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau; 1999.



# Artigo Original

## O PAPEL DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA ATENÇÃO À PRIMÍPARA

Moniky Lopes Evangelista de Oliveira<sup>1</sup>  
Lorrainy da Cruz Solano<sup>2</sup>  
Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins<sup>3</sup>  
Ana Cristina Arrais<sup>4</sup>  
Ana Paula de Carvalho Bezerra<sup>5</sup>

---

### RESUMO

A humanização é um atendimento das necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais de um indivíduo, ou seja, cada um deve ser compreendido e aceito como um ser único e integral. Este estudo foi realizado objetivando analisar a percepção do enfermeiro acerca da proposta da humanização do parto e do nascimento frente às necessidades de saúde da primípara no âmbito hospitalar; analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre o programa de humanização do parto e do nascimento; averiguar entendimento dos enfermeiros entrevistados sobre o seu papel no programa de humanização do parto e do nascimento; analisar na opinião dos enfermeiros entrevistados os obstáculos e entraves no processo de trabalho nas diretrizes do programa de humanização do parto e do nascimento na atenção a primípara. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória com abordagem qualitativa que foi realizada na Maternidade Almeida Castro da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado localizada no município Mossoró-RN, a amostra foi composta por cinco enfermeiras, onde um é do setor de obstetrícia e as outras são plantonistas. O instrumento utilizado foi um questionário. A técnica para análise dos dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo. As entrevistadas dizem ter conhecimento sobre o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento e esse conhecimento está relacionado com a confiança que se evidencia com um discurso relacionado com o direito à acompanhante e garantia da assistência durante o período do pré-natal e reconhecem o seu papel voltado para o gerenciamento e acolhimento humanizado. Portanto, as primíparas são consideradas singulares em decorrência da inexperiência, necessitando de orientações que procurem garantir tranquilidade e segurança no decorrer do trabalho de parto. Nesse contexto, o enfermeiro é fundamental na implementação do programa de Humanização do Parto e Nascimento e consequentemente na assistência a primípara.

**Palavras-chave:** Humanização. Primípara. Enfermagem.

---

### INTRODUÇÃO

**H**umanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras do sujeito sejam reconhecidas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN (FACENE/RN). E-mail: nykylili@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa do Pensamento Complexo da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). End.: Rua Odílio Pinto, nº 04, Conj. Vingt Rosado, CEP: 59626-580. Tel: (84) 8817-0592. E-mail: lorrainycsolano@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde da Família (UERN). Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/RN). E-mail: patriciahelena@facenemossoro.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho (UnP). Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN). E-mail: anaarrais@facenemossoro.com.br.

<sup>5</sup> Acadêmica do 8º período do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN). E-mail: ana.paula-18@bol.com.br.

Neste trabalho, enfocaremos a primípara por entender ser ela uma das parturientes que poderá apresentar maiores consequências, ao ser atendida pelo modelo tradicional de atenção à mulher em trabalho de parto. Este, por sua vez, é pautado na gravidez como doença, centrado na figura do profissional médico, verticalizado e autoritário. A mulher que vai passar pelo evento do parto pela primeira vez levará para sempre as marcas desse tipo de atendimento, contribuindo para uma imagem negativa do parto e principalmente do parto normal.

A figura do enfermeiro surge como uma peça fundamental na humanização do parto. Assim, questões como a comunicação eficaz entre a enfermagem e a parturiente entre outras questões favorecem na identificação dos problemas e esclarecimento das dúvidas da parturiente advindas da internação, possibilitando o estabelecimento de um vínculo de confiança entre ambos.

Considerando a importância do assunto, faz-se necessário um maior aprofundamento sobre o tema, já que foi observada, no decorrer do estágio de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, no período de 2009.2, a forma como se realizava a assistência prestada pela equipe de saúde, em especial a de enfermagem, às parturientes de maneira geral.

Notou-se que não existia uma conexão entre o que era realizado na prática com que consta na literatura. A conduta tomada pela equipe de enfermagem em algumas ocasiões não era satisfatória e as parturientes afirmaram em seus discursos que os cuidados prestados a elas impediam que as mesmas expressassem medos, inseguranças, angústias e ansiedade frente à hospitalização confluindo para a formação de impressões negativas quanto ao evento do parto.

A necessidade da humanização dos cuidados no âmbito hospitalar existe em um contexto social, no qual alguns fatores têm contribuído para a fragmentação do ser humano. Este é visto como alguém com necessidades puramente biológicas, além disso, a tecnologia, a visão de que é a equipe de saúde que detém todo o saber e não ter a percepção da integralidade do ser humano são exemplos destes fatores<sup>2</sup>.

Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do Ser Humano

e construir “um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas”<sup>2:548</sup>. Assim, para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação.

Diante deste contexto e de uma reflexão crítica sobre o tema abordado, justificar-se-á a realização deste estudo questionando: qual o papel do enfermeiro na humanização do parto na atenção à primípara?

Diante do exposto, o trabalho tem como objetivos analisar a percepção do enfermeiro acerca da proposta da humanização do parto e do nascimento frente às necessidades de saúde da primípara no âmbito hospitalar, analisar o conhecimento dos enfermeiros entrevistados sobre o programa de humanização do parto e do nascimento, averiguar entendimento dos enfermeiros entrevistados sobre o seu papel no programa de humanização do parto e do nascimento.

## METODOLOGIA

O estudo em pauta trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Esta pesquisa foi realizada na Maternidade Almeida Castro da Casa de Saúde Dix-Sept Rosado, localizada no município Mossoró-RN.

A população da pesquisa é constituída por enfermeiros que trabalham na assistência de enfermagem no hospital referido acima. Sendo assim, a amostra é composta por seis enfermeiros, onde um é do setor de obstetrícia e os outros cinco são plantonistas da Unidade de Terapia Intensiva, os quais são os responsáveis pelo setor obstétrico, nos plantões noturnos.

A inclusão dos participantes na pesquisa foi definida pelos seguintes critérios: ser trabalhador da instituição alvo, atuando direta ou indiretamente no setor de obstetrícia; aceitar participar deste estudo; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada após a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE, através do Proto-

colo nº 218/2010 e registro no SISNEP - CAAE - 4691.0.000.351-10.

Para coletar os dados, foi entregue um questionário para cada participante com questões relacionadas ao papel do enfermeiro na humanização do parto. Essa fase aconteceu no mês de novembro de 2010.

Antes de receber o instrumento, inicialmente o participante da pesquisa foi informado sobre o teor da pesquisa através do TCLE, o qual foi devidamente assinado antes da entrega do questionário. Em todo o processo de trabalho da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do MS, bem como a Resolução nº 311/2007 que normatiza o Código de Ética dos profissionais de enfermagem<sup>3,4</sup>.

Para análise dos dados, usamos o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma técnica de construção do pensamento coletivo a qual objetiva expor como as pessoas pensam, atribuem sentidos e manifestam posicionamentos sobre determinado assunto<sup>5</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados serão apresentados em forma de quadros onde constarão as ideias centrais e os discursos dos sujeitos coletivos referentes às perguntas do questionário. Abaixo de cada quadro virão as ancoragens onde os resultados serão analisados.

Chama à atenção a unanimidade das respostas dos participantes no que se refere ao conhecimento do programa de humanização do parto e do nascimento, uma vez que todos responderam que conheciam a política de humanização do parto e nascimento do Ministério da Saúde. Tal fato evidencia ser essa ferramenta institucional comum no imaginário dos sujeitos da pesquisa o que viabiliza a execução da mesma no cotidiano das práticas dos trabalhadores enfermeiros.

O quadro 1 mostra que as pesquisadas que compuseram a amostra expressaram a compreensão sobre Programa de Humanização do Parto e Nascimento sendo um incentivo à participação da família durante a gestação e que o mesmo preconiza a humanização da assistência durante o período gestacional.

Observou-se, em estudos realizados por Velho; Oliveira; Santos<sup>4</sup>, que o monitoramento do trabalho de parto com humanização é exercido como uma "forma de minimizar ou de superar os sentimentos negativos, as concepções preconcebidas e experiências difíceis vivenciadas, relacionados ao parto normal, manifestados por elas e, ao mesmo tempo, conquistar a confiança e elevar sua autoestima"<sup>6:655</sup>.

Nessa fase, a gestação, o parto e o puerpério são marcantes na vida da mulher. O profissional que atua na assistência ao processo de parturição deve ter em vista a resolução de possíveis problemas com uma escuta aberta para as angústias, medos e ansiedades. Por conseguinte, o profissional deve ajudá-la a encontrar soluções ou oferecer condições de minimizá-los e dispensar um atendimento de qualidade, respeitando a individualidade de cada mulher<sup>7</sup>.

O quadro 2 mostra a análise das respostas das enfermeiras pesquisadas sobre o entendimento que elas têm sobre o papel do enfermeiro no PHPN, e foi constatado que elas reconhecem o seu papel voltado para o gerenciamento e acolhimento humanizado. Vale ressaltar que, dos sujeitos entrevistados, só um trabalha efetivamente no setor obstétrico; os demais por serem plantonistas da UTI só fazem a ronda no setor, o que configura um paradoxo frente aos discursos expostos.

A enfermagem no âmbito hospitalar deve começar a estudar e a adotar o gerenciamento da qualidade, com fundamentos propostos pelo Programa de Humanização do Parto e do Nascimento, com vistas a alcançar não só um padrão aceitável de assistência, mas também a atender as expectativas principalmente das primíparas<sup>8</sup>.

A assistência obstétrica precisa melhorar em todos os aspectos (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade), o fundamento gerador desse evento é a atenção baseada em princípios tecnocráticos versus o paradigma da assistência humanizada<sup>9</sup>.

Com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada à parturiente, as atividades administrativas desenvolvidas pelas enfermeiras obstétricas são descritas como fundamentais, dentre elas evidencia-se a organização de pacientes, distribuição de materiais e coordenação de pessoal<sup>6</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde preco-

<b>Quadro 1</b> – Síntese das respostas dos sujeitos a pergunta: O que você entende acerca do Programa de Humanização do Parto e Nascimento?	
<b>Ideia Central – I</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Incentivo para participação da família durante a gestação	“Toda parturiente tem direito de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, seja ele marido, companheiro ou simplesmente aquela pessoa que lhe proporcione confiança. É um incentivo para participação da família durante a gestação.”
<b>Ideia Central – II</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Preconiza a humanização da assistência	“Um programa que se preocupa com a saúde da gestante no pré-natal, parto e puerpério. Preconiza a humanização da assistência desde o período antes e depois do parto.”

**Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

<b>Quadro 2</b> – Síntese das respostas dos sujeitos a pergunta: Como você entende que deve ser o papel do enfermeiro no Programa de Humanização do Parto e Nascimento?	
<b>Ideia Central – I</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Gerenciamento	“Manter equipamentos em funcionamento, dimensionamento adequado da equipe, obedecer às diretrizes do PNH e observar o partograma, além da postura na forma de gerenciar que é decisiva para que o parto seja considerado humanizado. O enfermeiro é responsável por cobrar, solicitar e manter em ordem tudo que é necessário para estruturar o setor para a humanização.”
<b>Ideia Central – II</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Acolhimento	“O enfermeiro deve atender a gestante desde o acolhimento, tentando explicá-la as fases do trabalho do parto e encorajando-a sempre para que o parto seja menos traumático.”

**Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

niza a humanização e qualidade da assistência àqueles que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção à parturiente inclui o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, conforme a Portaria nº 1.067/2005, respeitando seus direitos e participação nas decisões referentes à sua saúde e do seu filho<sup>7</sup>.

O quadro 3 esclarece o porquê da primípara ser uma parturiente singular no cenário onde o enfermeiro atua no âmbito hospitalar frente às diretrizes do Programa

de Humanização do Parto e do Nascimento. Verificou-se que realmente elas são consideradas singulares pelos enfermeiros e o motivo para isso existe em decorrência das necessidades de orientações que garantem tranquilidade e segurança no decorrer do trabalho de parto. Entretanto, em uma fala foi citada que a primípara não é considerada como singular, pois também a participação do acompanhante é primordial, de acordo com as diretrizes do PHPN.

Desse modo, percebe-se que predomi-

<b>Quadro 3</b> – Síntese das respostas dos sujeitos a pergunta: Na sua opinião, a primípara é uma parturiente singular no cenário onde o enfermeiro atua no âmbito hospitalar frente às diretrizes do Programa de Humanização do Parto e Nascimento? Por quê?	
<b>Ideia Central - I</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Necessidade de orientação	“Sim, elas chegam com muitas dúvidas, medos e incertezas, tudo para elas é novo, elas precisam estar bem orientadas.”
<b>Ideia Central - II</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Participação do acompanhante	“Não, a singularidade estende-se também estimulando a participação do acompanhante.”

**Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

na a visão da primípara como uma condição da mulher grávida especial, já que a primeira experiência do parto pode ser um marco nos sonhos e no seu planejamento familiar, impactando no imaginário individual do parto vaginal ou cesariano.

Portanto, a presença constante da enfermagem oferece segurança, além de ser fundamental na detecção precoce de intercorrências que possam surgir, podendo ser evitadas e/ou minimizadas com uma comunicação instituída, no intuito de tranquilizar a mulher sobre seus medos e angústias presentes na hora do parto<sup>6</sup>.

Os autores acima ainda acrescentam que o profissional na assistência dialoga com a mulher, que compartilha, que busca uma relação de parceria, que respeita a dor, forta-

lece a mulher para enfrentar a dor fisiológica. As enfermeiras orientam sobre o pré-parto, evolução do trabalho de parto, contrações uterinas, o posicionamento de escolha da gestante, incentivo ao nascimento de parto normal e suas facilidades no cuidado ao recém-nascido. Esses aspectos fazem com que a mulher se tranquilize e se sinta valorizada, o que facilita a evolução do parto.

O quadro 4 evidencia a justificativa das pesquisadas sobre a atuação dos enfermeiros conforme as diretrizes do PHPN, e identificou-se que não se aplica, uma vez que estes profissionais trabalham em outro setor e estão presentes momentaneamente, quando necessário por assistência à intercorrências, ficando o setor de obstetrícia sob a responsabilidade dos técnicos de enfer-

<b>Quadro 4</b> – Síntese das respostas dos sujeitos a pergunta: Você atua conforme as diretrizes do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) na atenção à primípara? Como?	
<b>Ideia Central - I</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Não atuo no trabalho de parto	“Não, sou enfermeira de UTI, não atuo no trabalho de parto, só recebo a puérpera se ela apresenta um tipo de complicação pós-parto (eclâmpsia), meus plantões são noturnos em outro setor e a minha escala é na UTI adulto.”
<b>Ideia Central - II</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Apoio da equipe e da família	“O parto é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher, então estar em um lugar aconchegante, recebendo todo o apoio da equipe e da sua família é primordial.”

**Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

magem. Reside nesse fato a importância de inserir como critério de inclusão nessa pesquisa a atuação direta ou indireta do profissional enfermeiro no setor obstétrico da instituição alvo, uma vez que são de conhecimento público as grandes limitações físicas e humanas na assistência à parturiente que está evidenciada no organograma dos profissionais que atuam no setor. Sendo uma única enfermeira para dar conta de todo o processo assistencial no plantão diurno e os noturnos sendo “cobertos” pelos enfermeiros plantonistas da UTI.

A característica provida da exclusividade em trabalhar em uma única instituição ou dispensar atividades específicas de apenas uma especialidade, fomenta a competência profissional, na qual se adquire saber agir responsável e reconhecido, que implica em mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, fato esse que fica comprometido quando o profissional trabalha em setores distintos<sup>10</sup>.

O quadro 5 mostra os obstáculos e/ou entraves no processo de trabalho na proposta de humanização do parto e do nascimento na atenção à primípara, e constatou-se que os fatores estão relacionados um com o outro, é o caso da demanda excessiva de parturientes e a deficiência de profissionais.

Barros<sup>7</sup> aconselha ser necessário que os profissionais tenham sempre a competência e a flexibilidade para não perder a sua essência de cuidado. A competência para aprender dominando e atualizando os conhecimentos exigidos pela carreira e profissão escolhida. Já a flexibilidade serve para

assimilar conhecimentos novos na mesma profissão ou fora dela e para buscar outras ocupações.

O quadro 6 demonstra a importância do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento para as pesquisadas e o que foi relatado sobre isso foi a questão do esclarecimento das dúvidas apresentadas pela mulher, assim como a tranquilização dos seus medos. Outro aspecto referido foi a possibilidade de um acolhimento mais humano nesse momento tão especial.

Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites<sup>11</sup>. A inclusão de atitudes humanizadas deve ter o acolhimento e a orientação para responder às necessidades de saúde emocional e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir<sup>12</sup>.

Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência<sup>12</sup>.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada<sup>12</sup>.

**Quadro 5** – Síntese das respostas dos sujeitos a pergunta: Se você respondeu sim, descreva os obstáculos e/ou entraves.

<b>Ideia central - I</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Demanda excessiva de parturientes	“Essa maternidade é a única para dar cobertura a Mossoró e região (22 municípios), então é uma demanda desumana nos dias de maior movimento; temos dificuldade até para acomodar essas mulheres.”
<b>Ideia central - II</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Deficiência de profissionais	“Muita parturiente para pouco profissional de enfermagem, não tem como dar atenção humanizada a todas.”

**Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

<b>Quadro 6</b> – Síntese das respostas dos sujeitos a pergunta: Você considera importante a proposta do Programa de Humanização do Parto e do Nascimento com destaque a primípara?	
<b>Ideia central – I</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
O parto como episódio traumático	“O parto para aquela mulher pode se tornar um episódio traumático na sua vida, se a mesma não tiver sido bem acompanhada e atendida, porém esta é uma nova experiência em sua vida. Na maioria das vezes a gravidez não foi planejada e surgem muitas dúvidas sobre o parto.”
<b>Ideia central – II</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Apoio da equipe e da família	“O parto é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher, então estar em um lugar aconchegante, recebendo todo o apoio da equipe e da sua família é primordial.”

**Fonte:** Pesquisa de campo (2010)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar a humanização no parto e no nascimento neste estudo reforçou mais ainda a grande importância do papel do enfermeiro como peça-chave neste momento tão especial e único, e especificamente para a primípara. Embora a mesma tenha realizado um acompanhamento pré-natal, ainda assim o evento de parir lhe causa certos sentimentos, como medo, receios e ansiedade que, se não forem trabalhados, poderão interferir no processo do nascimento de seu filho, favorecendo o surgimento de traumas.

Os objetivos foram de fato alcançados, nos quais foi possível analisar a percepção do enfermeiro acerca da proposta, da humanização do parto e do nascimento frente às necessidades de saúde da primípara no âmbito hospitalar.

De acordo com os resultados obtidos, apreendeu-se que os profissionais de enfermagem são detentores do conhecimento sobre a política do PHPN que direciona as condutas humanizadas, mas estes precisam realmente preocupar-se com esse evento do primeiro parto da mulher, com finalidade de garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, como prevê a diretriz do programa.

Foi detectado, através da fala dos profissionais, que existem entraves e obstáculos que vão muito além da capacidade profes-

sional, envolvendo necessariamente a gestão. A estrutura física não está conivente com as diretrizes do PHPN, que não possui leitos adequados, de acordo com a demanda de parturientes, como também a escassez de profissionais que gera sobrecarga de trabalho. Este é um fator que compromete a qualidade da assistência à primípara que tanto anseia por um evento em que seja compreendida e respeitada.

Uma das atitudes voltadas para a humanização no âmbito hospitalar, fundamentadas na política pertencente ao PHPN, seria elaborar mecanismos que favorecessem a presença de um acompanhante, ou seja, o marido, a mãe, um amigo (a), que pudessem dar um apoio e passar mais confiança a essa mulher, o que ficou evidente ser do conhecimento dos enfermeiros em estudo.

Foi apreendido com o estudo que é preciso muito mais do querer e conhecer uma política de saúde. Apreendeu-se também que assistência humanizada não precisa ser ditada, pois a humanização já faz parte do ser humano, e que basta entender o momento como singular e respeitar a individualidade da mulher que pare pela primeira vez e que é pertencente a um mundo próprio e particular.

A enfermagem precisa viver seu papel para implementação da política de humanização do parto e nascimento.

## THE ROLE OF NURSES IN THE CHILDBIRTH OF HUMANIZATION ATTENTION TO PRIMIPAROUS

### ABSTRACT

Humanization is a treatment of the biological, psychological, social and spiritual needs of an individual, in other words each person must be understood and accepted as a unique and integral being. This study was conducted aiming to analyze the perceptions of nurses about the proposal of the humanization of labor and birth to the needs of health ahead of primiparas in hospitals and specifically analyze the knowledge of the interviewed nurses about the program of humanization of labor and birth; investigate the understanding of the interviewed nurses about their role in the program of humanization of labor and birth. Analyze the opinion of the interviewed nurses about the obstacles and barriers in the process of working on the guidelines of the program of humanization of labor and birth in attention to the primipara. This was a descriptive and exploratory research with qualitative approach which was held at the Almeida Castro Maternity of the nursing home Dix-Sept Rosado located in the city Mossoró - RN. The sample consisted of six nurses, in which one is from the obstetrics department and the other five are on duty. The instrument used was questionnaire. The technique for data analysis was the Collective Subject Discourse. The respondents assert to have knowledge about the the Humanization of Labor and Birth Program, and this knowledge is related to the trust that is evidenced by a speech about the right to accompany and guarantee of assistance during the prenatal and they recognize their role related to management and humanized care. Unique due to the Therefore, primiparas are considered to the inexperience requiring guidelines that seek to ensure tranquility and security in the course of labor. In this context, nurses are instrumental in implementing the program for the Humanization of Labor and Birth and consequently assist the primiparas.

**Keywords:** Humanization. Primípara. Nurse.

### REFERÊNCIAS

1. Pessini LB. Humanização e cuidados paliativos. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2009.
2. Barbosa I, Silva M. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(5):546-51.
3. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres hu-manos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n° 311 de 08 de janeiro de 2007. Revoga a Resolução COFEN N° 240/2000 e aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMCV. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). Caxias do Sul: EDUSC; 2005.
6. Velho MB, Oliveira ME, Santos EK. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada a parturientes. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):652-9.
7. Barros SMO (org.). *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.* 2ª ed. São Paulo: Roca; 2009.
8. Antunes AV, Trevisan MA. Gerenciamento da Qualidade: utilização no serviço de enfermagem. *Rev. latino-am. Enfermagem.* 2000;8(1):35-44.
9. Serruya SJ. A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil: [Tese de doutorado]. São Paulo: Unicamp; 2003.
10. Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidade de competência profissional. *Texto e contexto enfermagem.* 2006;15(3):472-8.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde; 2005.



