

## PRODUÇÃO DE MONOGRAFIAS NA FACENE: ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO TEMÁTICA NO QUADRIÊNIO 2005-2008

Nereide de Andrade Virgínio<sup>1</sup>

Márcia Virgínia Andrade Virgínio de Oliveira<sup>2</sup>

Cláudia Germana Virgínio de Souto<sup>3</sup>

### RESUMO

Preconizada como item pedagógico obrigatório do Projeto Pedagógico para os cursos de graduação em Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais, a Monografia (trabalho de conclusão de curso), na FACENE, é desenvolvido durante os dois últimos períodos letivos (sétimo e oitavo semestres) do Curso. Trata-se de trabalho desenvolvido sob orientação de docente do Curso, a partir da identificação pelo aluno da área temática de seu interesse. O objetivo deste trabalho foi de realizar levantamento estruturado das temáticas abordadas pelos alunos nos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da FACENE no período de 2005 a 2008. Os resultados demonstraram que foram produzidas 513 monografias no período, sendo 64 em 2005; 124 em 2006; 203 em 2007 e 122 em 2008. Os números de cada área temática específica, conforme já demonstrados nas análises, estabeleceram o *ranking* da aderência dos alunos pelas áreas temáticas. A área que apresentou maior produção de trabalhos foi a sétima, composta pela junção dos conteúdos relacionados à Enfermagem em Saúde da Mulher, Obstetrícia e Neonatologia, que resultou na apresentação de 174 monografias. Em sequência decrescente, as produções das demais áreas temáticas caracterizaram-se da seguinte forma: em segundo lugar, a área de Enfermagem Clínica, com 62 (sessenta e dois) trabalhos; em terceiro, Enfermagem em Saúde Coletiva, com 50 (cinquenta); em quarto, Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, com 47 (quarenta e sete); em quinto, Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, com 38 (trinta e oito); em sexto, Administração Aplicada à Enfermagem, com 27 (vinte e sete); em sétimo, Enfermagem Cirúrgica, com 26 (vinte e seis); em oitavo, Metodologia da Assistência de Enfermagem, com 24 (vinte e quatro); em nono, Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, com 20 (vinte); em décimo, Enfermagem em Urgências e Emergências, com 18 (dezoito); em décimo primeiro, Enfermagem em Terapia Intensiva, com 16 (dezesesseis); e em décimo segundo, Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica, com 12 (doze). Espera-se que este quadro desenvolvido seja ilustrativo para os nossos docentes e alunos, e útil para posteriores análises históricas que serão desenvolvidas.

**Palavras-chave:** Monografias. Relatórios Anuais. Educação Superior.

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem CCS/UFPA. Coordenadora de Curso e Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. Enfermeira concursada do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPA. R. Eng. Sérgio Rubens de Albuquerque Lima, 215, Cristo Redentor, João Pessoa-PB, CEP 58071-440. Telefone: (83) 3223-1612. E-mail: nereideav@uol.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela FACENE. Coordenadora de Monografias e Estágios Curriculares VII e VIII da FACENE. Enfermeira concursada do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPA, no qual atua como Gerente de Risco institucional. E-mail: marciavavoliveira@hotmail.com.

<sup>3</sup>Enfermeira. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela FACENE. Coordenadora de Estágios e Sub-Coordenadora de Curso da FACENE. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Enfermagem<sup>1</sup> preceituam, no seu item 5, Organização do Curso, que, para a conclusão do mesmo, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE, conforme claramente expresso no seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC)<sup>2</sup>, este trabalho sob orientação docente é estruturado na forma de monografia de produção individual do Aluno e seu Orientador, indicado pela Coordenação de Curso, a partir da identificação pelo aluno da área temática de seu interesse.

Marconi e Lakatos consideram que a monografia caracteriza-se como o primeiro passo da atividade científica do pesquisador e a definem como

um estudo sobre um tema específico ou particular, com suficiente valor representativo e que obedece à rigorosa metodologia, investigando determinado assunto não só em profundidade, mas em todos os seus ângulos e aspectos, dependendo do fim a que se destina<sup>3:155</sup>.

O termo monografia designa um tipo especial de trabalho científico, que reduz sua abordagem a um único assunto, a um único problema, com um tratamento especificado. Caracteriza-se mais pela unicidade e delimitação do tema e pela profundidade do tratamento do que por sua eventual extensão, generalidade ou valor didático<sup>4</sup>.

Considerando essas especificações, o PPC da FACENE normatiza que cada aluno deverá elaborar, juntamente com o seu Orientador, a monografia (Trabalho de Conclusão de Curso - TCC), como critério obrigatório para a complementação das atividades pedagógicas do Curso.

O Colegiado e o Núcleo Docente Estruturante do Curso, conjuntamente com a Coordenação e todos os professores que participam das reflexões de estruturação dos conteúdos curriculares componentes da matriz curricular e do PPC, concebem a obrigatoriedade de elaboração da monografia para a conclusão de curso sob várias intencionalidades pedagógicas.

Objetiva-se, a partir da vivência de experiência na área da pesquisa (de construção de monografia, com todos os passos de composição de um estudo científico bem delimitado, com a orientação de um docente da IES):

1. Contribuir para a formação do futuro pesquisador, que chegue ao mercado de trabalho estimulado para exercer a prática da pesquisa relacionada ao seu cotidiano de trabalho, que resulte no aperfeiçoamento da assistência ofertada à comunidade;
2. Promover a consulta a bibliografia especializada e estimular a produção científica;
3. Proporcionar ao aluno a oportunidade de aperfeiçoamento das competências e habilidades de investigação, ensejando o aprofundamento temático sobre o tema escolhido;
4. Aprimorar a capacidade de interpretação e crítica reflexiva do aluno, bem como a sua competência para sistematizar as ideias e articular um discurso próprio sobre o tema em foco, contribuindo para o aperfeiçoamento da sua habilidade de redação;
5. Igualmente oferecer a oportunidade de aperfeiçoamento da sua desenvoltura na apresentação das suas ideias, tanto na forma redigida como oral, considerando que estas são habilidades vitais para a sua futura prática profissional.

Para tanto, as disciplinas de Monografia I e II estão inseridas na matriz curricular do Curso, respectivamente, no sétimo (pré-concluinte) e oitavo (concluinte) períodos letivos. Monografia I é implementada no sétimo semestre, e nela é proporcionada ao aluno uma (re)abordagem dos conteúdos anteriormente ministrados durante a vivência de Metodologia da Pesquisa Aplicada à Enfermagem, no início do Curso.

Em Monografia I, o enfoque é voltado para a revisão dos princípios e conteúdos orientadores da elaboração da pesquisa científica, com direcionamento das normas para elaboração do projeto de pesquisa, delimitação do tema de pesquisa, elementos pré-textuais, textuais e complementares para planejamento do estudo científico, bem como a apresentação do projeto de pesquisa. São intensivamente estudados os passos para a elaboração do projeto de pesquisa: delimitação do problema, contextualização, justificativa, hipóteses, definição de objetivos, estruturação de revisão teórica sobre o tema, definição da trajetória metodológica do estudo, aspectos éticos, cronograma, orçamento, referências, apêndices e anexos.

Nesse sétimo período, o aluno passa pelas aulas de Monografia I, durante a qual elabora um pré-projeto e define o seu tema de pesquisa. Em seguida, é

encaminhado pela Coordenação de Curso para um Orientador que tenha afinidade com o tema. A partir do encaminhamento para o Orientador, o aluno tem um encontro semanal obrigatório pré-agendado com o mesmo, na Faculdade, no ambiente do Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica/NUPEA/FACENE.

O acompanhamento do comparecimento e do rendimento do aluno é feito através de registro do Orientador, em impresso próprio, mensal, encaminhado à Coordenação de Monografias ao final de cada mês. No final do sétimo período, o aluno qualifica o seu projeto através de apresentação agendada pela Coordenação, na qual é avaliado por banca tríplice de professores da IES, que emite um conceito final para o aluno. Para alcançar aprovação, o aluno precisa de, no mínimo, conceito 7 (sete). As atividades descritas são concluídas segundo agendamento da Coordenação de Monografias e Coordenação de Curso, antes do final semestre letivo.

Com a aprovação em Monografia I, o aluno é habilitado para cursar Monografia II, implementada no oitavo semestre do Curso. Em Monografia II, o aluno volta a ter aulas sobre metodologia da pesquisa científica, desta feita com direcionamento para as atividades de lançamento do projeto na Plataforma Brasil, conforme orientação do CEP institucional, análise ética e aprovação do projeto, ações de encaminhamento para autorização da pesquisa pela instituição na qual será feita a coleta de dados, e a construção da parte textual do Trabalho de Conclusão de Curso: aperfeiçoamento da fundamentação teórica, implementação da coleta de dados, análise e discussão dos resultados, comprovação ou negação de hipóteses, elaboração de considerações finais, finalização da pesquisa, preparação de material de apresentação e defesa da monografia.

A defesa é realizada segundo agendamento prévio das Coordenações de Monografia e de Curso, em consonância com o disposto no Regulamento para Apresentação/Defesa da Monografia, com avaliação da mesma banca tríplice de Docentes que participou da qualificação do projeto de pesquisa. Para ser aprovado, igualmente, o aluno precisa alcançar, no mínimo, o conceito 7 (sete). Tais atividades são previamente agendadas de modo a estarem concluídas em prazo compatível com as cerimônias de conclusão do Curso.