# Artigo Original

## ASSOCIAÇÃO ENTRE ACIDENTE OFÍDICO E TRABALHO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Maria de Fátima Leandro Marques<sup>1</sup>

Diana Lopes Lacerda Martins<sup>2</sup>

Aline Roseane Queiroz de Paiva<sup>3</sup>

---

### RESUMO

A ocorrência de acidentes ofídicos relaciona-se a fatores climáticos e aumento da atividade humana no campo, acometendo, sobretudo, adultos jovens do sexo masculino durante o trabalho rural nos períodos quentes e chuvosos. Embora poucas vezes receba conotação de acidente ocupacional, há evidências de tal associação, demonstrando que é comum ocorrer durante a atividade laboral, predominantemente no meio rural, sendo o principal acidente de trabalho envolvendo profissionais rurais. O artigo pretende demonstrar o impacto que os acidentes ofídicos podem exercer sobre o trabalho, acometendo a faixa etária produtiva, em circunstância ocupacional e levando a afastamento das atividades laborais. Foi realizada coleta de dados de fichas de atendimento do CEATOX-PB dos casos atendidos entre janeiro de 2005 e dezembro de 2008, totalizando 544 casos. Variáveis consideradas: idade, sexo, profissão, circunstância, zona de ocorrência, sazonalidade, local da picada e tipo de ofídio (quanto à presença ou não de peçonha). Os dados foram processados e analisados em tabelas, sem tratamento estatístico. Houve predominância do sexo masculino (69,48%) com idade entre 18 e 59 anos (66,36%). A maioria dos acidentes ocorreu em trabalhadores rurais (27,94%) e na zona rural (62,31%). Acidentes em circunstância de trabalho totalizaram 27,57%, sendo 58,66% trabalhadores rurais. 73,89% dos casos acometeram membros inferiores. Houve maior incidência entre março e setembro (65,62%). O estudo corrobora a epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil e expõe a forte correlação entre esse acidente e o trabalho, reforçando a importância da prevenção e adequado atendimento às vítimas.

**Palavras-chave:** Acidentes ofídicos. Trabalho. Epidemiologia. Acidente ocupacional.

---

### INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma vasta fauna ofídica, composta por aproximadamente 250 espécies, sendo 70 peçonhentas. Os acidentes ofídicos representam um grave problema de Saúde Pública, especialmente para os habitantes dos países tropicais, em virtude da frequência com que ocorrem.<sup>1</sup> No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, ocorreram 26.852 acidentes ofídicos no ano de 2008.

As espécies representantes do gênero *Bothrops* são encontradas em todo território nacional e são responsáveis por 17.000 acidentes por ano, perfazendo 80,5% do total de acidentes ofídicos ocorridos no Brasil, com letalidade em torno de 0,6% dos casos tratados.<sup>2</sup> Essas espécies, popularmente conhecidas como jararacas, habitam zonas rurais e periferias

---

<sup>1</sup> Bióloga e coordenadora do Centro de Assistência Toxicológica da Paraíba (CEATOX-PB).

<sup>2</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). End.: Av. São Paulo, nº 1344, apto. 303. Bairro dos Estados - João Pessoa - Paraíba. CEP: 58030-041. Tel.: (83) 9924-2221/ (83) 8755-7812. E-mail: diana\_medicina@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

de grandes cidades, preferindo ambientes úmidos como matas e áreas cultivadas e locais onde haja facilidade para proliferação de roedores (paióis, celeiros, depósitos de lenha); têm hábitos predominantemente noturnos ou crepusculares.<sup>1</sup>

A distribuição dos acidentes não ocorre de maneira uniforme ao longo do ano, com incremento dos casos nos períodos chuvosos e quentes, que coincide com o período de maior atividade humana no campo. O reconhecimento dos períodos de maior risco, dado pela sazonalidade característica na ocorrência dos acidentes, tem importância para preparar os serviços e os profissionais de saúde para o aumento na demanda de casos.<sup>3</sup>

Além da importância médica e epidemiológica, algumas questões sociais e econômicas envolvem esse problema, já que atinge indivíduos jovens e do sexo masculino, que representam população economicamente ativa do país.<sup>1</sup> São registrados cerca de 70% dos casos no sexo masculino; mais da metade (52,3%) dos acidentes acometem indivíduos na faixa etária de 15 a 49 anos, onde se concentra a força de trabalho do país<sup>4</sup>.

O perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos tem se mantido inalterado ao longo dos anos no Brasil, sendo composto por homens, adultos, jovens e trabalhadores rurais<sup>5</sup>. A provável causa de acidentes com este padrão é devido ao maior número de homens exercendo atividades que os expõem aos acidentes, a exemplo de atividades extrativistas como caça, pesca e lavra da terra<sup>6</sup>.

Em função do hábitat das serpentes peçonhentas serem, em sua grande maioria, ao nível do solo, está explicada a elevada incidência de picadas atingindo pés, tornozelo e pernas (cerca de 80%). Já mãos e antebraços são as partes do corpo afetadas em aproximadamente 20% dos casos, episódio favorecido pela manipulação indevida de abrigos como buracos, usados pelas cobras para a proteção contra perda de calor e umidade<sup>4</sup>.

A ausência de proteção adequada do indivíduo ao adentrar em matas ou ambientes comumente habitados por serpentes expõe partes do corpo a acidentes. Visto o maior número de acidentes atingirem as pernas, pés e mãos, é necessário o uso de

botas, perneiras, luvas e demais vestimentas e equipamentos apropriados para prevenção de acidentes<sup>6</sup>.

Embora bastante comuns, esses acidentes poucas vezes têm sido correlacionados aos agravos associados ou decorrentes de atividades do trabalho humano. Algumas associações, contudo, já foram estabelecidas, revelando a conotação de acidente de trabalho para esse tipo de acidente<sup>4</sup>.

No ano de 2005, foram registrados 88.701 casos de intoxicação humana no Brasil. Dos 6.860 casos de intoxicação atribuídos à circunstância ocupacional, 2.518 (36,7%) foram causados por animais peçonhentos, 1.745 (25,4%) por agrotóxicos de uso agrícola e 913 (13,3%) por produtos químicos industriais, demonstrando a elevada incidência de acidentes por animais peçonhentos no ambiente de trabalho<sup>7</sup>.

Em estudo epidemiológico realizado no Amapá, entre 2003 e 2006, as circunstâncias dos acidentes ofídicos mostraram que 60,1% dos agravos ocorreram durante atividade relacionada ao trabalho e 15,6% durante atividades de lazer. O reflexo ocupacional observado esteve ligado à faixa etária economicamente ativa, principalmente agricultores e autônomos, perfazendo 68% dos pacientes picados<sup>6</sup>.

Dessa forma, o artigo pretende traçar o perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos atendidos pelo Centro de Assistência Toxicológica da Paraíba, e suas relações com o trabalho.

## MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa se constituiu em um estudo epidemiológico observacional e descritivo e de caráter retrospectivo. Foi realizada coleta de dados de fichas de atendimento do Centro de Assistência Toxicológica da Paraíba (CEATOX-PB), localizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley – Campus I – UFPB, para todos os casos de acidentes ofídicos atendidos nesse serviço no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2008, totalizando 544 casos. O CEATOX-PB atende acidentados provenientes não só da capital João Pessoa, mas também de toda a zona da mata paraibana e de outras cidades interioranas da Paraíba e até dos estados vizinhos. As variáveis consideradas foram:

idade, sexo, profissão, circunstância, zona de ocorrência, sazonalidade, local da picada e tipo de ofídio (quanto à presença ou não de peçonha). Os dados foram tabulados no Microsoft Excel (versão 2003), processados e analisados em tabelas, sem tratamento estatístico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Traçando um perfil geral, o maior número de casos foi provocado por serpentes não-peçonhentas (41,54%), verificou-se a predominância do sexo masculino (69,48%) e da faixa etária entre 18 e 59 anos (66,36%). Quanto à ocupação, constatou-se que a maioria dos acidentes ocorreu em agricultores, 152 casos (27,94%), e na zona rural, 339 casos (62,31%). Os membros inferiores foram os locais de maior predominância dos ataques, constituindo 73,89% dos casos. Houve maior incidência nos meses de março a setembro, num total de 357 casos nesse período. Os acidentes ocorridos em circunstância de trabalho totalizaram 27,57%, sendo que, dentre esses, 58,66% eram trabalhadores rurais.

Em 32,72% das 544 notificações analisadas, o tipo de serpente envolvida não foi informado. Nos 366 casos restantes, quando esta variável foi referida, a distribuição dos acidentes, de acordo com o tipo da serpente (quanto à peçonha), pode ser observada na Tabela 1.

Em 66,36% das notificações, a idade

dos acidentados variou de 18 a 59 anos (tabela 2), o sexo masculino foi acometido em 69,48% dos casos e 166 acidentes notificados corresponderam ao sexo feminino.

Em 35,29% das 544 notificações analisadas, a profissão não foi informada no sistema de notificação. O maior número de agravos envolveu trabalhadores rurais, em 27,94% dos casos (tabela 3). É possível que a distribuição dos trabalhadores rurais entre os 192 casos com ocupação não informada seja a mesma dos casos informados.

Os agravos ocorridos em circunstância de trabalho totalizaram 27,57%, sendo, dentre estes, 58,66% representados por trabalhadores rurais. A distribuição dos acidentes, de acordo com a profissão e a circunstância em que ocorreram, pode ser observada na Tabela 3.

Considerando-se a zona de ocorrência dos acidentes ofídicos, 62,31% dos casos ocorreram na zona rural (tabela 4). Os acidentes em zona urbana totalizaram 159 casos.

Quanto à sazonalidade, os números mais expressivos de acidentes compreendem os meses de março a setembro. Verificou-se especificamente a presença de picos de incidência nos meses de março e setembro, seguidos por maio e outubro. A distribuição segundo esta variável pode ser observada na Tabela 5.

As regiões anatômicas mais frequentemente atingidas foram os membros inferiores, totalizando 73,89% dos casos (tabela 6), seguidos pelos membros superiores (22,8%).

**Tabela 1** - Distribuição dos acidentes ofídicos de acordo com o tipo de serpente (quanto à peçonha).

Ofídio	Nº de acidentes	%
Peçonhento	140	25,73
Não-peçonhento	226	41,54
Ignorado	178	32,73
<b>Total</b>	<b>544</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de notificação do CEATOX-PB

**Tabela 2** - Distribuição dos acidentes ofídicos de acordo com faixa etária e sexo.

Variável	Nº de acidentes	%
<b>Faixa etária</b>		
0 a 17 anos	148	27,20
18 a 59 anos	361	66,36
Acima de 60 anos	35	6,43
<b>Sexo</b>		
Masculino	378	69,48
Feminino	166	30,52

Fonte: Sistema de notificação do CEATOX-PB

Nota: os valores absolutos e percentuais de cada variável totalizam, respectivamente, 544 e 100%.

**Tabela 3** - Distribuição dos acidentes ofídicos de acordo com a profissão e a circunstância.

Variável	Nº de acidentes	%
<b>Profissão</b>		
Trabalhador rural	152	27,94
Trabalhador não-rural	118	21,69
Estudante	82	15,07
Ignorado	192	35,29
<b>Circunstância</b>		
Trabalho	150	27,57
Não-trabalho	310	56,98
Ignorado	84	15,44

Fonte: Sistema de notificação do CEATOX-PB

Nota: os valores absolutos e percentuais de cada variável totalizam, respectivamente, 544 e 100%.

**Tabela 4** - Distribuição dos acidentes ofídicos de acordo com a zona de ocorrência.

Zona de ocorrência	Nº de acidentes	%
Rural	339	62,31
Urbana	159	29,22
Ignorado	46	8,45
<b>Total</b>	<b>544</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de notificação do CEATOX-PB

**Tabela 5** - Distribuição dos acidentes ofídicos de acordo com a sazonalidade.

Mês do ano	Nº de acidentes	%
Janeiro	35	6,43
Fevereiro	41	7,54
Março	66	12,13
Abril	50	9,19
Maiο	54	9,93
Junho	46	8,45
Julho	43	7,90
Agosto	38	6,98
Setembro	60	11,03
Outubro	52	9,56
Novembro	31	5,70
Dezembro	28	5,15
<b>Total</b>	<b>544</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de notificação do CEATOX-PB.

**Tabela 6** - Distribuição dos acidentes ofídicos de acordo com o local da picada.

Local da picada	Nº de acidentes	%
Membros superiores	125	22,97
Membros inferiores	402	73,89
Outros	17	3,12
<b>Total</b>	<b>544</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema de notificação do CEATOX-PB.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a capital João Pessoa e o interior da Paraíba, o CEATOX-PB constitui a unidade de referência no atendimento de acidentes por animais peçonhentos, incluindo os diversos tipos de acidentes ofídicos. Sua relevância é demonstrada pelo número de casos atendidos e notificados neste serviço.

Nesta pesquisa, observou-se predomínio dos acidentes entre indivíduos do sexo masculino, e a faixa etária mais acometida foi entre 18 a 59 anos (66,36%), afetando, portanto, a população que concentra a força de trabalho. No estado do Ceará, Feitosa et al, no Acre, Moreno et al, e, em Goiás, Pinho et al encontraram dados semelhantes<sup>8,9,10</sup>.

Foi observada prevalência dos agravos

na zona rural (62,31% dos casos) em relação aos 159 casos ocorridos em zona urbana, guardando concordância com os resultados obtidos em outros estudos<sup>6,10,11</sup>. Além disso, as circunstâncias dos acidentes mostraram que 27,57% dos casos ocorreram durante atividade relacionada ao trabalho, sendo, dentre estes, 58,66% representados por trabalhadores rurais.

A ocorrência dos acidentes ofídicos está diretamente relacionada a fatores climáticos e ao aumento da atividade humana no campo<sup>1</sup>. No período de plantio e colheita da safra agrícola, sobretudo no interior da região Nordeste, observa-se maior movimentação dos trabalhadores rurais e também das serpentes<sup>11</sup>.

Quanto à sazonalidade, observou-se uma taxa importante de acidentes nos meses de março a setembro, coincidente com o período de maior pluviosidade e temperatura, bem como de maior atividade agropecuária em nossa região. O Nordeste, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, tem seu período de atividade agrícola distinto de outras regiões do país, observando-se incremento de casos nos meses de março a setembro<sup>12</sup>, constituindo dados condizentes com os encontrados neste estudo. Em outras localidades do Nordeste, foram obtidos dados semelhantes<sup>8,11</sup>.

As regiões anatômicas mais frequentemente acometidas foram os membros inferiores (73,89%) seguidos pelos membros superiores (22,97%), cabeça, tórax e outros (3,12%). Em relação aos membros inferiores, a maioria dos estudos mostra que os pés e as pernas foram os locais mais atingidos<sup>1,6,8,9,10</sup>. Há evidências de que um dos fatores determinantes, na ocorrência dos acidentes, tem sido o uso de indumentária que não oferece proteção adequada aos profissionais. Portanto, o uso de equipamentos de proteção individual adequados, tais como botas de cano longo, perneiras, luvas de couro, dentre outros, poderia prevenir grande parte destes acidentes.

Buscando estabelecer a correlação entre o acidente ofídico e o tipo de ocupação, Belluomini e cols. (1987), estudando 561 casos de ofidismo, encontraram 135 (24%) caracterizados como acidentes de trabalho, sendo que as atividades laborais relacionadas à agricultura corresponderam à maioria dos acidentes<sup>4</sup>.

Essas observações, associadas ao padrão de ocorrência dos casos, reforçam a conotação do acidente ofídico como acidente ocupacional, visto que sua maior incidência coincide com o deslocamento do trabalhador rural para as atividades agropecuárias<sup>6,8,11</sup>.

Vale salientar, como falha a ser corrigida, a alta proporção de acidentes (35,29%) em que a profissão da vítima não foi registrada no sistema de notificação. Isso reflete a pouca relevância dispensada a essa variável, sugerindo que os profissionais de saúde não estão suficientemente sensibilizados a considerar um acidente ofídico como possível acidente de trabalho. Analisando os dados obtidos nesse estudo, é possível verificar a importância do registro dessa informação,

não só pela frequente correlação ocupacional deste tipo de acidente, mas para que sejam realizadas de maneira efetiva as medidas necessárias ao atendimento dos acidentados e à prevenção de novos agravos, também em circunstância de trabalho.

Através da análise dos dados notificados nesse serviço, dentre os casos em que foi identificado o gênero da serpente, observou-se alta proporção de acidentes por espécies não-peçonhentas (41,54%), resultado também obtido por Feitosa et al, no estado do Ceará<sup>8</sup>. É importante destacar a alta proporção de acidentes em que não é referido o gênero da serpente envolvida (32,73%), falha esta que deve ser corrigida, pois a identificação do animal causador do acidente é um dado importante na medida em que permite a dispensa imediata de grande parte das vítimas acometidas por serpentes não-peçonhentas, auxiliando na indicação mais precisa do soro a ser administrado, graças ao reconhecimento precoce das espécies de importância médica<sup>1</sup>.

Considerando a prevalência dos acidentes ofídicos na zona rural e em circunstâncias ocupacionais, torna-se relevante a conscientização por parte de empregadores e empregados do meio rural quanto ao uso de equipamentos de proteção. Noções básicas de prevenção e equipamentos adequados devem ser difundidas entre os trabalhadores rurais.

Fazem parte também da prevenção de acidentes ofídicos no meio rural as medidas de proteção coletiva, como limpeza e manutenção periódicas de peridomicílio e das instalações rurais, o acondicionamento adequado de grãos, dejetos, entulhos, a utilização dos recursos naturais. Esses são fatores importantes que, no seu conjunto, diminuem a possibilidade de exposição do ser humano aos animais peçonhentos em geral, e às serpentes em particular<sup>4</sup>.

A inclusão dos acidentes ofídicos na lista de acidentes ocupacionais e sua adequada vigilância poderiam representar um avanço em Saúde Pública, não somente com fins de prevenção, mas também para um adequado atendimento e encaminhamento dos acidentados, contribuindo para a redução da morbiletalidade e limitação da capacidade de trabalho, seja ela temporária ou definitiva, eventualmente provocada por esta condição<sup>1</sup>.

---

**ASSOCIATION BETWEEN SNAKE BITE AND WORK: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS**


---

**ABSTRACT**

The occurrence of snake bites accident is related to climatic factors and the increase of human being activity in the field, striking, especially young adults of the male sex during the rural work in hot and rainy periods. Although rarely receive connotation of occupational accidents, there is evidence of this association, demonstrating that it is not uncommon during the work activity, predominantly in rural areas, the main industrial accident involving rural professionals. The article aims to demonstrate the impact that the snake bite accidents can exert on the work, striking the productive age range in occupational circumstances and also causing the removal of the labor activities. It was performed a data collection of attendance files in the CEATOX-PB from cases that were treated between January of 2005 and December of 2008, totalizing 544 cases. Variables considered: age, sex, profession, circumstance, area of occurrence, seasonality, region of the bite and type of snake (regarding the presence or not of poison). The data had been processed and analyzed in tables, without statistical analysis. It had predominance of the male sex (69.48%) with age between 18 and 59 years (66.36%). The majority of the accidents occurred in rural workers (27.94%) and in the rural zone (62.31%). Accidents in work circumstance totalized 27.57%, being 58.66% rural workers. 73.89% of the cases stroked inferior members. It had greater incidence from March to September (65.62%). The study corroborates the epidemiology of the snake bites in Brazil and displays the strong correlation between this accident and the work, strengthening the importance of the prevention and proper attendance to the victims.

**Keywords:** Snake bites. Work. Epidemiology. Occupational accident.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Pinho FMO, Pereira ID. Ofidismo. Rev Assoc Med Brás [periódico na internet]. 2001 [acesso em 2008 abr 10]; 47(1): [número de páginas aproximado 5 p.] .Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000100026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000100026&lng=en)
2. Albuquerque HN, Costa TBG, Cavalcanti MLF. Estudo dos acidentes ofídicos provocados por serpentes do gênero *Bothrops* no Estado da Paraíba. Revista de Biologia e Ciências da Terra [periódico na internet] 2005 [acesso em 2008 abr 10]; 5(1). Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50050109>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília; 2007. p. 107-108. [acesso em 2008 abr 10]; Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia\\_Vig\\_Epid\\_novo2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf)
4. Mendes R. Patologia do Trabalho. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 950-962.
5. Bochner R, Struchiner CJ. Epidemiologia dos acidentes ofídicos nos últimos 100 anos no Brasil: uma revisão. Cad Saúde Pública 2003; 19(1): 7-16. [acesso em 2008 abr 10]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14900.pdf>
6. Lima ACSF, Campos CEC, Ribeiro JR. Perfil epidemiológico de acidentes ofídicos do Estado do Amapá. Rev Soc Bras Med Trop 2009; 42(3): 329-335. [acesso em 2008 abr 10]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822009000300017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000300017&lng=en)
7. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Fundação Oswaldo Cruz. Estatística Anual de Casos de Intoxicação e Envenenamento. Brasil: Ministério da Saúde; 2005. [acesso em 2008 abr 10]; Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox/2005/umanalise2005.htm>
8. Feitosa RFG, Melo IMLA, Monteiro HSA. Epidemiologia dos acidentes por serpentes peçonhentas do Estado do Ceará - Brasil. Rev Soc Bras Med Trop 1997; 30(4): 295-301. [acesso em 2008 abr 10]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86821997000400004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821997000400004&lng=en)
9. Moreno E, Queiroz-Andrade M, Lira-da-Silva RM, Tavares-Neto J. Características clínicoepidemiológicas dos acidentes ofídicos em Rio Branco, Acre. Rev Soc Bras Med Trop 2005; 38(1): 15-21. [acesso em 2008 abr 10]; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822005000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822005000100004&lng=en)

10. Pinho FMO, Oliveira ES, Faleiros F. Acidente ofídico no estado de Goiás. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(1): 93-96. [acesso em 2008 abr 10]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n1/a43v50n1.pdf>
11. Lemos JC, Almeida TD, Fook SML, Paiva AA, Simões MOS. Epidemiologia dos acidentes ofídicos notificados pelo Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (Ceatox-CG), Paraíba. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(1): 50-59. [acesso em 2008 abr 10]; Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2009000100006&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000100006&lng=en)
12. Ministério da Saúde. Ofidismo - Análise epidemiológica. Mimeografado, Brasília; 1991.