Ao acompanhar o direcionamento dos alunos, quanto as suas opções temáticas, restou-nos a curiosidade de realizar levantamento do número dessas opções temáticas segundo as áreas temáticas do Curso, de modo a poder refletir

juntamente com alunos e professores acerca do impacto dos conteúdos ministrados sobre essas escolhas dos alunos e refletir sobre o seu significado para o Curso.

## OBJETIVO

- Realizar levantamento estruturado das temáticas abordadas pelos alunos nos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da FACENE no período de 2005 a 2008.

## A MONOGRAFIA

Como anteriormente enfocado, o desenvolvimento da monografia, na FACENE, classifica-se como exigência parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem (conclusão da graduação em Enfermagem). Para sua elaboração, ao chegar ao sétimo período do Curso e iniciar as aulas de Monografia I, os alunos recebem pasta individual de orientação, da qual constam quatro documentos: o Manual de Normas e Instruções, o Regulamento para Apresentação e Defesa da Monografia, um Modelo de Monografia e a Carta de Aceite a ser preenchida conjuntamente com o Orientador. Segundo o Manual de Normas e Instruções referido, Monografia se define como:

Documento que representa o resultado de um trabalho experimental ou exposição de estudo técnico-científico, abordando, compreensiva e especificamente, um assunto único e bem delimitado em sua extensão, com o objetivo de reunir, analisar e interpretar informações. Deve evidenciar o conhecimento do assunto escolhido, bem como da literatura existente sobre ele. Expressa a capacidade de sistematização do candidato de assunto, obrigatoriamente, emanado de disciplina ministrada. É feito sob a coordenação de um orientador. Revela relevância, reflexão, atualização e tratamento técnico-científico<sup>5:1</sup>.

A monografia é a exposição exaustiva de um tema específico investigado cientificamente, trabalho de pesquisa que pode ser denominado monografia quando se caracteriza como requisito parcial para a obtenção de título, na conclusão de curso<sup>6</sup>. Consiste numa atividade de pesquisa científica, em virtude dos recursos metodológicos exigidos para a sua elaboração. É produto de estudo científico sobre um tema ou uma questão mais específica sobre determinado assunto, que busca

sistematizar o resultado das leituras, observações, críticas e reflexões feitas pelo aluno/pesquisador<sup>7</sup>.

É um tipo específico de trabalho científico, que reduz a abordagem a um único assunto, ou um único problema, que deve receber tratamento especificado<sup>8</sup>. Deve, portanto, estar fundamentado na organização e interpretação dos dados, de acordo com os objetivos estabelecidos e a metodologia adotada<sup>9</sup>.

Monografia é um “trabalho escrito acerca de determinado ponto da história, da arte, da ciência ou sobre uma pessoa ou região”<sup>10</sup>. Pode ser definida como “trabalho escrito, pormenorizado, em que se pretende dar informação completa sobre algum tema particular de um ramo de conhecimento, ou sobre personagens, localidades, acontecimentos, etc”<sup>11</sup>.

O TCC precisa ser concebido como o estágio inicial da vida científica ou como a primeira manifestação sistematizada de um trabalho acadêmico mais consistente. Poderia ser encarado como a infância de pesquisa dos alunos. Desse modo, a dissertação de mestrado seria a adolescência e a tese de doutorado na fase de maturidade<sup>12</sup>.

Do ponto de vista histórico, relatos<sup>13,14</sup> apontam que a primeira monografia foi publicada em 1855. Contudo estes mesmos relatos referem o desenvolvimento de monografia em 1830, por Le Play, descrevendo minúcias do gênero de vida dos operários e o orçamento de uma família padrão da classe. Porém, apenas em 1855, a titulação como monografia passou a ser usada e reconhecida em vários países como França e Inglaterra<sup>14</sup>.

A sua origem histórica vem da especificação, ou seja, a redução da abordagem a um só assunto, a um só problema. Seu sentido etimológico significa: monos (um só) e graphein (escrever): texto a respeito de um assunto único<sup>14</sup>. Tem dois sentidos: o *estricto*, tratamento escrito de um tema específico que resulte de pesquisa científica, com o escopo de apresentar uma contribuição relevante ou original e pessoal à ciência; o *lato*, que se identifica com todo trabalho científico de primeira mão, que resulte de pesquisa.

De acordo com seus propósitos, é construída a partir de inúmeras metodologias que visam basicamente o melhor tratamento da ideia ou assunto tratado, assim como também gerar certa homogeneidade em relação à metodologia usada para sua criação. Baseia-se em fatos ou conceitos, devendo-se fundamentar

o assunto de modo a que se obtenha uma coerência e relevância científica ou filosófica<sup>15</sup>.