# Artigo Original

## INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: VISÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Anne Jaquelyne Roque Barrêto<sup>1</sup>  
Cibele de Oliveira da Silva<sup>2</sup>  
Khátia Regina Silva Santos<sup>3</sup>  
Aline Morais<sup>3</sup>

---

### RESUMO

A integralidade é o eixo norteador das ações de saúde, sendo um dos princípios do SUS mais relevantes no processo de articulação assistencial de caráter preventivo e/ou curativo. Imerso neste contexto conceitual, evidencia-se a integralidade do cuidado como fator relevante na desenvoltura da Estratégia de Saúde da Família, abrangendo as atividades do enfermeiro como fundamental para atitude holística frente ao indivíduo. Objetivou-se investigar a percepção dos enfermeiros com base na integralidade do cuidado, desenvolvido nas Unidades Saúde da Família, situadas no bairro Mangabeira, na cidade de João Pessoa-PB. Trata-se de um estudo de caráter exploratório com abordagem qualitativa, cuja amostra foi composta por oito enfermeiros que atuam nestas unidades e que concordaram em participar do estudo. Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática. De acordo com os depoimentos dos enfermeiros, o entendimento sobre a integralidade está pautado na visão holística do usuário, na criação de redes integrais de saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais. Entretanto para que se concretize é preciso vontade política e práticas de saúde mais humanizadas. Verificou-se, também, que a precariedade do sistema de especialidades, a infraestrutura inadequada das USF e principalmente o desconhecimento dos profissionais acerca desse tema dificultam o processo de efetivação do cuidado integral aos usuários do SUS. A interdisciplinaridade e o trabalho dos ACS configuram como estratégias fundamentais nesse processo. Entende-se que existe necessidade de disparar processos de reflexão sobre o processo de trabalho do enfermeiro com base na integralidade, tendo em vista ser este um princípio norteador para efetivação de um sistema de saúde de caráter social e de respeito à cidadania.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Integralidade. Programa Saúde da Família.

---

### INTRODUÇÃO

No Brasil, a questão da integralidade da atenção à saúde ganha força como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária, desde a década de 1970, em busca de um sistema de saúde mais justo, universal e que atendesse às necessidades da população através do desenvolvimento da atenção básica em saúde<sup>1</sup>.

A partir de 1980, em meio às ideias neoliberais que pregavam um Estado “enxuto”, a integralidade aparece como um diferencial no Brasil, com a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema. Nesse contexto, observa-se que a discussão

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). End.: Rua Dilson Pessoa, 69, Água Fria. CEP: 58077-330. João Pessoa-PB, Brasil. Tel.: (83) 8763-0384. E-mail: annejaque@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa, Brasil.

<sup>3</sup> Alunas do 6º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). João Pessoa, Brasil.

sobre a integralidade é o ponto central para a reorganização do sistema de saúde, podendo ser até definida como fator essencial da política pública.

Assim, o ponto chave para garantir a integralidade é estabelecer a relação sujeito-sujeito, em busca de compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços que o indivíduo apresenta, e que esses serviços sejam resolutivos aos seus problemas de saúde, pois a necessidade de serviços assistenciais de uma população não poderá ser reduzida ao seu sofrimento e sim buscar informações e intervir para prevenir sofrimentos futuros.

Entende-se por integralidade o cuidado de pessoas, grupos e coletividade, percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere<sup>2</sup>.

Nesse sentido, a integralidade deverá ser trabalhada segundo três grandes eixos ou grupos de sentidos, tais como: a visão integral do profissional, a integração das ações nos serviços de saúde e seus processos de trabalho, e a integração do sistema de saúde enquanto política setorial<sup>3</sup>.

Tomando como base esses grupos de sentido, a equipe Saúde da Família possui grandes desafios em seu campo de atuação, pois deverá proporcionar ações de saúde que devam ser voltadas ao mesmo tempo para o indivíduo e a comunidade, para a prevenção, promoção e recuperação, de forma integral e contínua, sempre respeitando a dignidade humana<sup>4</sup>.

Pode-se atribuir à integralidade um conjunto de sentidos, dentre os quais encontramos: os atributos das práticas dos profissionais de saúde, ou seja, cabe a cada membro capacitado cumprir todas as suas funções, para que as ações de saúde sejam desempenhadas com sucesso. Atributos da organização dos serviços, ou seja, articular práticas de saúde pública a serviços assistenciais; e aplicar as respostas governamentais aos problemas de saúde, através de programas, em busca de uma resposta positiva a determinados problemas de saúde.

É importante ressaltar que a integralidade se constitui um dos pilares doutrinários do SUS de modo que existe a necessidade da construção de políticas públicas e o desenvolvimento das ações de saúde que visem sua (re)estruturação com base em seu

conceito. Por outro lado, sabe-se que esse entendimento deverá perpassar por todos os níveis de atenção à saúde, inclusive nos espaços micros, onde atuam essas Equipes de Saúde da Família.

Nessa lógica, a equipe de Saúde da Família tem papel fundamental na construção do cuidado pautado na integralidade em seu espaço de atuação, onde o enfermeiro se configura como um dos profissionais essenciais para a concretização da integralidade, posto que este seja figura relevante neste processo pelo fato de ser um manuseador das ações de saúde, seja de forma preventiva ou curativa, sobretudo de promoção.

O interesse por este tema surgiu pela necessidade de investigar como os enfermeiros que atuam na ESF desenvolvem as ações básicas de saúde, tendo como base a integralidade do cuidado. Indagação da qual vigora a percepção peculiar das atividades de promoção, prevenção e de atenção construída por enfermeiros imersos no princípio abrangente da integralidade na atuação da ESF.

Com intuito de responder a esse questionamento, foram traçados os seguintes objetivos: identificar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família com base na integralidade do cuidado; levantar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para produção do cuidado integral na USF; e conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o alcance da integralidade na USF.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza exploratória com abordagem qualitativa foi desenvolvido nas USF localizadas no bairro de Mangabeira, no município de João Pessoa-PB.

O universo da pesquisa foi representado por enfermeiros que trabalham nas USF, sendo a amostra composta por 08 (oito) enfermeiros que atuam nessas Unidades de Saúde e que concordaram em participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2007, após prévia autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, bem como após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) - Protocolo nº 094/2006.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo questões inerentes ao tema do estudo. Para melhor apreensão das falas, utilizou-se um gravador de áudio portátil, após anuência dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de garantir o anonimato dos entrevistados, foi solicitado que cada um escolhesse um nome fictício e, posteriormente, todas as falas foram transcritas, respeitando sua fidedignidade.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática<sup>5</sup>, que explana um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Nesta mesma perspectiva, utilizou-se a análise de caráter temático por ser o tema a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, consistindo em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido. Portanto, sendo o tema utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc, em que as respostas a questões abertas, às entrevistas individuais ou de grupo, podem ser e são frequentemente analisadas tendo o tema por base<sup>5</sup>.

Para tanto, promoveu-se, baseada nesta metodologia, a organização dos dados colhidos a partir da realização das oito entrevistas, obedecendo às exigências da análise do conteúdo, o qual aponta como pilares a fase de descrição e preparação do material, a inferência ou a dedução e a interpretação. Dessa forma, usufruiu-se dos principais pontos da pré-análise: a leitura flutuante - do qual se realizaram as primeiras leituras de contato com os textos; a escolha dos documentos - no caso os relatos transcritos; a formulação das hipóteses e objetivos - relacionados com a percepção do enfermeiro frente ao tema; a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores - a

frequência das respostas análogas; e a preparação do material. Por isso, todas as entrevistas foram registradas através de gravação em áudio, transcritos na íntegra e autorizadas pelos participantes, além de que os textos passaram por pequenas correções linguísticas, porém, não eliminando o caráter espontâneo das falas.

Para o tratamento dos dados, a técnica da análise temática ou categorial foi utilizada e baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em categorias<sup>5</sup>.

Assim, na fase seguinte, a exploração do material, tem-se o período mais duradouro: a etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de contexto e de registro; e a fase da categorização, no qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Já a última fase do tratamento e inferência à interpretação permite que os conteúdos recolhidos se constituam em dados quantitativos e/ou análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas.

Contudo, mediante o discurso dos enfermeiros entrevistados nas USF, foram agrupadas duas categorias temáticas: **Construção da Atenção à Saúde na Estratégia Saúde da Família pautada na integralidade do cuidado; e Integralidade da Atenção à Saúde: dificuldades e estratégias.**

Tal logo, a partir destas, foram divididas em três subcategorias temáticas: a primeira fala sobre o entendimento do enfermeiro em relação à integralidade; a segunda refere-se como pode ser construída a integralidade da atenção; e a terceira reporta-se as ações desenvolvidas com base na integralidade nas USF, facilitando desta forma a exposição da percepção do enfermeiro frente ao tema em questão.

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e com a Resolução nº 311/2007 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Construção da Atenção à Saúde na Estratégia Saúde da Família pautada na integralidade do cuidado

A categoria temática Construção da Atenção à Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) pautada na integralidade do cuidado foi dividida em três subcategorias. A primeira fala sobre o entendimento do enfermeiro em relação à integralidade, a segunda como pode ser construída a integralidade na atenção à saúde e a terceira sobre as ações desenvolvidas com base na integralidade nas Unidades de Saúde da Família.

Em relação ao entendimento do enfermeiro sobre a integralidade na atenção a saúde, os entrevistados mencionaram que a integralidade é uma ação desenvolvida ao indivíduo para garantir as ações de prevenção e cura que ele necessita em qualquer nível de atenção. A educação em saúde foi citada como um incentivo para o autocuidado. No entanto, apenas dois entrevistados mencionaram que, para garantir a integralidade, é necessário um trabalho no âmbito da intersetorialidade (dependência de outros setores para um melhor atendimento, como por exemplo, educação, infraestrutura, habitação) bem como um sistema de referência e contrarreferência eficaz. Esse entendimento é encontrado nas seguintes falas:

“Integralidade na atenção a saúde é a manutenção da assistência ao indivíduo e seus familiares, proporcionando meios de atendimento em todos os níveis (primário, secundário, terciário), facilitando a todos os serviços de saúde e profissionais e proporcionando ações educativas para o autocuidado.” (Carmem)

“É um dos princípios do SUS mais difícil de ser efetivado, por depender de outras áreas setoriais (intersetorialidade), como educação, infraestrutura, habitação, assistência social, entre outros.” (Maria)

Vale salientar que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, tornou-se uma verdadeira “bandeira de luta”. Ela tenta falar de conjunto de valores pelos quais vale lutar para que haja um ideal de sociedade<sup>2</sup>. Para

que haja assimilação da integralidade na atenção à saúde pelos profissionais e, posteriormente, para os usuários assistidos, é necessária a intervenção em saúde para além da doença ou corpo doente, com a apreensão das necessidades mais abrangentes dos sujeitos<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a integralidade na atenção à saúde deve ter a visão do indivíduo ou do sujeito, como um todo. Um ser indivisível, observando seu modo de vida na sociedade, sua cultura, seus hábitos, o espaço geográfico em que vive como forma investigativa na culminação de doenças específicas da área. Por isso, é necessário enxergar estas diversas características. A ação integral, como o próprio nome já diz, é uma ação de forma a atender o indivíduo ou necessidades de populações de forma geral, na qual é possível associar práticas, serviços e políticas de saúde capazes de solucionar problemas, assim como preveni-las.

Existem vários sentidos atribuídos a integralidade dentre eles é colocada como parte de uma “imagem objetivo”, onde há o propósito de distinguir o que se almeja construir, ou seja, encontrar maneiras e possibilidades para realizações e transformações futuras do que já existe<sup>2</sup>.

Outro sentido atribuído à integralidade está ligado à organização dos serviços e das práticas de saúde. Para cumpri-lo é preciso “horizontalizar” os programas, antes verticais, ou seja, as equipes deveriam pensar no horizonte da população em que atendem e não só pensar do ponto de vista exclusivo dos programas do MS. A ideia é que o sistema de saúde local (re)organize seus serviços de saúde existentes em forma de redes e não em níveis de atenção.

Entende-se por redes assistenciais em saúde como um conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes, e isso não constitui tarefa fácil. Para garantir a ampliação desses serviços, existe a necessidade de ampliar a comunicação entre eles, resultando em processos de atenção e gestão eficientes e eficazes<sup>7</sup>.

Outro ponto importante, encontrado nas falas dos enfermeiros, remete-se à relação como pode ser construída a integralidade do

cuidado no âmbito do SUS. Para os entrevistados, é preciso vontade política, garantia de acesso e trabalhadores de saúde mais humanizados.

“É necessário a participação e envolvimento de todos os níveis de atenção à saúde, visando desburocratizar a assistência à saúde. Facilitar o trânsito do usuário em todos os níveis [...] enfim é necessário que todos falem a mesma língua.” **(Fátima)**

“É necessária uma vontade política, voltada para esse fim com mais seriedade.” **(Rose)**

“Um maior compromisso por parte dos profissionais, humanização da assistência e aprender a escutar melhor os pacientes.” **(Jacira)**

Para construir ou alcançar a integralidade se faz necessário: os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a este princípio na prática e da operação dos sistemas de saúde para que se possa então atender as premissas básicas; a garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência; articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e família<sup>8</sup>. Tais medidas seriam ideais para que o processo de integralidade adquirisse vigor ideológico na garantia da qualidade da assistência.

Para garantir acesso aos serviços de saúde é essencial que estes sejam adequados às necessidades da pessoa, em tempo e local apropriados de modo a obter o melhor resultado possível<sup>9</sup>.

Nas últimas décadas, têm-se vivenciado a desumanização do cuidado pelos trabalhadores de saúde. Esse entendimento seria tratar pessoas como coisas, indicando a persistente ação de não reconhecer o doente como pessoa e sujeito, mas como objeto da intervenção clínica<sup>10</sup>. Com essa racionalidade, as pessoas doentes seriam vistas como um conjunto de necessidades padronizadas, atendidas por serviços igualmente estandarizados, estes influenciados por um modelo biomédico com foco na doença e na utilização de tecnologias duras<sup>10</sup>.

No entanto, o grande impasse da integralidade se reporta justamente a lacuna ofertada pela falta de comunicação entre os níveis de atenção. Percebe-se nesse movi-

mento, a precariedade na construção de redes assistenciais integradas, de forma que haja um processo dialógico efetivo entre os serviços, na resolução das necessidades de saúde apresentadas pela população local.

A respeito da produção do cuidado em saúde voltada para a humanização, deve se constituir o interesse na produção de uma inter-relação entre fundamentos, procedimentos e resultados das tecnologias da saúde e dos valores associados à busca da felicidade a cada vez reclamados pelos projetos existenciais de indivíduos e comunidade<sup>11</sup>. Assim, para que os trabalhadores de saúde produzam cuidados de forma humanizada, há necessidade de investimento da gestão na qualificação desses trabalhadores, utilizando métodos pedagógicos que favoreçam a ação-reflexão-ação de acordo com cada realidade. Enfatiza-se que a humanização deriva-se da competência profissional frente às habilidades técnicas e a sensibilidade de olhar o usuário como ser humano dotado de sentimentos e pensamentos<sup>11</sup>.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída desde 2004, pelo Ministério da Saúde (MS), como política de qualificação para os recursos humanos na área da saúde, pode configurar-se como um dispositivo dessas mudanças de modo a favorecer a produção do cuidado pautado na integralidade da atenção.

Sobre as ações desenvolvidas na USF, a partir das falas dos entrevistados, houve uma maior aproximação da USF com a comunidade que possibilitou ao profissional de saúde, neste caso o enfermeiro, desenvolver maior vínculo com o usuário e sua família.

O enfermeiro passou a visualizar o indivíduo como um todo, com todas as suas necessidades sociais, emocionais e não apenas como portador de uma doença. Isso é importante porque retrata a construção da integralidade a partir da mudança da visão do profissional de saúde no seu espaço de atuação. Embora exista o esforço do profissional enfermeiro em visualizar o indivíduo de forma holística, este ainda por vezes se vê diante de uma visão voltada para tratar a doença e não as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas, conforme apontam suas falas:

“Sim, mas muitas vezes, ainda mantemos àquela visão de ser a parte doente, esquecendo que o indivíduo é um todo individualmente, na família e comunidade. Como por exemplo: um indivíduo portador de hipertensão (não é só um hipertenso) é um ser humano com sua vida regida por emoções, que trabalha, tem sua família, e assim por diante.” (Maria)

“Sim, quando procuramos ver o indivíduo como um todo em suas necessidades emocionais, sociais e biológicas; bem como as pessoas que convivem com o mesmo.” (Carmem)

“Sim, procurando não só olhar a doença e sim buscar descobrir o que está levando aquela pessoa a uma determinada patologia.” (Jacira)

É interessante ressaltar que a integralidade obtém ênfase significativa quando abordada pela óptica dos profissionais de saúde (aqui enfermeiros), sendo um aspecto primordial de ensejo para que o processo de integralidade se desenvolva de modo amplo, voltado para a peculiaridade de cada região territorial, e principalmente de forma específica para cada usuário, promovendo, contudo, com esta investida, uma reavaliação dos gestores em elaborar envolvimento deste princípio em sua aplicabilidade administrativa em prol de sua prática.

O conjunto de sentidos da integralidade que incide sobre as práticas dos profissionais de saúde retrata que a preocupação de discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários destes serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças, constitui um desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde<sup>3</sup>.

A compreensão da construção da integralidade, numa perspectiva de sistemas e práticas de saúde, enfrenta um conjunto de desafios, seja estruturais ou conjunturais. Os desafios estruturais surgem da dinâmica de reprodução do modelo médico assistencial privatista; e os conjunturais relacionam-se à implementação de políticas à expansão e qualificação da atenção básica que produzam fatos e percepções que contribuam para a mudança na prática e a concepção dos

sujeitos envolvidos na prestação de serviços de saúde<sup>12</sup>. Nesse sentido, a ESF pode ser um elemento fundamental para a adequação das respostas aos problemas e necessidades de saúde da população.

Por isso, faz-se necessário pensar diferente, encontrar novas maneiras e fluxos dentro do próprio sistema, para atender aos reais desejos e necessidades da população, e encontrar estratégias adequadas para construção de uma atenção à saúde fundamentada na humanização e integralidade do cuidado. Para que haja modificações, é preciso tomar medidas de reorganização do sistema que podem e devem ser implementadas para ter uma saúde pública voltada para o atendimento universal, integral e de boa qualidade.

### **Integralidade da atenção à saúde: dificuldades e estratégias**

Essa categoria temática refere-se aos meios que os enfermeiros procuram para garantir a atenção integral aos indivíduos sob sua responsabilidade. Optou-se, nessa categoria, dividir as falas em duas subcategorias. A primeira trata das *dificuldades encontradas para garantir a integralidade da atenção à saúde*; e a segunda, das *estratégias utilizadas para garantir a integralidade da atenção à saúde* na Unidade Saúde da Família.

As dificuldades identificadas estão relacionadas à precariedade do sistema de referência e contrarreferência, do qual se realiza a referência, embora seja rara a contrarreferência; a infraestrutura inadequada das USF e a falta de envolvimento e conhecimento dos profissionais de saúde com a prática da integralidade. Esses entendimentos estão nas seguintes falas:

“Sim, falta de esclarecimento da equipe e da clientela, principalmente quando se trata dos encaminhamentos.” (Patrícia)

“Dificuldade na referência e contrarreferência, a estrutura da unidade que não acomoda todos os cômodos para a instalação dos consultórios para a realização das ações curativas, vacinação etc.” (Fátima)

“Não, devido à falta, ou melhor, dificuldade no que tange a referência e contrarreferência e muitas vezes dentro da própria ESF, devido

à visão dos profissionais envolvidos na atenção ao usuário.” **(Fátima)**

O acesso aos serviços especializados torna-se difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência de referência (marcação de consulta) pelas unidades básicas, pelo fato do tempo despendido, falta de prioridades e escassez de vagas pela demanda considerável da procura. Em geral, as esperas são tão demoradas que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades torna-se insuficiente diante das necessidades da população usuária do sistema.

Os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas “clientelas cativas”, que poderiam estar sendo acompanhadas em nível de rede básica. A contrapartida disto são os médicos da rede que frequentemente se “livram” dos usuários, encaminhando-os para os especialistas, quando poderiam fazer o seguimento no centro de saúde mesmo<sup>13</sup>. Isto constitui um problema grave, tendo em vista ser a ESF responsável pela coordenação do cuidado, a qual não condiz com a sumarização de prestação de encaminhamento sem, contudo, fazer uma análise do cuidado numa perspectiva de clínica ampliada.

Dessa maneira, as equipes das unidades deviam pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a que atendem a suas necessidades e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do MS. Neste momento, há necessidade de se estabelecer interação entre os profissionais e a população assistida, para que haja maior compromisso e melhores resultados<sup>2</sup>.

As especialidades de cada área acarretaram a fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas, além da dificuldade de adotar os postos de saúde de recursos adequados. Acrescenta-se ainda a estes problemas a falta de qualificação dos profissionais para trabalhar, segundo os princípios da atenção à saúde e a baixa remuneração<sup>7</sup>.

Para que haja soluções para as dificuldades enfrentadas por estes profissionais é preciso estabelecer ações intersetoriais, como por exemplo, medidas de educação em saúde na perspectiva da construção de

autonomia de sujeitos e, principalmente, transformações das relações da própria equipe, havendo a superação dos problemas encontrados.

A interdisciplinaridade e o diagnóstico das necessidades de saúde da população se configuram como estratégias utilizadas pelo enfermeiro com o objetivo de garantir a integralidade da atenção na USF. Um dos atores fundamentais nesse processo é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), como apontam as falas:

“Dentro dos limites, a equipe dispõe, ou seja, se propõe a utilizar todos os recursos disponíveis para garantir essa integralidade, porém dependemos de outras instâncias e nos sentimos muitas vezes impotentes por essas ações sofrerem solução de continuidade.” **(Rose)**

“A atenção estratégica é conhecimento das famílias, cadastramento da família e a visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde. Então, basicamente é ele que detecta as grandes dificuldades, durante as reuniões e os estudos de caso, é que conseguimos solucionar alguma coisa, e a própria vinda do paciente, então desde que ele procure a unidade, a gente tenta solucionar o menos burocraticamente aquele problema em que ele se encontra. Mas, acho que o ponto chave mesmo é o agente comunitário de saúde nesse programa.” **(Márcia)**

“Buscando ajuda de outros profissionais, psicólogos, nutricionistas, endocrinologista e encaminhando os mesmos para atendimento especializado.” **(Jacira)**

A garantia do princípio da integralidade implica em dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, do processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os usuários, tanto no âmbito individual quanto da coletividade e devem proporcionar um atendimento organizado, diversificado e humano, não excluindo nenhuma das possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar os indivíduos<sup>7</sup>.

A busca da interdisciplinaridade constitui um desafio constante da equipe de saúde, pois os fatores que dificultam essa prática no trabalho é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera

práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária<sup>14</sup>. A compreensão desse aspecto por parte dos profissionais de saúde e o compromisso destes, relacionado à produção da integralidade do cuidado deve ser um caminho percorrido pela equipe.

O ACS se constitui peça fundamental no processo de construção da prática da integralidade dentro da ESF. Este profissional foi inserido nessa estratégia no início da década de 1990 com o intuito de desenvolver ações de prevenção de doenças e aproximação entre comunidade e equipe de saúde. Conforme os depoimentos, o ACS é o elo entre a comunidade e a equipe de saúde local, uma vez que reside na própria comunidade onde trabalha.

No trabalho do ACS são identificadas duas dimensões: uma mais política na de organização da comunidade e de transformação das condições de saúde; outra mais técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias e à intervenção para a prevenção das doenças e agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos<sup>15</sup>.

No entanto, o esforço do ACS em garantir acesso aos serviços de saúde com assistência resolutiva para os indivíduos, família e comunidade não substitui a responsabilidade dos demais profissionais de saúde, em buscar estratégias, inclusive junto à comunidade, para resolver os problemas existentes em sua área de atuação. Logo, o enfermeiro deverá refletir sobre sua prática diária no serviço de saúde e qual sua influência na construção de um cuidado tendo como princípio a integralidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme discutido neste texto, a efetuação da integralidade do cuidado tem

sido um dos grandes desafios do SUS. O ideário deste princípio compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos<sup>16</sup>. Nesse contexto, a luta pela integralidade surge como expressão da insatisfação com as maneiras que as práticas de saúde, realizadas pelos profissionais de saúde, vêm sendo operacionalizadas.

A pesquisa, de acordo com as falas dos enfermeiros, oportunizou o conhecimento das ações realizadas na Estratégia Saúde da Família para a construção da integralidade do cuidado em saúde. Evidenciou que o entendimento sobre a integralidade está pautado na visão holística do usuário, na criação de redes integrais de saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais. Para isso, de acordo com as falas, é preciso vontade política e práticas de saúde mais humanizadas.

No entanto, verificou-se que a precariedade do sistema de especialidades, a infraestrutura inadequada das USF e principalmente o desconhecimento dos profissionais acerca da integralidade dificultam o processo de efetivação do cuidado integral aos usuários do SUS. Para seu alcance, foi mencionado que a interdisciplinaridade e o trabalho dos ACS configuram como estratégias fundamentais nesse processo.

Assim, a integralidade ainda é um dos princípios constitucionais mais desafiadores da saúde. Grandes transformações foram feitas, mas a falta de qualificação dos profissionais ainda contribui para o problema de uma assistência fragmentada e individual.

Para garantir a integralidade torna-se imprescindível organizar os serviços prestados a população, horizontalizar e hierarquizar as ações pautadas na intersetorialidade, realizar atividades multiprofissionais e, principalmente, que as relações entre os profissionais e indivíduos assistidos se constituam em co-responsabilização na construção do cuidado integral em saúde.



---

**INTEGRALITY OF HEALTH CARE: NURSE'S VIEW OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY**


---

**ABSTRACT**

The integrality is the axis norteador of the actions of health, being one of the beginnings of the SUS, more relevant in the process of articulation assistencial of preventive character and/or curative. Submerged in this conceptual context, the integrality of the care is evidenced as relevant factor in the self-confidence of the Strategy of Health of the Family, including the nurse's activities as fundamental for attitude holística front to the individual. It was aimed at to investigate the nurses' perception with base in the integrality of the care, developed in the unit of health of the Family, located in the neighborhood Mangabeira, in João's city Pessoa-PB. It is treated of a study of exploratory character with qualitative approach, whose sample was composed by eight nurses that act in these units and that you/they agreed in participating in the study. For collection of the data an interview itinerary was used semi-structured, the interviews were recorded and later transcribed. For analysis of the data, the technique of Analysis of Content, thematic modality was used. In agreement with the nurses' depositions, the understanding on the integrality is ruled in the user's vision holística, in the creation of integral nets of health and in the development of actions intersetoriais. However so that she render is necessary political will and practices of health more humanized. It was verified, also, that the precariousness of the system of specialties, the inadequate infrastructure of USF and mainly the ignorance of the professionals near of that theme, they hinder the efetivação process of the integral care to the users of SUS. The interdisciplinaridade and the work of ACS configure as fundamental strategies in that process. Understands each other that, need exists of shooting reflection processes on the work process of the nurse's with base in the integrality, tends in view to be this, a beginning guiding for effectuation of a system of health of social character and of respect to the citizenship.

**keywords:** Nursing. Integrality. Family Health Program.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Mendes EV. A Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
2. Machado MFAS. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - revisão conceitual. Artigo Article; 2006. p.335-42.
3. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. p.39-54.
4. Figueiredo NMAD. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul - SP: Yendes; 2005.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
6. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface-comunic., Saúde, Educ., Set. 2004/2005; 9(16):39-52.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. - Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 44 p.
8. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da estratégia saúde da família. Rev Ciênc Saúd Colet. 2003;8(2):569-84.
9. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2008. p. 215-43.
10. Deslandes SF. Humanização: revisitando conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes, SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2006. p. 33-47.
11. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes, SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2006. p. 49-83.
12. Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador (BA): Edufba; 2006. p. 59-83.
13. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad de Saú Públ. 1997;13(3):469-78.

14. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Rev Ciênc Saúd Colet. Set/Out 2009; 14(1):1463-72.*
15. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface-Comunic., Saúde, Educ. 2002;6(10):75-83.*
16. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Rev. Saúde e Sociedade.* [acesso 2010 Jan 20] Set/Dez. 2004;13(3):5-15. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-12902004000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-12902004000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

# Artigo Original

## ALEITAMENTO MATERNO: DIFICULDADES DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Bianca Fonsêca Anízio<sup>1</sup>  
Ana Paula Silva de Oliveira<sup>2</sup>  
Brígida Karla Fonsêca Anízio<sup>3</sup>  
Cíntia Bezerra Almeida<sup>4</sup>  
Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca<sup>5</sup>

---

### RESUMO

Aleitamento materno é uma etapa do processo reprodutivo feminino, resultando em benefícios para a saúde da mulher e da criança envolvidas no processo da amamentação. O interesse pela temática surgiu a partir da necessidade de orientar e buscar, juntamente com as mães, um resultado satisfatório para resolução das dificuldades por elas enfrentadas. Os objetivos são: analisar as dificuldades enfrentadas pelas mães de recém-nascidos prematuros diante do aleitamento materno; caracterizar a amostra através de dados socioeconômicos; buscar, junto às mães, a importância, vantagens e benefícios do aleitamento materno; e analisar, por meio da fala das mães, como os profissionais de enfermagem contribuem para melhor assistência prestada durante a internação. O estudo é do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido através do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre. Foi realizado na Maternidade Frei Damião, na cidade de João Pessoa - PB. A amostra foi constituída por seis mães de recém-nascidos prematuros, no mês de julho de 2010. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo dados socioeconômicos de amostra e questões norteadoras. Os resultados foram encontrados de acordo com as seguintes ideias centrais: estimular a lactação por meio de ordenha, devido ao estado de prematuridade do recém-nascido; ausência de leite, pelo afastamento do recém-nascido da mãe; benefício do leite materno para o recém-nascido; realização das mães pela evolução clínica do recém-nascido; contribuição dos profissionais de enfermagem na melhora, estímulo, apoio e orientação da lactação; satisfação com a assistência de enfermagem prestada às mães e recém-nascidos. Na realização do estudo foram observadas as dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros e a partir delas expostas, atingindo todos os objetivos e contribuindo para nosso conhecimento teórico-prático, como para todos os níveis da área de saúde.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno. Mães. Lactente Prematuro.

---

### INTRODUÇÃO

Os aspectos socioeconômicos e culturais têm influenciado de maneira significativa a prática do aleitamento materno, que, embora seja um ato espontâneo, não é instintivo, uma vez que as puérperas precisam ser apoiadas e ensinadas para realizarem esta prática de forma prazerosa, evitando assim o desmame precoce<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Especializanda em Terapia Intensiva. End.: Rua Bancário Antônio Macaú, Residencial Portal do Sol. Apto.: 301, nº: 301, Jardim Cidade Universitária. CEP: 58051-823. Tel: (83) 8872-2300. E-mail: biafonseca.jp@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especializanda em Terapia Intensiva.

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Especializanda em Enfermagem do Trabalho. Professora Substituta da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e da Escola de Enfermagem Nova Esperança - CEM.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE e UFPB.

<sup>5</sup> Enfermeiro Obstetra. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. Enfermeiro da Clínica Obstétrica do HULW da UFPB.

Apesar da importância do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e a sociedade, as taxas de amamentação no Brasil são baixas, em especial a da amamentação exclusiva, até os seis meses de vida da criança. Para modificar essa realidade, são necessárias ações que promovam essa prática, as quais devem contemplar fatores que interferem na amamentação, pois é sabido que o aleitamento materno, apesar de biologicamente determinado, é influenciado por fatores<sup>2</sup>.

O aleitamento materno é uma etapa do processo reprodutivo feminino cuja prática resulta em benefícios para a saúde da mulher e da criança, envolvidas no processo da amamentação, com repercussões positivas para a sociedade. Ao optar pela prática, a mãe, além de prover o alimento ao filho, mantém proximidade corporal repleta de sentidos para a relação mãe e filho<sup>3</sup>.

A adequação e os benefícios do leite humano estendem-se também para as crianças prematuras de baixo peso e para aquelas que necessitam de internação em unidades de cuidados neonatais. Entretanto, experiências têm mostrado a dificuldade das mães em manter a amamentação, pois grande parte dos recém-nascidos permanecem internados em unidades de cuidados neonatais por longo tempo e sua sucção é deficiente devido à imaturidade desse reflexo ao nascer<sup>4</sup>.

O estabelecimento do aleitamento materno no recém-nascido pré-termo constitui um grande desafio. A dificuldade advém de diversos fatores, sendo que os mais evidentes estão associados às limitações fisiológicas. Além da imaturidade da criança, existem ainda fatores maternos que dificultam o estabelecimento do aleitamento<sup>5</sup>.

Os Recém-Nascidos Prematuros (RNPT) apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonia muscular e hiperreatividade aos estímulos do meio ambiente, permanecendo em alerta por períodos muito curtos<sup>6</sup>. Mas, apesar do inadequado controle da sucção, deglutição, respiração, um RNPT é capaz de alimentar-se ao peito, desde que com auxílio e apoio apropriados. Entretanto, mesmo desejável, observa-se pouco sucesso na amamentação entre mães de neonatos prematuros, por ainda existirem muitas barreiras hospitalares à amamentação, principalmente em unidades de neonatologia para RN de alto risco<sup>7</sup>.

O leite pré-termo possui maior concentração de proteína, sódio, cálcio, lipídios e uma seleção de propriedades anti-infecciosas. Estas diferenças estão ajustadas à necessidade única do prematuro e desaparecem após o primeiro mês de lactação, quando o leite pré-termo se assemelhará, em composição, ao leite materno a termo<sup>8</sup>.

O fornecimento do leite materno pode ser o único papel que a mãe de um bebê prematuro pode ou é capaz de desempenhar. Ao fazer isso, ela se sente como sendo mãe do bebê<sup>9</sup>. As mães de crianças nascidas pré-termo, que necessitam de cuidados especiais em UTI Neonatal, vivenciam situações particulares em relação ao aleitamento materno, determinadas de um lado pela prematuridade, e de outro pelos sentimentos de culpa, sofrimento e fracasso à situação de fragilidade e risco a que o filho está exposto.

Dentro da UTI Neonatal, as mães são estimuladas a manter a lactação por intermédio de ordenhas, de modo a facilitar o aleitamento materno logo que a criança adquire condições clínicas. Importante enfatizar que manter a lactação é uma tarefa difícil. Quanto menor é o recém-nascido, mais tempo será necessário para ele atingir uma estabilidade clínica, e os inúmeros períodos de piora e melhora clínica são causadores de estresse para a mãe, dificultando ainda mais a manutenção da lactação<sup>10</sup>.

Em relação à situação de prematuridade, o aleitamento materno é preocupante, pois, no trabalho assistencial, as mães se deparam com a insegurança, a ansiedade e o sofrimento, bem como com o constrangimento, as dúvidas e, às vezes, com a falta de experiência de alguns profissionais de saúde diante da alimentação natural do prematuro. Visto que é comum essas mães desejarem, a princípio, amamentar seus filhos, elas vivenciam a iminência do fracasso no aleitamento materno diante das inúmeras variáveis a que estão expostas, as quais colaboram para diminuir a produção e ejeção do leite.

O interesse pela temática surgiu a partir da necessidade de orientar e buscar, juntamente com as mães, um resultado satisfatório para resolução das dificuldades por elas enfrentadas.

O estudo teve como objetivos: analisar as dificuldades enfrentadas pelas mães de recém-nascidos prematuros diante do aleita-

mento materno; caracterizar amostra através de dados socioeconômicos; buscar, junto às mães, a importância, vantagens e benefícios do aleitamento materno; e analisar, por meio de suas falas, como os profissionais de enfermagem contribuem para melhor assistência prestada durante a internação.

## MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi do tipo descritivo, inserido na abordagem qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre<sup>11</sup>. Foi realizado na Maternidade Frei Damião da cidade de João Pessoa - PB. A população foi constituída por mães de recém-nascidos prematuros da UTI Neonatal e do Alojamento mãe-canguru.

A amostra foi constituída por 6 (seis) mães, na faixa etária entre 17 e 43 anos, alfabetizadas, que aceitaram participar do estudo de forma voluntária e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O instrumento foi aplicado através de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo dados socioeconômicos de amostra e questões norteadoras voltadas para a problemática abordada.

A coleta dos dados foi realizada no mês de julho de 2010, e a análise dos dados coletados foi expressa através da estatística descritiva, apresentados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. Para respeitar o direito ao anonimato, as mães foram identificadas por um codinome relacionado a flores. O estudo foi norteado pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde<sup>12</sup>, e também pela Resolução nº 311 de 12 de maio de 2007 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem<sup>13</sup>, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/PB através do Protocolo 77/2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e a discussão dos resultados da pesquisa foram realizadas tendo por base as mães de recém-nascidos prematuros, da Maternidade Frei Damião do município de João Pessoa-PB, onde estão cadastradas 7 (sete) mães de recém-nascidos prematuros. A pesquisa foi realizada com 6 (seis) destas, devido a não aceitação na participação da

pesquisa de uma delas, bem como pela saturação apresentadas nos fatos.

Foram apresentados e discutidos os resultados obtidos na pesquisa, visando atender os objetivos específicos.

As dificuldades enfrentadas pelas mães de prematuros em relação à amamentação aparecem quando precisam estimular a lactação através da ordenha manual. Todas as entrevistadas referiam ter recebido esta orientação dos profissionais, de acordo com o estado de prematuridade dos recém-nascidos, circunstância em que estes se encontravam impossibilitados de serem amamentados ao seio materno.

A ordenha do leite materno para os filhos tem sido importante para estabelecer o vínculo, embora o processo da ordenha seja doloroso. As mães sentem-se satisfeitas por alimentá-los, sentem poder dar-lhes algo que é seu, fazendo-as ter a impressão de estarem próximas de uma situação de normalidade, o que lhes dá a oportunidade de se julgarem menos excluídas do processo assistencial do bebê e menos inseguras.<sup>14,15</sup>

O estado de prematuridade é um fator que traz dificuldade para as mães, pois um recém-nascido nesse estado clínico necessita de cuidados especiais, de uma assistência voltada especialmente para ele. No entanto, o que pode ocorrer é o distanciamento da família, ausência do pai e esposo, a inexperience do cuidado da mãe e a não aceitação de um filho prematuro, que impede a pega precoce do recém-nascido, resultando na manutenção da lactação através da ordenha.

Em casos em que a amamentação não é indicada nas primeiras horas após o parto, a ordenha da mama é recomendada<sup>16</sup>, pois serve para estimular a produção láctea e evitar o ingurgitamento mamário. Além disso, ao fornecer o leite para seu filho, na UTIN, a mãe se sente importante na recuperação da saúde de seu filho, fortalecendo assim o vínculo afetivo mãe-filho e o sentimento de se sentir parte do processo terapêutico do bebê, estimulando-a a proceder à ordenha mais vezes<sup>14</sup>.

É importante para as mães terem um apoio, estímulo, orientação e ajuda com relação à ordenha manual, pois pode ser um método simples e fácil, porém deve ser realizado com muita responsabilidade, sem que o leite materno ordenhado venha a oferecer riscos para a saúde do bebê. Assim,

IDEIA CENTRAL I	DSC
Estimular a lactação por meio de ordenha, devido estado de prematuridade do recém-nascido.	“Surgiu quando soube que não podia dar de mamar ao meu filho [...] aí tive de tirar o leite do peito [...] no começo foi doloroso, difícil de tirar e incomodava muito.” (Margarida)
	[...] “desde a minha internação, não sabia que iria ter meu bebê antes do tempo, tive um susto [...] quando soube que não iria poder dar o peito para meu bebê fiquei triste, por que é meu primeiro filho e eu tenho vontade, sabe? [...] tiro o leite do meu peito, no começo foi ruim, doía muito, era desconfortável, mas me acostumei.” (Gardênia)
	“Começou desde o nascimento do menino, fiquei aperreada, ele nasceu bem pequeno [...] não podia mamar no peito, eu chorava muito, o peito tinha muito leite e eu tirava e acabou endurecendo e o sofrimento foi maior.” (Orquídea)

**Quadro 1** - DSC em resposta a pergunta: Dentre as dificuldades enfrentadas pela senhora em relação à amamentação do seu Recém-Nascido (RN), descreva de que forma aconteceram essas dificuldades.

IDEIA CENTRAL II	DSC
Ausência de leite, pelo afastamento do recém-nascido da mãe.	“Quando soube que não tinha leite no peito, fiquei triste [...] tentei muito fazer com que saísse, mas não vinha nada, começou a sair bem pouquinho depois que estimei muito, mas agora não sei nada, deve ter sido muita preocupação” [...] (Anêmona)
	[...] “quando a menina foi para UTI, eu já tinha começado a dar o peito, me preocupei muito e fiz diminuir o leite que tinha, e diminuí, agora estou tirando para poder dar para ela, mas não sei muito não. “Violeta”
	“São muitas dificuldades, tive gêmeos [...] um está internado aqui, outro em outro Hospital por que aqui não tinha vaga, fica muito difícil para mim [...] não tenho condição de tirar leite, nem eles poderão mamar ainda, estou preocupada, e ainda sem leite é muito difícil.” (Rosa)

**Quadro 2** - DSC em resposta a pergunta: Dentre as dificuldades enfrentadas pela senhora em relação à amamentação do seu Recém-Nascido (RN), descreva de que forma aconteceram essas dificuldades.

destaca-se a importância do profissional de enfermagem que se deve fazer presente nesse momento.

A ausência do leite materno para as mães gera uma dificuldade ainda maior, em relação àquelas que se submetem ao processo da ordenha. Pois quando se trata de prematuridade, a própria mãe sente-se completamente culpada e responsável por aquela vida que gerou. O aleitamento materno, em face dessa situação, é a única forma de contribuir para o reestabelecimento da criança.

Não é só a separação que causa angústia e ansiedade. Algumas inquietações como o fato de não saberem como ajudar, se o bebê está sentindo dor, se vai sobreviver, se ficará com alguma sequela, como vai ser a sua relação com seu bebê agora que ele está internado, tudo isso gera estresse e insegurança, contribuindo para eminência da produção do leite.

O leite materno traz vários benefícios à saúde criança, principalmente quando se trata de prematuridade. O apoio nutricional

ao desenvolvimento de um sistema digestivo imaturo deve merecer uma atenção especial nos cuidados ao recém-nascido. Valorizando o efeito protetor do leite materno, as mães de prematuros muito pequenos com longas estadias no hospital merecem redobrada atenção, devendo ser apoiadas no processo de amamentação. O leite materno irá adaptar-se progressivamente às necessidades do bebê de modo que, chegado o dia da alta, não haja problemas no que se refere ao aumento de peso e tranquilidade dos pais.

A amamentação sendo vista de uma nova forma, além de mais abrangente, exige que se estabeleça um novo foco sobre a mulher, que não pode continuar a ser tratada como sinônimo de mãe-nutriz, responsável pelo êxito da amamentação e culpada pelo desmame. O desafio da construção de um modelo que possa responder a essa demanda, contextualizando as questões da amamenta-

ção, as circunstâncias decorrentes da pós-modernidade, passa obrigatoriamente pela capacidade de compatibilizar as determinantes biológicas com os condicionantes socioculturais, as quais configuram amamentação como uma categoria híbrida entre a natureza e a cultura<sup>17</sup>.

Para cada mãe, o filho prematuro que vem apresentando uma estabilidade clínica, mostrando bons resultados e estando fora de riscos e infecções torna-se uma realização pessoal. Destaca-se a importância da presença da mãe durante a internação do bebê numa unidade de internação, no qual o contato favorece a estabilidade clínica do prematuro e seu processo de crescimento e desenvolvimento.

O leite materno contribui favorecendo o reestabelecimento do recém-nascido, sendo um dos fatores primordiais para que aconteça essa evolução. Alguns recém-nascidos

IDEIA CENTRAL	DSC
Benefício do leite materno para o recém-nascido.	[...] “por que eu sei que é bom, um alimento que é puro” [...] (Margarida)
	[...] “só de estar perto do meu filho isso já é muito bom, mas como ele está tendo um cuidado especial na UTI, e um pouco distante de mim, isso me incentivou mais ainda, por que como ele não consegue pegar o peito, isso me incentiva a vir aqui e está tirando o leite todos os dias, por que sei que estou fazendo o bem para ele, e sempre está estimulando é bom, que vem mais leite e também o necessário para ele, e a maior razão de querer amamentar é ver ele se recuperando pouco a pouco.” (Gardênia)
	“Em primeiro lugar por ele, segundo por que se o leite ficasse endurecido tinha que drenar e tive medo, e por que é muito bom para ele, principalmente por que está na incubadora. Isso fez com que me incentivasse a querer a amamentar, mas como ele logo no momento não pôde, tive que ficar tirando e me acostumei.” (Orquídea)
	[...] “por ele, pra poder estar se alimentando bem, ficar o tempo todo junto de mim. Mas como não tenho condição nenhuma, fico muito entristecida.” (Anêmona)
	“Para ela ganhar peso rápido, quanto mais mamar fica mais saudável.” (Violeta)
“A razão que eu teria, é por que é bom para saúde deles, e é melhor do que estar tirando.” (Rosa)	

**Quadro 3** - DSC em resposta a pergunta: Fale sobre as razões que lhe incentivaram a amamentar seu filho.

IDEIA CENTRAL	DSC
Realização das mães pela evolução clínica do recém-nascido.	<p>“Pra mim, foi importante, porque estou ajudando de alguma forma meu filho, e esse é o único jeito que posso estar ajudando por enquanto, também é uma felicidade quando estou indo visitar e vê que ele tá ficando melhor, como o médico diz: está ganhando peso e ficando bom, e isso é muito vantajoso. Para o meu filho é importante, por que eu tenho certeza que ele, mesmo sem poder, está mamando no meu peito, de alguma forma ele está tomando o leite direitinho e com isso ele vai poder se recuperar.” (Margarida)</p>
	<p>“Para meu bebê, é a saúde dele que está melhorando, está aumentando de peso, evoluindo bem, e para mim, é a felicidade de está vendo isso tudo, de poder ter leite para ajudar com isso.” (Gardênia)</p>
	<p>“Para o menino, porque o meu leite ajuda na recuperação dele, e pra mim, é muito bom porque de certa forma estou ajudando, e estou muito feliz com isso.” (Orquídea)</p>
	<p>“Pra mim, a satisfação de ser mãe, poder dar de mamar, é bom para o corpo da gente. Para meu filho seria ver a recuperação dele, ele crescidinho. Mas agora não tenho mais leite, não tenho como ajudar” [...].) Anêmona)</p>
	<p>“Importante e interessante também para ela, por que não acreditei quando ela pegou rápido o peito, e isso é muito bom, já é um passo bom para ela, por estar desenvolvendo rápido, e para mim, por que me senti mãe mesmo, primeiro filho é emocionante, me senti bem, muito feliz, e estou bem de saúde.” (Violeta)</p>
<p>“Importante pra mim, porque ajuda na vida, na saúde da gente [...]. Para os meus filhos, a vantagem de ter uma comida boa, ajudar na vida deles [...]. Mas, ficaria feliz se tivesse leite para oferecer.” (Rosa)</p>	

**Quadro 4** - DSC em resposta a pergunta: Cite a importância e a vantagem que o Aleitamento Materno vem trazendo tanto para o seu bebê quanto para a senhora.

podem estar restritos a serem alimentados, mas logo que possível a amamentação deve ser iniciada. O leite materno de mães de prematuros possui maior concentração de nutrientes, os quais tendem a suprir todas as necessidades do recém-nascido, até se igualar a um recém-nascido a termo.

Sabe-se que o aleitamento materno traz benefícios tanto para quem está amamentando - “a mãe” (menor sangramento, o peso volta mais rapidamente, pode reduzir câncer de mama, de ovários e osteoporose, maior período de amenorréia e espaçamento entre gestações, aumenta o vínculo mãe e filho, maior praticidade e satisfação) - quanto para quem está sendo amamentado - “o

bebê” (alimento completo tanto nutricional como imunológico, protege de infecções, de processos alérgicos e de doenças crônicas, maior vínculo afetivo e desempenho nos testes de inteligência, previne problemas ortodônticos e fonoarticulatórios, maior período de amamentação com diminuição da morbidade e mortalidade infantil e menor risco de maus tratos e abandono).

As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até os 6 meses de vida<sup>18</sup>.

Além das vantagens, o leite materno constitui o método mais barato e seguro de



IDEIA CENTRAL	DSC
Contribuição dos profissionais de enfermagem na melhora, estímulo, apoio e orientação da lactação.	“Eles estimulam mesmo, e contribuem sempre dando apoio, são atenciosos, estimulam a sempre estar tirando o leite, para que não venha ficar pedrado no peito e venha a incomodar, e não precisar drenar, e por que isso tem que ser feito mesmo, porque é isso que está contribuindo para saúde do meu filho. Eles são parte importante, assim, porque me ajudaram, porque no começo tudo é difícil.” (Margarida)
	“Ajuda demais, desde o momento que cheguei até agora, a atenção, preocupação deles é importante, isso que me anima todos os dias, deles chegarem e está dando notícias boas.” (Gardênia)
	“Ajudando, sempre muito pacientes, maravilhosos, sempre que eu chegava aqui fazia de tudo, dava compressa, fazia tudo que era possível para o leite sair.” (Orquídea)
	“Ajudando demais, apertando meu peito e me ajudando para vê se saia leite, falam comigo para não me deixar pra baixo, mas fico muito triste porque quando ele ficar bom vai querer mamar e eu não vou ter, não vai sair nada.” (Anêmona)
	“Dando conselhos, apoio, estimulando muito, explicam direito todas as coisas, me deixou até menos des preocupada.” (Violeta)
“Me ajudando e muito, dando apoio, conversando comigo e ajudando a superar tudo isso, por que é muito difícil, já basta você ter dois filhos e ainda com pouca saúde né?, é complicado, e ainda sem ter o que oferecer a eles, porque o leite do peito seria a única coisa que poderia estar fazendo por eles, nem sei se estão se alimentando, é muito triste.” (Rosa)	

**Quadro 5** - DSC em resposta a pergunta: Como os profissionais de Enfermagem dessa Instituição contribuíram para estimular e melhorar a prática para com a amamentação de seu filho?

alimentar os bebês. Do ponto de vista econômico, é mais barato alimentar um recém-nascido com leite materno do que com leites artificiais. Por outro lado, é mais prático, está sempre pronto e à temperatura ideal, não necessitando de qualquer procedimento especial para a sua preparação. Além disso, o recém-nascido aleitado ao peito ou ordenhado terá, em princípio, menos infecções e menos perturbações digestivas, reduzindo os custos com a manutenção da sua saúde.

Os profissionais de saúde, por meio de suas atitudes e práticas, podem influenciar positiva ou negativamente o início da amamentação e sua duração<sup>19</sup>.

A contribuição dos profissionais de enfermagem é fundamental nesse momento

em que as mães estão passando por dificuldades. O incentivo para a melhora, estímulo, apoio e orientação ao aleitamento materno é importante, porque contribui para menores taxas de desmame precoce e mortalidade infantil.

Os enfermeiros podem beneficiar as mães com informações a esse respeito e podem ajudá-las e os demais profissionais de saúde, os quais podem contar com a ajuda e a assistência de enfermagem nesse assunto tão relevante, pois são informações que passam despercebidas. Por meio de suas práticas e atitudes podem incentivar a amamentação e apoiar as mães, ajudando-as no início precoce da amamentação e a adquirir autoconfiança em sua capacidade de amamentar. O enfermeiro tem um papel rele-

IDEIA CENTRAL	DSC
Satisfação com a assistência de enfermagem prestada às mães e aos recém-nascidos.	<p>“Estou satisfeita, sempre que preciso estão por perto, me ajudam, sempre falam tudo o que preciso saber sobre meu filho, tudo o que vão fazer. O trabalho que eles vêm fazendo já é muito bom.” (Margarida)</p>
	<p>“Sempre estejam estimulando todas as mães, como eu, que estão aqui ou que vão chegar ainda, e vão passar pela mesma situação que estou passando, e não tenho do que falar ou reclamar por que é tudo ótimo no atendimento” [...]. (Orquídea)</p>
	<p>“Se continuar do mesmo jeito está bom. [...] Por que desde o início me ajudaram, ainda vem dando atenção, o trabalho que eles vêm fazendo é bom e estou satisfeita. Espero que continuem assim.” (Gardênia)</p>
	<p>“Não preciso falar nada, por que o que eles podem fazer por qualquer mãe aqui, eles fazem. Só falar mesmo que, continuem assim, dando apoio, que pra mim foi muito importante, por que se eu disser que estou bem, não estou, e eles que tentam me levantar todos os dias. É muito bom o trabalho aqui.” (Anêmona)</p>
	<p>“Fazer o que é preciso com agilidade, por que é vagaroso as coisas aqui, o jeito de andar.” (Violeta)</p>
<p>“Nada, estou satisfeita com o trabalho deles por aqui, sempre todos atenciosos, e ajudando a superar essa fase.” (Rosa)</p>	

**Quadro 6** - DSC em resposta a pergunta: O que deve ser feito, na sua opinião, para que a assistência de enfermagem frente às dificuldades por você enfrentadas possa melhorar?

vante, pois “é o profissional que mais estreitamente se relaciona com as nutrizes e tem importante função nos programas de educação em saúde”<sup>17</sup>.

Uma boa assistência prestada é o que define a qualidade do trabalho de uma instituição e a satisfação dos usuários. A assistência de enfermagem visa promover o cuidado com o paciente, mas deve ser focado no apoio, acolhimento, orientação de como proceder em cada etapa da vida que o paciente tem vivido, focando as dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros. Este pressuposto faz com que o trabalho seja desempenhado com uma maior facilidade pelos profissionais de enfermagem, tendo em vista bons resultados, contando com a colaboração do paciente. Tornando assim, no entanto, esse contato enfermagem/paciente prazeroso, tanto para cada profissional quanto para as mães.

O relacionamento entre o profissional de enfermagem e a família deve ser um en-

contro de subjetividades do qual emergem novas compreensões e interpretações, contribuindo para o sucesso do tratamento e a superação da crise ocorrida pela mãe durante a hospitalização do seu RN<sup>20</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste estudo é uma contribuição a um tema que se encontra em desafio e, por isso, não se esgotou. Foram relatadas as dificuldades de mães de recém-nascidos prematuros em relação ao aleitamento materno, como elas enfrentaram as dificuldades para buscar a superação dos obstáculos e a utilização deste instrumento da melhor forma possível.

Medos, dúvidas, dificuldades e inseguranças quanto à prática do aleitamento materno constituíram as principais dificuldades encontradas por essas mães. Porém, o aleitamento materno, através de ordenha

mamária, contribuiu para o aumento da competência materna no cuidado do seu filho.

Ao término do estudo, percebeu-se, através das falas das entrevistadas, que o aleita-

mento materno e as dificuldades das mães decorreram da ordenha do leite materno, ausência deste e bem como o afastamento do recém-nascido da mãe durante o período de internação.

---

## BREASTFEEDING: DIFFICULTIES FACED BY MOTHERS OF PREMATURE NEWBORNS

### ABSTRACT

Breastfeeding is a phase of the female reproductive process which results in benefits for the health of women and children involved in that process. The interest on the subject arose from the need to guide and, along with the mothers, to look for a satisfactory result in solving their difficulties. The aims are the following: to analyze the difficulties found by mothers of premature newborns face to breastfeeding; to characterize the sample through socioeconomic data; to seek, along with the mothers, the importance, advantages and benefits of breastfeeding; and to analyze through the mothers' speeches how the nursing professionals contribute to a better care provided during hospitalization. This was a descriptive study, which included qualitative approach through the Collective Subject Discourse by Lefèvre. It was conducted at Frei Damião Maternity, João Pessoa - Paraíba. The sample consisted of six mothers of premature newborns, in July 2010. The instrument consisted of a semi-structured interview script, containing socioeconomic data of the sample and guiding questions. The results were found accordance with the following core ideas: stimulating lactation by milking due to the prematurity state of the newborn; lack of milk due to the separation of the newborn from his/her mother; benefit of breast milk for the newborn; mothers' satisfaction with the clinical evolution of the newborn; contribution of nurses in the improvement, encouragement, support and guidance on lactation; and satisfaction with nursing care provided to mothers and newborns. From this study, were observed difficulties faced by mothers of premature newborns. All the aims were reached, contributing to our theoretical and practical knowledge, as well as and to all levels related to the health field.

**Keywords:** Breast Feeding. Mothers. Infant Premature.

---

### REFERÊNCIAS

1. Teixeira MA, Nitschke RG. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis. Jan./mar.; 2008;17(1).
2. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. Abr. 2005;39(2).
3. Takushi SAM, Tanaka ACD, Gallo PR, Machado MAMP. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. *Revista de Nutrição*, Campinas. Set./out., 2008;21(5).
4. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. Jun., 2004;38(3).
5. Júnior WS, Martinez FE. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre. Nov./dez., 2007;83(6).
6. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal. *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem*. Mar., 2008;12(1):19-24.
7. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal Pediátrico*, Rio de Janeiro. 2004;5:163-172.
8. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

9. Kenner C. *Enfermagem neonatal*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2001.
10. Lopes SMB. *Organização de um programa de acompanhamento do recém-nascido de risco*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
11. Lefèvre F, Lefèvre AM. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. 2ª ed. Caxias do Sul: Educs; 2003.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*. Resolução 196/96. [acesso em 2010 Abr 27]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/Res19696.htm>.
13. Conselho Regional de Enfermagem (SC). Resolução COFEN-311/2007. [acesso em 2010 Abr 27]. Disponível em: <http://www.corensc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>.
14. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo. 2003;11(4):539-543.
15. Gomes ALH. et. al. Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 1997;8(4):205-208.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manejo e promoção do aleitamento materno*. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno/Grupo de Defesa da Saúde da Criança. Brasília; 1993.
17. Almeida N, Fernandes AG, Araújo CG. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2004;6(3):358-367.
18. Chaves RG, Lamounier JA, César, CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *Jornal Pediátrico*, Rio de Janeiro. Jun., 2007;83(3):241-246.
19. Carvalhães MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *Jornal de Pediatria*. 2003;79(1):13-20.
20. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007;9(1):200-213.

# Artigo de Revisão

## SEXUALIDADE E LOUCURA: DITOS, INTERDITOS E NÃO-DITOS

Raimundo Valdocí de Melo Júnior<sup>1</sup>  
Lorrainy da Cruz Solano<sup>2</sup>  
Jacileide Guimarães<sup>3</sup>  
Raimunda Medeiros Germano<sup>4</sup>  
Soraya Maria de Medeiros<sup>5</sup>

---

### RESUMO

Este trabalho visa promover o diálogo entre sexualidade e loucura procurando conhecer os ditos, interditos e não-ditos que possam existir entre eles. Trabalha-se com a revisão de literatura em fontes secundárias, uma vez que partimos dos registros disponíveis, decorrentes de pesquisas anteriores em teses, livros e artigos. Foram selecionados artigos e outras produções científicas (dissertações e teses) em base de dados nacionais. A busca destas fontes deu-se através da associação dos descritores: *saúde mental, sexualidade, loucura e assistência de enfermagem*. A construção do conceito de sexualidade vem sofrendo modificações ao longo dos anos. O foco dado ao referencial nosográfico dos transtornos mentais por parte dos profissionais que prestam a assistência dificulta o entendimento acerca da sexualidade dos portadores de doença mental. O enfermeiro precisa pensar na relação dialógica entre sexualidade e loucura para aproximar-se das questões individuais e coletivas que permeiam as discussões de gênero e da saúde mental contribuindo para a inclusão social dos sujeitos rotulados *loucos*.

**Palavras-chave:** Assistência de enfermagem. Psiquiatria. Sexualidade. Relações enfermeiro-paciente. Saúde mental.

---

### INTRODUÇÃO

Sexualidade e loucura são temas polêmicos, instigantes, envolventes e desafiadores. Envoltos com o clima oferecido pelas temáticas, nos propomos a pensar neles com vista a participar dessa relação dialógica - aqui empregada "como as duas lógicas, os dois princípios, unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade".<sup>1:190</sup>

Diante desse diálogo nos confrontamos com o que está posto como verdade absoluta, ou seja, o portador de doença mental tem o desejo sexual esvaziado e desvalorizado e é aceito como uma manifestação de enfermidade mental. No espaço do interdito, vem a ideia de que as pessoas rotuladas como *loucas* fazem parte do grupo que não se beneficiou com as

---

<sup>1</sup> Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Professor da Universidade Potiguar/UNP. End.: Av. Brancas Dunas, 2016, Candelária, Natal-RN. E-mail: melorv@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Enfermagem pela UFRN. E-mail: lorrainy.solano@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora doutora da Escola de Enfermagem de Natal - EEN/UFRN. Natal-RN. E-mail: jaciguim@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Professora doutora da UFRN. Líder do Grupo de Pesquisa Caleidoscópio de Educação em Enfermagem/UFRN. Natal-RN. E-mail: rgermano@natal.digi.com.br.

<sup>5</sup> Enfermeira. Professora doutora da UFRN. Natal-RN. E-mail: sorayamaria@digi.com.br.

mudanças na área da sexualidade. O que não aparece no terreno da sexualidade e da loucura é que a sexualidade é uma das características humanas e é sentida, igualmente, por portadores ou não de transtornos mentais, tratando-se de um direito universal.

Justificamos a escolha da problemática pelo fato de acreditarmos que o enfermeiro, ao proporcionar a expressão da sexualidade do doente mental (esta entendida aqui como umas das necessidades humanas básicas), contribui consideravelmente para a diminuição do sofrimento psíquico, reduzindo as diferenças e a segregação, ressignificando a prática e o discurso psiquiátrico. Torna-se relevante ainda, uma vez que as produções sobre a temática ainda são escassas e incipientes, se consideradas a abrangência do assunto e suas repercussões psicossociais.

Desse modo nos lançamos pelo caminho desafiador desse encontro dialógico, traçando como objetivo deste estudo promover, através de uma revisão de literatura, o diálogo entre sexualidade e loucura, procurando conhecer os ditos, interditos e não-ditos que possam existir entre eles.

## MÉTODO

O caminho metodológico escolhido foi o da pesquisa bibliográfica, uma vez que partimos dos registros disponíveis, decorrentes de pesquisas anteriores em teses, livros e artigos. Os textos tornaram-se fontes de temas a serem pesquisados.<sup>2</sup> Sendo assim, trabalhamos a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos.

Partimos da premissa de que “método é uma estratégia cognitiva para tentar responder aos questionamentos gerados por um problema”<sup>3:29</sup>, neste caso, o de manter uma conversa aberta entre a sexualidade e a loucura.

A pesquisa bibliográfica deu-se entre os meses de março e junho de 2009, a partir de uma exigência para integralização de créditos referentes à disciplina ‘Concepções sobre o ato de ler e escrever’, ofertada no semestre 2009.1, do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Foram selecionados artigos e outras produções científicas (dissertações e teses) em base de dados nacionais. A busca

destas fontes deu-se através da associação dos descritores: *saúde mental, sexualidade, loucura e assistência de enfermagem*. Dada a dificuldade e escassez de publicações que versassem sobre a temática, não foi necessária a categorização das referidas produções, sendo acrescentadas ao referencial obras de autores relevantes ao assunto abordado.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Ditos

O padrão da normalidade está a cada dia mais onipresente em nosso cotidiano, pois sentimos ameaçada aquilo que chamamos de nossa normose, o que é considerado normal.<sup>4</sup> No campo da sexualidade, estes mesmos conceitos se reproduzem “ao que sobra só resta encobrir-se; e o decoro das atitudes esconde os corpos, a decência das palavras limpa os discursos. E se o estéril insiste, e se mostra demasiadamente, vira anormal: receberá este *status* e deverá pagar as sanções”<sup>5:10</sup>.

O rótulo de a-normal seja por qualquer motivo – padrões de beleza, inclusão social, sexo e/ou razão – deixam ardidamente aqueles que o carregam. A condição de portador de doença mental é um dos extremos da anormalidade e cabe a reflexão diante da realidade cotidiana: “[...] e na atividade mental desenvolvida por estes indivíduos para fixar sua posição com relação às situações, acontecimentos e comunicações que lhe concernem, ou seja, é uma tentativa de apreender e compreender, através do olhar deste grupo, uma sociedade que exclui, que isola que estigmatiza todos aqueles sujeitos que não compartilham ou preenchem determinados padrões construídos pela maioria e considerados por esta mesma maioria (a sociedade), como sendo *normais*”.<sup>6:33</sup>

Para manter esse padrão de normalidade, criou-se um fosso abissal entre estes e os anormais. A bem da verdade, o que de fato existe é uma linha tênue imperceptível que não divide nada.

Quando nos direcionamos para as discussões que envolvem a sexualidade e o doente mental, os defensores da normalidade se apoderam e definem toda e qualquer manifestação de desejo dos sujeitos como

uma enfermidade mental ainda maior. “Sem se interessar pela escuta das motivações do doente mental na busca do prazer, a regra proibitiva prevalece sobre qualquer possibilidade de negociação entre a manifestação do seu desejo e a ordem institucional”.<sup>6,29</sup>

Ora, cabe aqui tentar compreender o que seria sexualidade para tentar entender o diálogo com a loucura.

A construção do conceito de sexualidade vem sofrendo modificações ao longo dos anos. “A primeira e grande mudança ocorre quando o sexo biológico e natural se afasta do plano da natureza, e passa a ser submetido a normas sociais, culturais e históricas”.<sup>7,36</sup> Desde os primórdios, todos os seres humanos possuem corpos sexuados e que suas práticas sexuais estão sujeitas às regras, exigências naturais e cerimônias específicas. Também argumenta que o indivíduo, independente de sua cultura, não lida com o sexo de forma natural, mas que o vive simbolicamente, atribuindo a ele sentidos, valores, normas, interditos e permissões, que podem se dá de diferentes formas nas distintas sociedades, como demonstram estudos antropológicos.<sup>7</sup>

O preconceito evidente sobre a sexualidade do doente mental é parte de um mascaramento social ou uma negação maior e ilegítima. A negação, reproduzida no contexto institucional e profissional, representa um fragmento da sociedade.<sup>8</sup>

A maioria dos autores pesquisados sempre relaciona sexualidade e loucura ao espaço institucional, mas a discussão deles transpõe os muros e vai se inserir nos mais diversos terrenos habitados por um portador de doença mental, desenhando o que está dito nessa relação dialógica.

### Interditos

No espaço do interdito, vem a ideia de que as pessoas rotuladas como loucas fazem parte do grupo que não se beneficiou com as mudanças na área da sexualidade.

Historicamente, o próprio termo ‘sexualidade’ surgiu tardiamente no início do século XIX. É um fato que não deve ser subestimado nem superinterpretado. Ele assinala algo diferente de um remanejamento de vocabulário; mas não marca, evidentemente, a brusca emergência daquilo a que se refere.<sup>9</sup>

A proibição do desejo e do sujeito do desejo no terreno da sexualidade não foi um privilégio dos tidos como *loucos*. Foi estendido a todos aqueles que não se enquadram na então criada família burguesa e em seus objetivos únicos de reprodução.

Através de discursos de exaltação dos padrões sociais, multiplicaram-se as condenações judiciais das perversões menores, anexou-se a irregularidade sexual à doença mental; da infância à velhice foi definida uma norma do desenvolvimento sexual e cuidadosamente caracterizados todos os desvios possíveis; organizaram-se controles pedagógicos e tratamentos médicos; em torno das mínimas fantasias, os moralistas e, também e sobretudo, os médicos trouxeram à baila todo o vocabulário enfático da abominação: isso não equivaleria a buscar meios de reabsorver em proveito de uma sexualidade centrada na genitalidade.<sup>9</sup> Está sacramentada a proibição do prazer a todos aqueles que fogem aos padrões estabelecidos. “Um rápido crepúsculo se teria seguido à luz meridiana, até as noites monótonas da burguesia vitoriana. A sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada. Muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir”.<sup>9,9</sup>

O mesmo autor ainda chama a atenção para o fato de que essa mudança paradigmática da sociedade não aconteceu de forma súbita e verticalizada. Ela foi sugerindo novas ideias, criando novos anseios, atuando na capilaridade da rede saber/poder.

Em vez da preocupação uniforme em esconder o sexo, em lugar do recato geral da linguagem, a característica de nossos três últimos séculos é a variedade, a larga dispersão dos aparelhos inventados para dele falar, para fazê-lo falar, para obter que fale de si mesmo, para escutar, registrar, transcrever e redistribuir o que dele se diz. Como consequência desse arcabouço proibitivo vem o desrespeito aos direitos fundamentais do doente mental, já que se encontram aí os direitos sexuais.<sup>9-10</sup>

### Não-ditos

O que não aparece no terreno sexualidade e loucura é que a sexualidade é a mais normal das características humanas, e é

sentida, igualmente, por deficientes e não deficientes; é um direito universal.<sup>11</sup> Não se deve fazer divisão binária entre o que se diz e o que não se diz; é preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer, como são distribuídos o que podem e os que não podem falar, que tipo de discurso é autorizado ou que forma de discricção é exigida a uns e outros. Não existe um só, mas muitos silêncios e são parte integrante das estratégias que apóiam e atravessam os discursos.<sup>9</sup>

No pacto social coletivo do silêncio que permeia o portador de doença mental está, como foi colocado, o que pode e o que não pode ser feito. Ficamos com a preocupação da gravidade da sentença de mutismo aos silenciados.

Nas narrativas históricas cabe pensar que existe, sem dúvida, uma correlação histórica entre dois fatos. Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas.<sup>12:120</sup>

Houve momentos na história da humanidade que para viver a loucura eram oferecidos os mais diferentes espaços, como o teatro, por exemplo. Acreditava-se que a partir da exteriorização dos delírios e ilusões, o louco encontraria um ponto de equilíbrio.

Sobre isto, a prática do internamento no começo do século XIX coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos com relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. Enfim, em vez de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência, inscreve-se no eixo paixão-vontade-liberdade.<sup>12:121</sup>

Ao decidir pelo espaço hospitalar como única possibilidade de encontro do equilíbrio, está consolidada a necessária e única institucionalização do doente mental.

Na *psiquiatriação do prazer perverso* (grifo do autor) (aquele que não reproduz e está fora da genitalidade) o instinto sexual foi isolado como instinto biológico e psíquico autônomo; fez-se a análise clínica de todas as formas de anomalias que podem afetá-lo; foi atribuído um papel de normalização e patologização de toda a conduta; enfim,

procurou-se uma tecnologia corretiva para tais anomalias.<sup>9</sup>

E ao desejo e o sujeito do desejo o silêncio, o destino do não-dito.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da complexa tarefa de promover a saúde a partir de práticas sanitárias, os enfermeiros nem sempre conseguem deixar de ter como foco principal o referencial nosográfico dos transtornos mentais. “Coloca-se, então, uma questão crucial: como desenvolver ações de saúde mental na perspectiva da responsabilidade sanitária exercida efetivamente em serviços territorializados e promotores da saúde?”<sup>13:39</sup>

É consenso entre os autores que a educação em saúde é uma forma de o enfermeiro criar um espaço discursivo dos aspectos relevantes da sexualidade, objetivando analisar o comportamento do paciente, responder e orientá-lo. Essa aproximação requer uma ressignificação cognitiva do profissional e do sujeito. É fundamental refletir sobre a nossa cultura e a inserção nesta.<sup>14</sup>

A nossa cultura tem uma tendência a reduzir a sexualidade à sua função reprodutiva e genital, como foi explicado, sem levar em conta a importância dos sentimentos, emoções e sensações decorrentes da vivência do indivíduo no âmbito sexual. “A questão é que cada um pode viver plenamente de acordo com o que suas circunstâncias lhe permitem”<sup>6:37</sup>

O enfermeiro precisa pensar na relação dialógica entre sexualidade e loucura para aproximar-se das questões individuais e coletivas que permeiam as discussões de gênero e da saúde mental, contribuindo para a inclusão social do grupo marginalizado rotulado como *louco*. As contradições precisam ser enfrentadas dialeticamente, proporcionando a existência de alternativas e possibilidades e desta forma constituir-se a comunidade terapêutica.<sup>15</sup>

A enfermagem, de modo geral, está ainda muito distante dessas discussões, diríamos, mesmo, pouco fundamentada nesse caminho de inclusão social, desinstitucionalização e visibilidade do doente mental: “O modelo de atuação do enfermeiro, na visão tecnicista, estabelece os meios de atendimento ao portador do transtorno mental, de forma a cumprir as determinações do poder hegemônico, com raras intervenções no sentido de uma assistência com-



preensiva ou, ainda, com enfoque humanista".<sup>8:213</sup>

A exemplo da prática diária do enfermeiro, outros profissionais envolvidos no cuidado à pessoa portadora de doença mental acabam por anular as potencialidades subjetivas e participativas destes indivíduos e reforçam a ideia de que a manifestação da sexualidade destas pessoas sempre assume um caráter exacerbado e descontrolado, como o próprio doente: "Objetivação e expropriação foram, dessa forma, essenciais para o desenvolvimento da medicina que, embora se baseando na experimentação e na verificação, nunca se verificou com o homem em sua identidade histórico-social: o corpo sem história do qual se ocupou é, sobretudo, um corpo cujas necessidades foram colocadas entre parênteses, como se a falta de respostas às mesmas não fosse a causa principal das suas doenças".<sup>16:19</sup>

"As transformações, ocorridas na assistência psiquiátrica e seu discurso, carecem de enfermeiros preparados que atuem como agentes terapêuticos mais próximos de seus pacientes e de outros profissionais".<sup>17:5</sup> Neste sentido, faz-se necessária a prática constante dos discursos sobre a sexualidade no interior das instituições formadoras destes profissionais como forma de potencializar a sua capacidade de facilitador e promotor das necessidades humanas dos sujeitos sob seus cuidados. Os trabalhadores da saúde mental deveriam vivenciar, durante o seu processo de formação, reflexões e experiências problematizadoras com a finalidade de se aproximarem da complexidade humana.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como as mudanças conceituais acerca da saúde e da saúde mental, a sexualidade também aparece submetida às normas sociais e históricas. Torna-se evidente o preconceito quanto à sexualidade do doente mental, expresso na esfera do dito, do interdito e do não-dito.

Os defensores da normalidade insistem em definir que toda a manifestação de desejos entre os indivíduos denominados *loucos* deve ser considerada uma enfermidade mental ainda maior. Nos espaços institucionais, as funções de vigilância e educação daqueles responsáveis pelo cuidado se confundem com os interditos – caracterizados pela proibição do desejo, da sexualidade confiscada, dos discursos moralistas, dos controles pedagógicos e dos próprios cuidados médicos. A divisão binária entre o que se diz e o que não se diz (não-dito) guarda na herança do modelo biomédico suas origens, dicotomizando saúde e doença, dando ao desejo e ao sujeito desse desejo a sentença do silêncio.

A questão da sexualidade e da loucura adquire uma dimensão preocupante quando vista sob a ótica profissional. A exemplo da prática diária do enfermeiro, outros profissionais, inseridos no cuidado ao usuário dos serviços de saúde mental, carregam consigo o peso de uma formação alicerçada em estruturas curriculares onde privilegiam-se a quantificação e normatização dos procedimentos. Cabe a estes profissionais intensificarem as discussões acerca da sexualidade e da loucura em um exercício contínuo de valorização dos sentimentos e expressão da sexualidade pelos indivíduos sob seus cuidados.

---

### SEXUALITY AND MADNESS: SAID, UNSAID AND PROHIBITED

#### ABSTRACT

This work aims to promote the dialog between madness and sexuality seeking to know what is said, what is not said and what is prohibited to be said between them. We work with literature review in secondary sources, once we start from evaluable records, deriving from previous research in theses, books and articles. Articles and other scientific production (theses and dissertations) were selected in the national database: *mental health, sexuality, madness and nursing assistance*. The construction of the concept of sexuality has undergone modifications over the years. The focus given to the reference nosographic of mental disorders by professionals who provide assistance hinders the understanding of sexuality of people with mental illness. Nurses must think of the dialogic relationship between sexuality and madness to approach the individual and collective issues that permeate the discussions of gender and mental health contributing to social inclusion of individuals labeled crazy.

**Keywords:** Nursing Care. Psychiatry. Sexuality. Nurse-patient Relations. Mental-Health.

---

## REFERÊNCIAS

1. Morin E. *Ciência com consciência*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
2. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. 23ª ed. São Paulo: Cortez; 2007.
3. Morin E, Ciurana ER, Motta RD. *Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana*. 2ª ed. São Paulo: CórteX; Brasília: UNESCO; 2007.
4. Leloup JY. *Uma arte de cuidar: estilo alexandrino*. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
5. Foucault M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Oliveira SB. *Sexualidade e loucura*. In: Broxado S, Lima MA, Weinstein AC, Rocha E. *Manual para profissionais de saúde mental*. Brasília: MS; 2002. 100p.
7. Bastos OM. *Entre o desejo e o medo de ver o filho adolecer: narrativas de pais de adolescentes com deficiência mental* 2005. 183p. [Tese de Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2005.
8. Miranda FA, Furegato AR. *Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro*. *Rev Latinoam enferm on line* [periódico na internet]. 2002 mar/abr [acesso em 2009 mai 17]; 10(2):207-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10516.pdf>>
9. Foucault M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque. 18ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
10. Bastos OM, Deslandes SF. *Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica*. *Ciênc saúde coletiva on line* [periódico na internet]. 2005 Mar [acesso em 2009 Mai 17]; 10(2): 389-397. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a17v10n2.pdf>>
11. *Psicologia.com.pt* [homepage na internet]. Portugal: Albuquerque M. Ramos, SIV. *A sexualidade na deficiência mental profunda: um estudo descritivo sobre a atitude de pais e profissionais*. [atualizada em 2007 Mai 17; acesso em 2009 Mai 17]: [aproximadamente 11 p.] Disponível em: [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0367](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0367).
12. Andrade MM. *Introdução à metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas; 2006. p-121-127.
13. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1993.
14. Oliveira WF. *Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde*. *Saúde Debate* [periódico na internet]. 2008 Jan/Dez [acesso em 2009 Mai 25]; 32(78-80):38-48. Disponível em: [Http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/numero\\_int.php?numero=21](Http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/numero_int.php?numero=21)
15. França ISX, Baptista RS. *A construção cultural da sexualidade brasileira: implicações para a enfermagem*. *Rev Bras Enferm*. 2007 Mar-Abr [acesso em 2009 Mai 17]; 60(2):202-206. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a13v60n2.pdf>
16. Hirdes A. *Reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético*. *Saúde Debate*. 2008 Jan/dez [acesso em 2009 Mai 17]; 32(78-80):9-17. Disponível em: [Http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/numero\\_int.php?numero=21](Http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/numero_int.php?numero=21)
17. Basaglia F. *Saúde/doença* In: Amarante P, Cruz LB. (org.). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps; 2008. p.17-36.
18. Santos CMR, Cavalcanti AMTS, Araújo EC. *Perfil do enfermeiro que presta assistência em saúde mental*. *Rev Enferm UFPE on line* [periódico na internet] 2008 [acesso em 2009 jun 13]; 2(1):78-86. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/409/402>.

# Artigo de Revisão

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES PORTADORES DIABETES TIPO 1

Oneide Raianny Monteiro Lacerda<sup>1</sup>  
Daniela Karina Antão Marques<sup>2</sup>  
Ilana Vanina Bezerra de Souza<sup>3</sup>  
Paulo Emanuel Silva<sup>4</sup>  
Jogilmira Macedo Silva<sup>5</sup>

---

### RESUMO

A educação em saúde é colocada como fundamental para aperfeiçoar o controle metabólico do diabetes e prevenir o surgimento e a progressão das complicações agudas e crônicas. Este estudo tem como objetivo verificar, na literatura pertinente, a importância da educação em saúde como estratégia de controle do diabetes tipo 1 em adolescentes. O interesse por essa temática surgiu em consequência de diversos estudos realizados na área, onde foi observado que pouco é explorado sobre a importância da educação para o autocuidado com o adolescente diabético, pois é essencial para a responsabilização deste com a terapêutica utilizada, sendo esta indispensável para o cliente. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente à produção do conhecimento em Enfermagem no campo da educação em saúde para adolescente com diabetes tipo 1. Nessa abordagem foi utilizado o método quantitativo. Foi utilizada base de dados SciELO, estudos publicados no período entre 2008 a 2009, localizando um total de 15 artigos, porém, após uma breve avaliação destes, apenas 05 atenderam aos critérios da presente revisão. Os resultados mostram a importância do processo educativo para o controle do diabetes, com estratégias elaboradas e as ações que devem ter participação tanto do indivíduo quanto de sua família. A educação é parte fundamental no controle do diabetes e consiste em um processo contínuo de mudanças de hábitos de vida, que necessita de planejamento e de profissionais capacitados, sendo essencial a compreensão e a participação do cliente, assim atendendo ao objetivo da pesquisa.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus. Educação em saúde. Doença crônica.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda pelo programa em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - ULHT. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- Facene. E-mail: ormlhta@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-Facene. End.: Rua José Francisco da Silva, 1620, Bairro Cristo Redentor, João Pessoa-PB. CEP: 58071-120. Telefone: (83) 8839-5337. E-mail: danielaantao@hotmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira assistencial da UTI Neonatal da Maternidade Frei Damião. Mestranda do Programa em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - ULHT. Docente da Facene. End.: Av. Vigolvinho Florentino da Costa, 120, apto. 101. Bairro Manaíra, João Pessoa-PB. CEP: 58038-580. Telefone: (83) 8804-2157. E-mail: ilanavbs@gmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeiro. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões CCHLA/CE/UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- Facene. End.: Rua Tabelaão Erinaldo Nunes de Oliveira, 635, apto. 201, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa-PB. CEP: 58052-85. Tel.: (83) 8739-7272. E-mail: pauejp@hotmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva - IBRATI. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança - Facene/Famene e do Centro Universitário Paraibano - UNIPÊ. End.: Rua Hortêncio Osterne Carneiro, 317, apto. 101, Bessa, João Pessoa-PB. Telefone: (83) 8801-4467. E-mail: miramacedomendes@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil e o mundo vivem uma fase de mudança denominada transição epidemiológica, que consiste no aumento das doenças crônicas degenerativas, dentre elas o diabetes, mais enfatizado por ser um importante problema de saúde pública, tornando-se uma prioridade para qualquer governo, por apresentar um alto índice de morbidade e mortalidade, com perda considerável da qualidade de vida. A importância dada a essa doença tem como fatores condicionantes o número crescente de portadores, a morte prematura, a incapacitação e os custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações<sup>1</sup>.

A Educação em Saúde, com vistas à ação transformadora de cuidar, pode vislumbrar uma aproximação daquilo que está instituído na rede de saberes do conhecimento científico, e também do que está construído na sabedoria popular, tentando fazer uma inter-relação desses saberes<sup>2</sup>.

O profissional de saúde não deve se limitar à assistência curativa, mas avaliar o cliente de forma holística, dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, executar ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde. No que concerne ao diabetes, esse profissional deve, também, prestar assistência e educação para saúde durante a consulta ambulatorial, sem que o cliente espere o momento de encontro do grupo dos diabéticos numa determinada data e horário para receber as referidas orientações: isso expressa integralidade da assistência<sup>3</sup>.

A educação para o autocuidado do adolescente diabético e de sua família se faz necessária a partir do momento em que foi diagnosticada a doença. Somente dessa forma poderá ser retardado o aparecimento de complicações degenerativas.

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta em que ocorrem as transformações físicas e biológicas. Essa fase é caracterizada por conflitos, principalmente, se for marcada por uma enfermidade como diabetes tipo 1, doença

crônica, incurável e que o portador terá de conviver com ela por toda a vida.

As famílias estruturadas e organizadas podem fornecer um ambiente mais compatível com a necessidade do adolescente diabético, pois o próprio tratamento exige controle e organização. Os sentimentos de super-proteção, indiferença ou descuido com o adolescente podem contribuir para a obtenção de um mau controle metabólico. Por outro lado, há pais que levam esse indivíduo a assumir toda a responsabilidade pelo autocuidado, porém, essa atitude dificulta a manutenção dos níveis glicêmicos compatíveis com controle metabólico<sup>4</sup>.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo verificar na literatura pertinente a importância da educação em saúde como estratégia de controle do diabetes tipo 1 em adolescentes.

## METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão integrativa da literatura referente à produção do conhecimento em Enfermagem no campo da educação em saúde para o adolescente com diabetes tipo 1. Este tipo de estudo corresponde a um método que viabiliza a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização e divulgação do conhecimento produzido<sup>5</sup>.

Dessa forma, para a construção desta revisão integrativa, foi trilhado o percurso metodológico proposto por estudiosos do método<sup>6,7,8,9</sup>, evidenciado no estudo de Mendes, Silveira, Galvão<sup>10</sup>. O método consiste de seis etapas distintas, com o rigor científico das diversas modalidades de pesquisas, conforme se apresentam descritas a seguir:

**1ª Etapa:** Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;

**2ª Etapa:** Estabelecimento de critérios de inclusão ou exclusão de estudos/ Seleção da amostra;

**3ª Etapa:** Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ Categorização dos estudos;

**4ª Etapa:** Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa / Análise dos resultados;

**5ª Etapa:** Interpretação e discussão dos resultados;

**6ª Etapa:** Apresentação da revisão / Síntese do conhecimento.

Esta revisão teve como propósito responder às seguintes questões: Quais as temáticas abordadas em publicações de enfermagem disseminadas em periódicos online, no período de 2008 a 2009, no campo de educação em saúde para o adolescente com diabetes tipo 1? Quais as contribuições dos estudos realizados no campo educação em saúde para adolescente com diabetes tipo 1?

Para identificar os estudos publicados acerca do tema, foi utilizada uma busca online em periódicos na área de Enfermagem, por meio das bases de dados e da Scientific Electronic Library Online (SciELO), google acadêmico. E para a seleção da amostra das publicações inseridas no estudo para a revisão integrativa, foram formulados critérios de inclusão e de exclusão de estudos, de modo a orientar a busca nos bancos de dados descritos, bem como definir a amostra dentro dos propósitos desta pesquisa.

Os critérios estabelecidos foram os seguintes: inclusão da amostra: estudos realizados por pesquisadores da enfermagem brasileira que estivessem disponibilizados nas bases de dados selecionadas para a pesquisa proposta; estudos acerca de educação em saúde para adolescente com diabetes tipo 1; estudos disponibilizados na íntegra; estudos publicados no período entre 2008 a

2009; estudos publicados na modalidade artigo científico (original ou revisão). Exclusão da amostra: publicações na modalidade resenha, monografia, dissertação, tese, ou resumos em anais de eventos científicos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base de dados SciELO, foram utilizados os descritores “educação em saúde, diabetes, diabetes mellitus, doença crônica, adolescente”, localizando, assim, um total de 15 artigos, porém, após uma breve avaliação destes, apenas 05 atenderam aos critérios da presente revisão.

Com relação ao periódico de publicação, verifica-se que os artigos que versam sobre a temática “educação em saúde para adolescente com diabetes” puderam ser visualizados em uma amplitude de 05 periódicos nacionais diferentes, considerados como um importante veículo de disseminação do conhecimento científico, como mostra o quadro a seguir.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o diabetes mellitus tipo 1 é uma das mais importantes doenças crônicas da infância em esfera mundial, acometendo cerca de 8 para cada 100.000 indivíduos com menos de 20 anos (BRASIL, 2002). Com relação ao diabetes mellitus tipo 2, sabe-se que atinge indivíduos de qualquer idade, compreendendo cerca de 7,6% do total da população brasileira.<sup>11</sup>

O Diabetes tipo 1 é uma doença autoimune causada em indivíduos geneticamente susceptíveis, pode surgir uma inflamação das células beta do pâncreas, causada quase sempre por uma insulina, pois as células beta são as únicas capazes de produzir e secretar este hormônio.<sup>12</sup> No diabetes mellitus tipo 1, ocorre um processo de destruição da célula beta, levando ao estágio de deficiência absoluta da insulina. A administração de insulina é necessária

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (v., n., p., ano)	Considerações/ Temática
SciELO	Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica.	Silva ARV, Macedo SF, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Damascene MMC.	Rev. Rene. Fortaleza,10(3): 146-151, jul/set 2009.	O desenvolvimento de atividades de educação em saúde realizadas por enfermeiros tem papel fundamental no processo de cuidado.
SciELO	Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes:um desafio na atenção à saúde.	Faria HTG, Zanetti ML,Santos MA dos, Teixeira CR de S.	Acta. Paul. Enfermgem,22(5): 612-7, jun/out,2009.	Mostra que a falta de conhecimento acerca da terapia medicamentosa tem causado um forte impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas.
SciELO	Programas de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por paciente diabéticos.	Santos MA, Péres DS, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS.	Rev. enferm. UERJ.17(1): 57-63, jan/mar 2009.	Define a importância do programa educativo, segundo a visão do cliente.
SciELO	Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético.	Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA.	Acta. Paul.Enfermgem, 22(1): 17-23, fev/ mai. 2009.	A educação em saúde é propiciar combinações de experiências bem sucedidas ao aprendizado do diabético.
SciELO	Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes mellitus tipo 1.	Leite SAO, Zanim LM, Granzotto PCD, Heupa S, Lamounier RN.	Arq. Bras. Endocrinol. Metab.52(2), mar. 2008.	Mostra a efetividade da educação em pacientes comdiabetes.mellitus tipo 1

**Quadro 1** - Distribuição dos artigos incluídos no estudo, segundo o periódico de publicação 2008 a 2009.

para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune.<sup>13</sup>

A maior incidência do diabetes tipo 1 ocorre em crianças e adolescentes jovens, apresentando sintomas como poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicável de peso. Embora estejam presentes tanto no diabetes tipo 1 e 2, os sintomas são mais agudos no diabetes tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, em especial presença de estresse agudo; como sintomas mais vagos, prurido, visão turva e fadiga. No diabetes tipo 2, o início é insidioso e não frequentemente a suspeita só é diagnosticada pela presença de complicações tardias da doença, proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença aterosclerótica, entre outras.<sup>14</sup>

A educação em saúde é um tema que vem sendo discutido, porém existem poucos estudos envolvendo adolescentes portadores

de diabetes tipo 1. Essa patologia crônica, cujo diagnóstico muitas vezes não é realizado devido à ausência de sintomas, requer uma atenção maior por parte dos governantes, profissionais de saúde, comunidade e demais setores da sociedade diante da sua alta prevalência e morbimortalidade no contexto atual de saúde, o que exige uma atenção mais integral que dê ênfase à promoção da saúde, não só no que diz respeito aos fatores de risco, mas a todos os determinantes da qualidade de vida das pessoas<sup>15</sup>.

O desenvolvimento de atividades de educação em saúde realizadas por enfermeiros tem papel fundamental no processo de cuidado. Porém, a presença de equipe multi-disciplinar é um ponto importante para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, pois a interação interdisciplinar mobiliza a produção de novos conhecimentos<sup>15</sup>.

Esse processo leva em conta a con-

cepção integradora da promoção da saúde, definida na Carta de Ottawa, em que todos devem atuar na integralidade que envolve a saúde. Os profissionais de saúde atuam como agentes facilitadores e mobilizadores nas ações de educação em saúde, devendo ter boa capacidade de comunicação, de escuta e de compreensão. Os conhecimentos construídos com a ajuda da troca de experiências e de saberes entre profissionais e pacientes são resultados fundamentais de práticas educativas<sup>15</sup>.

A falta de conhecimento acerca da terapia medicamentosa tem causado um forte impacto na saúde e na qualidade de vida das pessoas, especialmente, naquelas com uma ou mais condições crônicas de saúde. O número de internações hospitalares e mortes prematuras tem aumentado e está parcialmente associado ao déficit de conhecimento<sup>16</sup>.

A equipe de saúde qualificada é essencial na comunicação do cliente quanto ao uso dos medicamentos, bem como na motivação ao autocuidado e à adesão à terapia medicamentosa. A falta de conhecimento quanto ao nome do medicamento de que faz uso, à dose prescrita pelo médico, ao horário correto de ingestão, ao número de comprimidos que devem ser utilizados por dia faz com que o cliente utilize o medicamento de maneira incorreta. A educação para o uso da terapêutica medicamentosa é um componente fundamental do tratamento ao paciente diabético tipo 1, de modo a aperfeiçoar os recursos aplicados pelo Ministério da Saúde<sup>16</sup>.

Para uma educação eficaz em diabetes tipo 1, é necessário assegurar treinamento à equipe multiprofissional em saúde, conhecimento atualizado, habilidades pedagógicas de comunicação, escuta e compreensão, bem como capacidade de negociação com os clientes de saúde. Os programas de educação em diabetes tipo 1 têm se mostrado um instrumento importante para o controle da doença<sup>17</sup>.

Para que a educação em diabetes tipo 1 seja recomendada, constata-se a necessidade de estudos que avaliem as expecta-

tivas iniciais dos pacientes antes da elaboração do programa educativo, bem como após a implementação de alguns resultados. A expectativa de obter um maior controle sobre a doença denota o anseio de alcançar uma melhor condição de saúde no geral, o que evidencia a busca de atenção integral, e considerando-se que essa expectativa é extremamente importante para motivar o diabético a se engajar em um programa educativo<sup>17</sup>.

O programa educativo, segundo a visão do cliente, está relacionado à promoção da sociabilidade, uma característica importante, considerando que o paciente diabético tipo 1 pode se isolar de seu ambiente quando percebe ausência de compreensão e de suporte social. A expectativa de obter um bom relacionamento interpessoal no grupo demonstra sensibilidade à estratégia grupal, bem como necessidade de estabelecer novos contatos e amizades. Isso sugere que os programas educativos devem ter como estratégia preferencial o trabalho grupal com esses clientes<sup>17</sup>.

A avaliação no final do programa, quanto aos ganhos conquistados, indicou a melhora da qualidade de vida, bem como uma melhor convivência com o diabetes tipo 1 e sua aceitação emocional, aspectos que não haviam sido mencionados como expectativas no início da intervenção. Esses dados denotam a percepção de melhora na condição geral de saúde, tanto nos aspectos objetivos como de bem-estar subjetivo<sup>17</sup>.

Educação em saúde é propiciar combinações de experiências bem sucedidas de aprendizagem, destinadas a facilitar adaptações voluntárias de comportamentos em busca de saúde e melhor qualidade de vida. Para tanto, é necessário promover condições favoráveis a manutenção e valorização do comportamento. O comportamento esperado é aquele em que a pessoa diabética tipo 1 se envolve de modo comprometido, tornando-se coparticipante e parceiro em seu processo educacional<sup>18</sup>.

Ao cuidar de pessoas com condições crônicas, os profissionais de saúde devem

determinar a aprendizagem, utilizando abordagens educacionais efetivas. A avaliação do conhecimento e das habilidades, especialmente a capacidade de solucionar problemas do dia-a-dia, é um componente relevante do autocuidado<sup>18</sup>.

Estudos mostram-se heterogêneos quanto aos tipos de intervenção para populações específicas, não havendo um programa específico de educação em diabetes tipo I que possa ser padronizado e reconhecido como eficaz em todo o mundo. Ao contrário, os estudos que mostram os melhores resultados do processo educacional no controle glicêmico, tanto em adolescentes quanto em adultos, combinaram intervenções educacionais e comportamentais, adaptadas ao contexto sociocultural do paciente diabético tipo 1, aliadas a suporte para o tratamento insulínico intensivo<sup>19</sup>.

A principal estratégia de aprendizado ao portador de diabetes tipo 1 é fazer decisões efetivas em seu autocuidado, tornando-se um coordenador de seu próprio tratamento, utilizando o sistema de saúde como uma ferramenta para o controle da doença. As técnicas de educação são várias, desde distribuição de material ilustrativo, apresentações de aulas didáticas, até intervenções envolvendo a participação do cliente ativamente, como também aulas práticas da aplicação da insulina<sup>19</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber neste estudo que,

frequentemente, as orientações acerca do diabetes tipo 1 são voltadas à redução dos fatores de risco, com educação em saúde permanente, abrangendo todas as áreas que circunscrevem o indivíduo, ou seja, ações que vão além do setor saúde.

Essas ações, entretanto, não devem focalizar somente o sujeito, ou o desenvolvimento de suas habilidades pessoais. É necessária a intervenção sobre o ambiente em que está inserido no sentido de viabilizar modificação de estruturas que possam comprometer a adoção de hábitos saudáveis, aliando-se, dessa forma, a combinação de autonomia pessoal com responsabilidade social. Assim, a educação em saúde para portadores de diabetes tipo 1 mostra-se eficaz para um melhor prognóstico e deve ser encorajada entre grupos. Assim sendo, novos estudos devem ser realizados a fim de se identificar a melhor forma de se educar.

Portanto, a partir dos dados levantados, foi visto que a educação em saúde é de fundamental importância ao adolescente diabético tipo 1 como forma de otimizar seu tratamento, com melhor controle metabólico e qualidade de vida desses indivíduos. Também foi observado que as dinâmicas de grupo, associadas ao lazer e cultura, proporcionam um maior crescimento intelectual e pessoal dos participantes, resultando em mais segurança, integração e melhor aceitação da doença pelos adolescentes diabéticos tipo 1.



---

## HEALTH EDUCATION FOR ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES

**ABSTRACT**

Health education is placed as central to improving the metabolic control of diabetes and prevent the onset and progression of acute and chronic complications. This study aims to determine, in literature, the importance of health education as a strategy for control of type 1 diabetes in adolescents. Interest in this subject arose as a result of several studies in the area, where it was noted that little is explored on the importance of education for self care with the adolescent diabetic, because it is essential for accountability with this therapy, which is essential for the customer. It is an integrative literature review on the production of nursing knowledge in the field of health education for adolescents with diabetes. In this approach, we used the quantitative method. It was used SciELO database, studies published between 2008 to 2009, finding a total of 15 articles, but after a brief evaluation of these only 05 met the criteria of this review. The results show the importance of the educational process for the control of diabetes, with strategies developed and the actions that must share both the individual and his family. Education is a fundamental part of the diabetes control and consists of a continuous process of changes in lifestyle, which requires planning and skilled professionals, is essential to understanding and participation of client.

**Keywords:** Diabetes mellitus. Health education. Chronic disease.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Nunes MDR, Dupas G, Ferreira NMLA. Diabetes na infância/adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007 9(1): 119-30. [acesso em 10 mai 2010]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a09.htm>.
2. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto contexto enferm. [online]. Florianópolis. 2007 abr/jun: 16(2): 315-319.
3. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu) [online]. 2005 [cited 2010-09-05]: 9(16): 39-52.
4. Zanette ML, Mendes IAC, Ribeiro KP. O desafio para o controle domiciliar em crianças e adolescentes diabéticas tipo1. Rev. Latino-am. Enferm. 2001 Jun: 9(4): 32-6.
5. Silveira CS, Zago MMF. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. Rev. Latino-am Enfermagem. 2006 jul/ago: 14(4):614-9.
6. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Research in Nursing & Health. 1987 fev:10.
7. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafk KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000: 231-50.
8. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. AORN J. 1998 apr: 67(4): 877-80.
9. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005 dec: 52 (5): 546-53.
10. Mendes KDL, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]. 2008 out/dez: 17(4): 758-764.
11. Leite SAO; ET AL. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes mellitus tipo 1. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metodologia 2008;52: 233-242.
12. Figueiredo NMA, Viana DL. Diabetes mellitus. In: SILVA, e. *et al.* Tratado prático de enfermagem. São Paulo: Yendis; 2006.
13. Rodack M, Milech A, Oliveira JEP. A secreção residual do peptídeo c faz diferença no tratamento diabetes mellitus tipo 1. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metodologia 2008; 52: 322-333.

14. Gross JL, Silveira SP. Diabetes mellito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metodologia*. 2002;46:16-26.
15. Silva ARV, Macêdo SF, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Damasceno MMC. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. *Revista Rene Fortaleza*. 2009 jul/set;10(3):146-151.
16. Faria HTG, Zanetti ML, Santos MA, Teixeira, CRS. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. *Acta paul. enferm.* [online]. 2009 Sept/Oct;22(5):612-617.
17. Santos MA, Péres DS, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. *Rev. enferm. UERJ*. 2009 jan/mar;17(1):57-63.
18. Rocha RM, Zanetti ML, Santos, MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paul Enferm.* 2009 abr: 22(1): 17-23.
19. Leite SAO, Zanim LM, Granzotto PCD, Heupa S, Lamounier, RN. Pontos básicos de um programa de educação ao paciente com diabetes mellitos tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*. São Paulo. 2008 mar: 52(2):233-242.

# Artigo de Revisão

## NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS EM ADOLESCENTES: IDENTIFICAÇÃO DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Kenia de Lima Silva<sup>1</sup>  
Daniela Karina Antão Marques<sup>2</sup>  
Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>3</sup>  
Ilana Vanina Bezerra de Souza<sup>4</sup>  
Oneide Raianny Monteiro Lacerda<sup>5</sup>

---

### RESUMO

Este artigo tem como objetivos definir as necessidades psicobiológicas em adolescentes, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de acordo com a literatura pertinente, e identificar as suas manifestações quando afetadas nos adolescentes, visando obter subsídios para a construção de instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem para essa clientela, e, ao mesmo tempo, preencher uma lacuna na referida teoria, que é a não existência de definições para a maioria das necessidades psicobiológicas. Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão integrativa; foram realizadas pesquisas nas bases de dados LILACS, BIREME, MEDLINE, SciELO e no Portal de Periódicos da CAPES. O resultado obtido na pesquisa direciona a assistência de enfermagem, servindo como ferramenta para o desenvolvimento do processo de enfermagem, principalmente no que diz respeito a sua fase inicial: a coleta de dados, e mais ainda, quanto à identificação de problemas psicobiológicos em adolescentes, respaldando o enfermeiro quanto à individualidade do cuidado, uma vez que se trata de uma clientela vulnerável e requer uma abordagem específica do cuidar, contribuindo cada vez mais com a fundamentação da ciência da enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Saúde do Adolescente. Teoria de enfermagem.

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria; Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. E-mail: kenya\_enf@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB. Docente da Facene. End.: Rua José Francisco da Silva, 1620, Bairro Cristo Redentor, João Pessoa-PB. CEP: 58071-120. Tel.: (83) 8839-5337. E-mail: danielaantao@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPB, Centro CIPE® do PPGENF/UFPB Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - João Pessoa - PB CEP: 58059-900 Fone: (83) 3216-7109

<sup>4</sup> Enfermeira assistencial da UTI Neonatal da Maternidade Frei Damião. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Educação, pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - ULHT. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - Facene. End.: Av. Vigolvinho Florentino da Costa, 120, Apto. 101, Manaíra, João Pessoa-PB. CEP: 58038-580. Tel.: (83) 8804-2157. E-mail: ilanavbs@gmail.com

<sup>5</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/CCS/UFPB. Docente da Facene. End.: Rua Maria Padilha, 84, Apto. 302, Bessa, João Pessoa - PB CEP 58037-260. Telefone: (83) 8892-0534. E-mail: ormlhta@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A conotação de *necessidade* presente em Marx é aquela que, além do conceito lógico de necessidade objetiva, identifica nas necessidades subjetivas da humanidade dois tipos: as que são básicas, de sobrevivência física, e as derivadas. Tal concepção que identifica nas necessidades humanas e suas formas de satisfação o fundamento das sociedades é compartilhada por outras vertentes teóricas. Na antropologia funcionalista, por exemplo, as culturas são sistemas de produção e satisfação de necessidades, tanto básicas como derivadas<sup>1</sup>.

Os estudos acessíveis sobre necessidades humanas básicas, sobretudo aqueles de maior densidade e coerência teórico-conceitual são encontrados nas publicações de Sen Doyal e de Lan Gough, para quem todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas, têm necessidades básicas comuns se contrapondo às concepções naturalistas, relativistas e culturais das necessidades<sup>2</sup>.

O conceito de necessidade é amplamente utilizado na teoria e prática da Enfermagem. Para alguns teóricos, esse conceito tem uma orientação negativa, porque reforça a contínua ênfase nos déficits humanos, que é espelho da teoria biomédica<sup>3</sup>. Contudo, vale lembrar que os conceitos iniciais de necessidades na Enfermagem não estavam centrados em teorias psicológicas do comportamento humano. Com Yura e Walsh é proposta uma teoria mais eclética das necessidades humanas por meio da integração de todas as necessidades com a pessoa humana, definidas de acordo com o contexto social e cultural do território da Enfermagem<sup>4</sup>.

No Brasil, a temática vem atingindo espaço especialmente nas áreas de saúde e administração. Na área da saúde, a teoria mais conhecida é a do psicólogo americano Abraham Maslow, denominada Teoria da Motivação Humana, que tem uma abordagem empírica, pertencendo, portanto, ao grupo de teorias orientadas por necessidades<sup>5</sup>.

Na Enfermagem brasileira, a primeira estudiosa a desenvolver um marco conceitual baseada em necessidades foi Wanda de Aguiar Horta e é, atualmente, uma das teorias mais utilizadas pelos enfermeiros brasileiros. No desenvolvimento de sua teoria, Horta<sup>6</sup> optou por criar uma nova classifi-

cação para as necessidades humanas básicas, preferindo a denominação de Mohana, nomeando-as em três níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. O nível psicobiológico é uma força que existe nos humanos independentemente de leitura, de educação, de cultura e de meio. Surge de forma inesperada para regular todas as funções necessárias para nossa sobrevivência, é inconsciente e surge sem planejamento prévio, como: respiração, circulação, hidratação, sono, excreção, repouso, sensação de dor, entre outros<sup>7</sup>. A concepção de necessidade de saúde do sujeito no contexto da enfermagem apoia-se na compreensão do mundo biológico, psicológico e social como geridos por um tipo de relação em que, a cada estímulo, o ser humano reage com uma resposta que busca a adaptação a uma nova situação<sup>8</sup>.

Durante o crescimento e o desenvolvimento, os indivíduos vivenciam inúmeras e diferentes necessidades, a partir da interação de seu potencial genético com o ambiente físico e social, o que acabam lhes conferindo características complexas e dinâmicas. Esse processo não é uniforme nem tampouco contínuo, pois se constitui em diversas fases de rápidas transformações (aceleração - recém-nascido; adolescente) e lentas (desaceleração - idoso), esse processo depende ainda da variabilidade individual<sup>9</sup>.

Na adolescência, ocorre uma transição entre a infância e a fase adulta que se caracteriza por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais como referido anteriormente. Representando uma das fases mais importantes do ciclo vital, na medida em que completa o período de crescimento e desenvolvimento, sendo que o critério físico ou biológico envolve a fase das modificações anatômicas e fisiológicas que transformam a criança em adulto<sup>10</sup>.

Este artigo tem como objetivo definir as necessidades psicobiológicas, de acordo com a literatura de enfermagem, apresentando as suas manifestações mais frequentes no adolescente, visando melhor compreensão destas necessidades, além da melhoria no cuidado ao adolescente.

## CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A teoria desenvolvida por Horta

aborda o ser humano em três níveis de necessidades, os quais podem ser direcionados ao ser humano nas diferentes faixas etárias. Diante disso, busca-se contribuir com a qualidade da assistência de enfermagem ao adolescente, tendo como guia essa teoria. Para tanto, procurou-se por meio da literatura desenvolver uma pesquisa tipo revisão integrativa.

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio e novembro de 2009. Foram organizadas as principais literaturas sobre a temática e definida a metodologia do estudo, utilizando-se para apreensão do conteúdo publicações recentes, no que se referem às publicações de enfermagem pediátrica e pediatria. Entretanto, as publicações direcionadas à teoria das necessidades humanas básicas tiveram, como ano de referência para início da pesquisa, as publicações de autoria de Horta ou de outros autores que usaram sua teoria, ou seja, começo da década de 1970.

A pesquisa teve como fonte de dados: artigos em periódicos, jornais e catálogos de enfermagem pediátrica e pediatria, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias e trabalho de conclusão de curso. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados LILACS, BIREME, MEDLINE, SciELO e no Portal de Periódicos da CAPES. Após análise dos textos encontrados, foi possível identificar as necessidades psicobiológicas dos adolescentes e defini-las tendo como base a literatura sobre o tema e, conseqüentemente, identificar as suas manifestações mais frequentes nos adolescentes.

Foram identificados 321 indicadores nas necessidades psicobiológicas, sendo 20 na Oxigenação; 12 na Nutrição; 19 no Sono e repouso; 22 na Eliminação; 19 na Hidratação; 44 na Atividade física; 13 no Cuidado corporal; 23 na Integridade física; 8 na Regulação térmica; 4 na Imunológica; 6 na Regulação vascular; 6 no Crescimento celular; 16 na Regulação hormonal, 19 na Regulação neurológica; 49 na Percepção dos órgãos dos sentidos; 16 na Sexualidade; 21 na Segurança física/meio ambiente; e 4 na Terapêutica. No entanto, para construção deste artigo, foram consideradas apenas algumas necessidades que apresentaram mais de dez (10) indicadores.

## **Necessidades psicobiológicas no adolescente**

### *Necessidade de oxigenação*

A respiração é uma necessidade psicobiológica fundamental para a sobrevivência humana. Sendo definida por Horta como “[...] o processo de utilização de oxigênio nos fenômenos de oxirredução das atividades vitais”<sup>6:40</sup>. A principal função do sistema respiratório é fornecer oxigênio ao sangue arterial e remover dióxido de carbono do sangue venoso.

A troca gasosa normal depende de três fatores: ventilação, que é o movimento de gases da atmosfera para os alvéolos; difusão, que é a transferência de gases inalados através da membrana alveolar para o pulmão; e perfusão, que é o movimento de sangue oxigenado dos pulmões para os alvéolos. Quanto mais precoces ocorrerem disfunções respiratórias, mais sério será o problema<sup>11</sup>.

### *Necessidade de Hidratação*

Manter-se hidratado é deixar em equilíbrio os líquidos que são ingeridos ou eliminados, é “a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal”<sup>5:85</sup>. O aporte hídrico básico diário de um adolescente corresponde a 1,5 a 1,7L/m<sup>2</sup>/dia. Como os adolescentes têm aproximadamente 1,5 a 1,7m<sup>2</sup> de superfície corporal, o que equivale a um adulto, essa ingestão fica em torno de 2 a 3 litros por dia<sup>12</sup>.

### *Necessidade de nutrição*

É o processo metabólico do organismo para obter nutrientes, controlar a digestão e o armazenamento destes para manter a vida do indivíduo<sup>5</sup>. Inúmeros fatores podem provocar o desequilíbrio nutricional: dieta insuficiente ou ingestão excessiva; dieta desequilibrada; aumento de nutrientes específicos; falha do organismo na utilização dos nutrientes<sup>13</sup>. A ingestão diária de um adolescente deve ser equilibrada entre os grupos alimentares (grupo dos pães; grupo das frutas; grupo das carnes; grupo das gorduras, óleos e doces). Os padrões alimentares familiares adquiridos na fase escolar

continuam a ter influência na seleção de seus alimentos<sup>14</sup>.

#### *Necessidade de Eliminação*

“É a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes em quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase corporal”<sup>5:95</sup>. A necessidade média de excreta diária do adolescente varia com o sexo e a idade, sendo influenciada pela ingestão de líquidos, sejam elas orais ou parenterais. As funções renais e intestinais já possuem capacidade de adultos no final da adolescência. Essa necessidade é ainda influenciada pelas perdas insensíveis (respiratória e cutânea). A perda urinária nessa fase é maior que 850 ml/m<sup>2</sup>/24h<sup>15</sup>.

#### *Necessidade de Sono e Repouso*

É a necessidade do organismo em manter, durante certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas com o objetivo de obter restauração<sup>5</sup>. No entanto, o padrão de sono insatisfatório pode criar problemas como: tensões musculares, falta de aproveitamento escolar, cansaço para executar as atividades diárias, influenciando o desempenho dos seus afazeres do cotidiano, principalmente se houver prejuízo no desempenho escolar.

#### *Necessidade de Atividade Física*

“É a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc”<sup>5:111</sup>.

O desenvolvimento muscular na adolescência resulta do aumento do número e do tamanho das células musculares para ambos os sexos. No sexo masculino, há um maior incremento no número de células musculares, em torno de 30% superior ao sexo feminino. Em relação à força muscular

no sexo masculino, esse acréscimo pode ocorrer após o pico do desenvolvimento muscular<sup>16</sup>.

#### *Necessidade de sexualidade*

“É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser, com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar”<sup>5:135</sup>. A abordagem da sexualidade requer a compreensão de como os comportamentos e práticas sexuais se manifestam nos diversos grupos sociais e nas distintas fases da vida, tomando como referência os estágios evolutivos dos indivíduos na sucessão das gerações<sup>17</sup>. No que se refere à prática sexual, a masturbação e a experimentação homossexual, muitas vezes vistas como problemas, são situações transitórias e normais, fazendo parte do desenvolvimento do jovem<sup>18,19</sup>.

#### *Necessidade de Cuidado Corporal*

O cuidado corporal “é a necessidade de o indivíduo realizar atividades com o objetivo de preservar o asseio corporal”<sup>5:117</sup>. O cuidado com a higiene é necessário, não só para manter a sensação de conforto ou bem-estar, mas também para evitar que outras necessidades sejam afetadas, como por exemplo, a necessidade de integridade física, uma vez que a má higiene corporal pode desencadear a exalação dos odores desagradáveis, “e má higiene oral pode levar ao surgimento de cáries e gengivite”<sup>20</sup>.

#### *Necessidade de Integridade Física*

É a necessidade do organismo de manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, unidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo<sup>20</sup>. Todo organismo humano é recoberto pelo maior órgão que o compõe, a pele, a qual é uma estrutura importante de proteção dos tecidos subjacentes, de tal forma que as modificações (lesões) ocorridas sobre ela não sejam transmitidas ao interior do organismo. A mucosa pela sua própria fragilidade da constituição, do seu tecido, está mais propensa a infecções e lesões<sup>12</sup>.

Um problema relevante que atinge a

pele na adolescência é a acne, considerada a alteração dermatológica mais comum nos adolescentes e afeta cerca de 80% dos jovens. O pico do aparecimento da acne é entre 14 e 16 anos nas meninas, e 16 e 19 anos nos meninos. Na maioria das vezes, a evolução é favorável, sem tratamentos particulares. Porém, existe uma forma rara que compromete o estado geral, como é o caso da acne fulminante, que pode acarretar complicações reumatológicas, septicêmicas ou leucemóides<sup>21</sup>.

#### *Necessidade de regulação hormonal*

É a necessidade do organismo de manter em harmonia os reguladores químicos, produzidos e secretados pelo sistema endócrino, que são transportados para os tecidos com a finalidade de estimular, catalisar ou regular os ritmos dos processos metabólicos. A regulação hormonal e neurológica no início da puberdade está condicionada a alterações da sensibilidade do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas, num processo ainda não bem conhecido<sup>22, 23</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o estudo bibliográfico, o qual é primordial para que se desenvolva pesquisa, analisamos a literatura pertinente, onde pudemos identificar as necessidades psicobiológicas para adolescentes, baseando-se na teoria das necessidades humanas básicas e com isso promover contribuições efetivas no processo saúde-doença do adolescente, estruturando cada vez mais a ciência da Enfermagem.

O resultado obtido na pesquisa direciona a assistência de enfermagem, servindo como ferramenta para o desenvolvimento do processo de enfermagem, principalmente no que diz respeito a sua fase inicial: a coleta de dados e mais ainda, quanto à identificação de problemas psicobiológicos em adolescentes, respalda o enfermeiro quanto à individualidade do cuidado, uma vez que se trata de uma clientela vulnerável e requer uma abordagem específica do cuidar, contribuindo cada vez mais com a fundamentação da ciência da enfermagem.

---

## PSYCHOBIOLOGIC NEEDS IN ADOLESCENTS: IDENTIFICATION OF CLINIC MANIFESTATION

### ABSTRACT

This article of integrative review was developed with the objectives of defining the psychobiologic needs in adolescents to the light of the Human Basic Needs Theory in agreement with the pertinent literature, and to identify the clinic manifestation of these needs when affected in the adolescents, seeking to obtain subsidies for the instrument construction for the attendance nursing systematization for that clientele, and, at the same time, filling out a gap in the referred theory, that is not the existence of definitions for most of the psychobiologic needs. It is an integrative review type research, the searches were conducted in the databases LILACS, BIREME, MEDLINE, SciELO and the CAPES Journal Portal. The result obtained in the research directs nursing care, serving as a tool for the development of the nursing process, especially as regards its early stages: data collection and more, the identification of psychobiological problems in adolescents, supporting the nurse as the individuality of care, since it is a vulnerable clientele and requires a specific approach to care, increasingly contributing to the grounds of the nursing science.

**Keywords:** Nursing. Adolescent Health. Nursing Theory.

---

## REFERÊNCIAS

1. Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro* [periódico na internet]. 2002 [acesso em 2008 Jun. 11]; 6:115-128. Disponível em: [http://www.neip.info/downloads/t\\_hen2.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf)
2. Pereira PA. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.
3. Powers P. The conceptual of need in nursing theory. In: kim HS, Kollak I. *Nursing theories: conceptual and philosophical foundations*. 2ª ed. Springer Publishing Company; 2006.
4. Fortin J. Human. Needs and nursing theory. In: Kim HS, Kollak I. *Nursing Theories: conceptual and philosophical foundations*. 2ª ed. Springer Publishing Company; 2006.
5. Benedet AS, Bub MBC. Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2ª ed. Florianópolis: Bernúncia; 2001.
6. Horta WA. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/USP; 1979.
7. Mohana J. *O mundo e eu*. Rio de Janeiro: Agir; 1963.
8. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras enferm* [periódico na internet]. 2009 nov [acesso em 2009 Nov. 04]; 62(3). Disponível em: [//www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)
9. Samico IS, Souza MFM. Crescimento e desenvolvimento na infância e na adolescência. In: Alves JGB, Ferreira OS, Maggi R, Fernando Figueira *Pediatria: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.38-57.
10. Colli AS. Conceito de adolescência. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 655.
11. Muscarini ME. *Série de estudos em enfermagem: enfermagem pediátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
12. Collet N, Oliveira BRG. *Manual de enfermagem pediátrica*. Goiânia (GO): AB; 2002.
13. Oliveira RG. *Blackbook-Pediatria*. 3ª ed. Belo Horizonte (MG): Black Book; 2005.
14. Hood GH, Dincher IR. *Fundamentos e práticas da enfermagem: atendimento completo ao paciente*. 8ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
15. Nunes MAF. Aleitamento em mamadeira. In: Schmitz EM, Silva ATR, Boehs AE, Oliveira AS, Mello D, Stocco ECL, et al. *Enfermagem em pediatria e puericultura*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000. p. 251-57.
16. Saito MI, Colli AS. Atenção integral à saúde do adolescente. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 656-59.
17. Espinheira G. Sexualidade. In: Andrade TM, Lemos SRM. *Textos orientados para assistência à saúde de usuário de drogas*. Salvador (BA): FAPEX, Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas; 1998. p. 40-45.
18. Silva LEV, Leal MM. Problemas de saúde. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 677-682.
19. Gubert FA, Vieira NFC, Pinheiro PNC, et al. Comunicação acerca da sexualidade entre pais e filhos adolescentes: estudo de revisão de literatura. *Rev Enferm UFPE* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2009 Nov. 04]; 3(4). Disponível em <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/126/126>.
20. Du Gas BW. *Enfermagem pediátrica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1984.
21. Jarvis C. *Exame físico e avaliação de saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
22. Engel J. *Avaliação em pediatria*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2002.
23. Colli AS, Silva LEV. Crescimento e desenvolvimento físico In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA. *Pediatria básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 660-66.



**REVISTA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NOVA ESPERANÇA****ISSN 1679-1983****NORMAS EDITORIAIS****Objetivos**

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – ISSN 1679-1983 é uma publicação semestral, de circulação nacional, da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda., entidade mantenedora das Faculdades Nova Esperança, e tem como objetivo publicar trabalhos científicos originais na área da saúde e correlatas, no intuito de disseminar o conhecimento científico, além de estar aberta a contribuições internacionais no campo da ciência.

Os textos encaminhados para publicação devem ser originais ou provenientes de dissertações e teses, não remetidos a outros periódicos e, no caso dessas últimas, que não tenham sido publicadas.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança permite a reprodução dos trabalhos publicados, desde que citada rigorosamente a fonte.

Os artigos serão avaliados quanto à originalidade, relevância do tema, coerência científica e atendimento às normas éticas.

A Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança aceita artigos remetidos para o e-mail **revista@facene.com.br**, desde que sejam seguidas as orientações contidas nas Normas para Análise dos Artigos.

**Autoria**

Os manuscritos encaminhados para publicação deverão atender às seguintes especificações:

1. **Formatação** - seguirá as normas: digitado em formato DOC; corpo do texto justificado; fonte Arial, tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5 cm; configuração de página: 3 cm para margens superior e esquerda; 2 cm para margens inferior e direita; em papel tamanho A4; as páginas não devem ser numeradas.
2. **Título e Subtítulo** (quando houver) em língua portuguesa, em caixa-alta, centralizado e em negrito.
3. **Autores** - Aceitam-se, no máximo, 6 (seis) autores por trabalho para cada edição. Os nomes completos dos autores devem vir em formato normal, sem abreviações, com apenas as iniciais em maiúsculo, recuados à direita, com espaçamento simples; em notas de rodapé, em números cardinais, devem-se apresentar a titulação, instituição de origem, endereço completo para correspondência com CEP, cidade, telefone, e-mail (para o autor principal, visando contato).
4. **Resumo** – Os resumos devem seguir a norma ABNT 6028:2003, e apresentar os seguintes itens: título em caixa-alta e em negrito alinhado à esquerda; texto em língua portuguesa, espaçamento simples, com no máximo 300 palavras. Expressará de maneira precisa e concisa, o material e métodos utilizados, o que foi observado ou realizado e as conclusões que o(s) autor(es) considera(m) justificadas. A elaboração deve permitir compreensão sem acesso ao texto, inclusive de palavras abreviadas, e deverá conter a seguinte estrutura: INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS,

RESULTADOS E DISCUSSÃO, e CONSIDERAÇÕES FINAIS, não sendo preciso nominar cada item. O resumo deverá ser acompanhado de até cinco palavras-chave, que são palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. As palavras-chave deverão ser baseadas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine. O DeCS pode ser consultado através do endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>. Estas devem vir no final do Resumo, alinhadas à esquerda, sem espaçamento entre linhas, precedidas de ponto a cada palavra.

- 5. Resumo em língua estrangeira** - *Abstract*, em inglês; *Resumen*, em espanhol; *Résumé*, em francês); título em língua estrangeira escolhida para o resumo, palavras-chave em língua estrangeira (*Keywords*, em inglês; *Palabras clave*, em espanhol; *Mots-clés*, em francês). Como elemento pós-textual, este resumo deve vir no final do texto, antes das referências. Segue os mesmos padrões na versão em português e deve ser absolutamente fiel ao original. O título do trabalho também deve ser traduzido para língua estrangeira escolhida, ficando centralizado e em caixa alta.

## NORMAS PARA ANÁLISE DOS ARTIGOS

### Envio dos originais

1. Os autores devem seguir os critérios de emissão dos seguintes documentos:
  - 1.1 **Declaração:** atestando que o artigo é original, encaminhado à Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança para a seção pertinente (original, revisão, atualização, resenha, relato de experiência etc), e devidamente assinada pelo(s) autor(es), cedendo os direitos autorais à Revista e autorizando a publicação do mesmo.
  - 1.2 **Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP:** quando a pesquisa envolve seres humanos seja direta ou indiretamente, ou seja, através de entrevistas, questionários ou formulários; ou através de prontuários. Esta certidão deve ser definitiva; a certidão temporária que autoriza a coleta de dados não garante a publicação na Revista.
2. O envio dos documentos pode ser feito para o e-mail da Revista ([revista@facene.com.br](mailto:revista@facene.com.br)), desde que estejam devidamente assinados, escaneados e anexados ao artigo, como referido nos Procedimentos Éticos;
3. Os autores ficam responsáveis pela rigorosa revisão gramatical dos originais manuscritos, não cabendo à Revista tal procedimento.
4. **Aprovação dos trabalhos** - Os trabalhos serão avaliados pelo Conselho Editorial, formado por professores mestres e doutores nas áreas da saúde e afins. Para garantir a imparcialidade da avaliação, os avaliadores desconhecerão a autoria dos trabalhos e os autores desconhecerão a identidade de seus avaliadores. A aprovação do trabalho pode ser confirmada por emissão de uma carta de aceite, onde consta a futura publicação na edição, volume e número correspondentes, desde que os autores a solicitem. A carta pode ser enviada por e-mail ou pelos Correios, para o endereço informado pelos autores.
5. O Conselho Editorial reserva-se o direito de rejeitar os artigos que não apresentarem valor científico; mostrarem problemas éticos, ou que tenham erros significativos de metodologia, gramática, bibliografia, bem como de realizar adaptações ao estilo da Revista.

O Conselho Editorial poderá tomar as seguintes deliberações:

  - a) Recusar o trabalho sem observações, nos casos de plágio ou qualidade técnica julgada como insuficiente;
  - b) Aceitar com restrições o trabalho, que serão informadas aos autores para serem executadas as observações ou sugestões do(a) revisor(a). Os autores terão a oportunidade de adequar o trabalho;
  - c) Aprovar o trabalho na íntegra.
6. Após a submissão do artigo, não é aceita a troca, retirada ou inclusão de autores; assim como é proibido o acréscimo de trechos no texto, exceto quando sugerido pelos revisores.
7. As informações apresentadas no trabalho são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

Outras informações pelo e-mail [revista@facene.com.br](mailto:revista@facene.com.br) ou pelo telefone (83) 2106-4791.

## Procedimentos éticos

1. Enviar cópia de **Parecer favorável**, emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido e cadastrado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP, ou diretamente pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, quando o trabalho envolver seres humanos (direta ou indiretamente), de acordo com o que preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS nº 196/96, e suas complementares.
2. Cada artigo ou trabalho enviado à Revista será encaminhado a dois avaliadores *ad hoc* na área, que emitirão parecer consubstanciado, de acordo com as normas da Revista, do conteúdo e dos procedimentos éticos que envolvem o trabalho. A lisura da avaliação exige que os avaliadores desconheçam a autoria dos trabalhos e os autores desconheçam a identidade de seus avaliadores. Tal procedimento visa a assegurar a integridade ética e profissional dos sujeitos envolvidos nesse processo.
3. Os conteúdos presentes nos textos são de total responsabilidade dos autores, cabendo a estes responder pelos mesmos.

## NORMAS ESPECÍFICAS PARA OS TEXTOS

1. **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Conclusão, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas, (apêndices e anexos são opcionais). Máximo de 15 laudas.

### Itens que compõem esta seção

**Introdução:** deve estabelecer com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com outros trabalhos no mesmo grupo. Extensas revisões da literatura não serão aceitas, devendo ser substituídas por referências aos trabalhos ou fontes mais recentes, onde tais revisões tenham sido apresentadas. Deve esclarecer: a) a natureza do problema cuja resolução se descreve no artigo; b) a essência do estado da arte no domínio abordado (com referências bibliográficas); e c) o objetivo do artigo e sua relevância (justificativas) para fazer progredir o estado da arte.

**Material e Métodos** (quando a pesquisa envolve seres humanos): descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a amostra, detalhar técnicas e equipamentos novos, indicar quantidades exatas, referenciar os métodos e as técnicas utilizadas, incluindo métodos estatísticos, de modo a permitir reprodutibilidade. Recomenda-se evitar descrições extensas de métodos rotineiros. Não devem ser utilizados nomes comerciais, nomes pessoais ou iniciais de pacientes, fotos que exponham e similares, nem seus números de registro hospitalar.

**Resultados:** todos os resultados devem ser apresentados em sequência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Orienta-se evitar superposição de dados como textos e como tabelas. Destaque apenas para as observações mais importantes, com um mínimo de interpretação pessoal. Utilizar gráficos simples e de fácil compreensão. Sempre que necessário, os dados numéricos devem ser submetidos à análise estatística.

**Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outros achados já publicados. Comunicações pessoais ou publicações de caráter restrito

devem ser evitadas como provas de argumento. Hipóteses e generalizações não baseadas nos dados do trabalho devem ser evitadas. As limitações do trabalho bem como suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas.

**Conclusões:** deve-se apresentar o conjunto de conclusões mais importantes, evitando detalhes não pertinentes, retomando os objetivos do trabalho. As conclusões podem também ser incluídas no item “discussão”; neste caso, não há necessidade de repeti-la em itens à parte.

**Agradecimentos (opcional):** quando desejados devem ser apresentados no final do texto, breves e diretos, mencionando-se os nomes de participantes que contribuíram, intelectual ou tecnicamente, em alguma fase do trabalho, mas não preencheram os requisitos para autoria. Devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das Referências.

**Ilustrações:** tabelas, figuras e fotos devem estar inseridas no corpo do texto contendo informações mínimas pertinentes àquela ilustração (Por ex. Tabela 1; Figura 2; etc.), inseridas logo após serem mencionadas pela primeira vez no texto. As tabelas devem estar formatadas como a tabela clássica 1 do Word. Os gráficos devem ter boa definição. As fotos devem ser escaneadas com 300 ou mais DPI e salvas no formato TIFF ou BMP e lado maior igual a 18 cm. As ilustrações e seus títulos devem estar alinhados à esquerda e sem recuo. O tamanho máximo permitido é de uma folha A4. Devem ser encaminhadas com as autorizações para reprodução de material publicado anteriormente, de ilustrações que podem identificar pessoas e para transferência de direitos autorais e outros documentos que se façam necessários.

## Referências

- o As Referências deverão ser reunidas no final do trabalho, citadas somente as obras utilizadas no texto, em ordem numérica, e ordenadas segundo a sequência de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não se deve utilizar o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.
- o As referências devem estar de acordo com as especificações dos Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Periódicos Biomédicos, conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org>). Para maiores esclarecimentos sobre o Estilo de Vancouver, ver o item “Estilo de Vancouver: exemplos de como referenciar”.
- o Para citações diretas de referências bibliográficas devem-se usar aspas na sequência do texto, de acordo com o Estilo de Vancouver, atribuindo a cada autor um número que o identifique.
- o As citações de falas/depoimentos dos sujeitos de pesquisa deverão ser apresentadas entre aspas.

**2. Artigos de revisão:** são trabalhos que têm por objetivo apresentar síntese e análise crítica da literatura levantada. Esta deve ser atualizada, referenciada e a discussão atual e pertinente. Deve incluir com clareza a delimitação do problema, dos procedimentos adotados e conclusões. Sua estrutura deve apresentar necessariamente os itens: Resumo, Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais, Resumo em língua estrangeira e Referências Bibliográficas. Deverão ter no máximo 50 citações de referências bibliográficas, organizadas em espaço simples. No máximo 10 laudas.

**3. Artigos de Atualização ou Divulgação:** são trabalhos que têm por objetivo a descrição e/ou interpretação sobre determinado assunto, considerado relevante ou pertinente na atualidade. No máximo 10 laudas.

**4. Comunicações breves/Relatos de caso/experiência:** se caracterizam pela apresentação de notas prévias de pesquisa, relatos de caso ou experiência, de conteúdo inédito ou relevante, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. No máximo 10 laudas.

**5. Resenhas:** apresentação e análise de livros publicados na área da saúde ou áreas afins. Serão aceitas para apreciação resenhas de livros publicados recentemente no Brasil ou no exterior. Os textos das resenhas deverão ser configurados da seguinte maneira: a) Referências completas do livro; b) Nome do autor da resenha; c) Instituição de origem; d) Texto analítico. No máximo 3 (três) laudas.

**6. Relatório de pesquisa:** texto original e sucinto de pesquisas realizadas na área da saúde ou áreas afins (no máximo 4 laudas).

**7. Resumos de pesquisa:** em nível de especialização, de mestrado ou doutorado: texto original da monografia, dissertação ou tese com no máximo 1 (uma) lauda ou contendo 250 palavras.

## ESTILO DE VANCOUVER: EXEMPLOS DE COMO REFERENCIAR

### 1. LIVROS E MONOGRAFIAS CONSIDERADOS NO TODO

#### **Um autor (pessoa física) – de um até seis autores**

Black GJ. Microbiologia: fundamentos e perspectivas. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

#### **Mais de seis autores**

Costa SS, Cruz OLM, Oliveira JAA, Lima AS, Mariante AR, Crespo NA, et al. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2ª ed. il. Porto Alegre: Artmed; 2006.

#### **Organizador, editor, coordenador ou compilador como autor**

McCloskey JC, Bulechek GM, organizadoras. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

#### **Autores corporativos (órgãos governamentais, associações, ONGs etc.)**

Comissão Social do Episcopado Francês. SIDA: a sociedade em questão. Tradução de Ephraim F. Alves et al. Petrópolis; 1996.

#### **Entrada pelo título, quando não há autoria**

Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.

#### **Indicação do tradutor**

Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Tradução de Isabel C. F. da Cruz et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

#### **Dicionário e obras de referências similares**

Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009. Com a nova ortografia da língua portuguesa.

#### **Teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso**

Imperiano RL. Ser mãe: vivência da maternidade em profissionais do sexo: [trabalho de conclusão de curso]. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; 2006.

#### **Trabalhos apresentados em eventos científicos e publicados em anais**

Tegazzin V. Anestesia em doenças neuromusculares. Anais do V Simpósio Brasileiro de Hipertermia Maligna; 2005 Out 7-8; Associação Paulista de Medicina. São Paulo: Unifesp/EPM; 2005. p. 10-1.

### 2. CAPÍTULO OU PARTES DE LIVROS E MONOGRAFIAS

Maranhão EA, Silva FAM, Lamounier JÁ, Sousa EG. Medicina. In: Haddad AE, Pierantoni CR,

Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizadores. A trajetória dos cursos de graduação na saúde – 1991-2004. Brasília (DF): INEP; 2006. p. 277-309.

### **Artigo em periódico**

#### **Autor(es) (pessoa física) – até seis autores**

Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):59-65.

### **3. DOCUMENTOS EM SUPORTE ELETRÔNICO**

#### **(CD-ROM, DVD...)**

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [monografia em CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

#### **Artigos de periódicos**

Gonçalves LC, Silva MRG, Peracoli JC, Silveira LVA, Padovani CR, Pimenta WP. Prevalência de hipertensão arterial em mulheres com passado de distúrbios hiperglicêmicos na gestação. Arq Bras Endocrinol Metab [periódico na internet]. 2005 Abr [acesso em 2008 Ago 15]; 49(2): [número de páginas aproximado 6 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302005000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança – ISSN 1679-1983  
Faculdades Nova Esperança - Facene/Famene  
Endereço: Avenida Frei Galvão, 12, Gramame  
João Pessoa-PB.  
CEP: 58067-695.  
Telefone: (83) 2106-4777 / 2106-4791  
E-mail: revista@facene.com.br