Segundo o Manual de Normas e Instruções institucional<sup>5</sup>, deve ser composta por *elementos pré-textuais* (capa, folha de rosto, errata [opcional], folha de aprovação, dedicatória [opcional], agradecimentos [opcional], epígrafe [opcional], resumo na língua vernácula, resumo em língua estrangeira, sumário, lista de ilustrações [opcional], lista de abreviaturas e siglas [opcional], lista de símbolos [Opcional]); *elementos textuais* (introdução, desenvolvimento e conclusão); e *elementos pós-textuais* (referências, apêndices [opcional], anexos [opcional] e glossário [opcional]).

## O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de natureza documental, do tipo estudo de caso, com abordagem quanti-qualitativa, realizado a partir da coleta de dados em documentos institucionais<sup>16</sup>, de descrição dos temas de monografias defendidas a cada semestre letivo do intervalo dos anos 2005 a 2008.

A pesquisa documental explora fontes documentais que não receberam nenhum tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaboradas de acordo com os objetivos da pesquisa<sup>17</sup>.

Os estudos de caso representam importante estratégia para estudos em que se colocam questões do tipo “como e por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real<sup>18</sup>. Como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento de questões individuais, organizacionais, sociais, políticas e de grupo.

A pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem, para descrever as causas de um fenômeno ou a relação entre variáveis<sup>19</sup>. Também chamada pesquisa empírica ou método científico tradicional, considera que o ponto de partida é a teoria, que engloba uma tentativa de elaborar explicações sobre aspectos da realidade.

A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e como as pessoas compreendem esse mundo. Tenta interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as

peças lhes dão<sup>20</sup>. Em vez de serem vistas como opostos metodológicos, as pesquisas quantitativa e qualitativa podem ser vistas como complementares para o alcance dos objetivos de pesquisa.

A pesquisa foi realizada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, a partir de consulta aos relatórios referidos, havendo sido realizada a coleta de dados nos meses de junho e julho de 2012.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Para a análise dos dados coletados durante a pesquisa nos Relatórios de Monografia, no período de 2005 a 2008, procuramos estabelecer uma contextualização das áreas temáticas segundo a sua distribuição na Matriz Curricular do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FACENE.

Tal contextualização foi estabelecida após reflexão sobre os possíveis caminhos a trilhar, e após pesquisa de artigos que enfocassem a mesma temática, que resultou infrutífera. As autoras passaram, então, a definir a distribuição de áreas temáticas da Matriz Curricular, que foram estabelecidas em 12 tópicos: 1. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem; 2. Metodologia da Assistência de Enfermagem; 3. Enfermagem Cirúrgica; 4. Enfermagem Clínica; 5. Enfermagem em Saúde Coletiva; 6. Administração Aplicada à Enfermagem; 7. Enfermagem em Saúde da Mulher, Obstetrícia e Neonatologia; 8. Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente; 9. Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria; 10. Enfermagem em Urgências e Emergências; 11. Enfermagem em Terapia Intensiva e 12. Enfermagem Geriátrica e Gerontológica.

A ordem de enunciação dos tópicos temáticos aglutinadores das escolhas das áreas de pesquisa obedeceu aos momentos de inserção dos conteúdos programáticos na Matriz Curricular do Curso.

Para estruturar a apresentação das escolhas dos alunos, segundo as áreas temáticas propostas, objetivando-se oferecer melhor suporte analítico, buscou-se preceder o registro dos dados por três colunas de contagem sequencial dos dados: a primeira de contagem total dos TCC; a segunda de contagem do número de TCC por ano; e a terceira de contagem dos TCC por área, durante os anos em foco.

Tais contagens, então, permitem acompanhar a leitura deste estudo de modo dinâmico, por apontar a sequência de produção dos trabalhos, segundo os

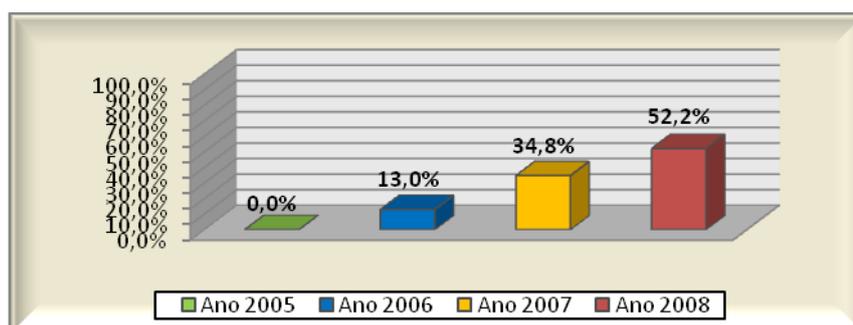
três referenciais de contagem (segundo o total, segundo o ano e segundo a área temática). A partir destes focos de análise, para cada tópico, a partir da consecução da pesquisa, encontramos:

**Quadro 1 – Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
---	---	---	Sem monografias no tópico
---	---	---	<b>2006</b>
01	01	01	Avaliação da Redução de Custos do Curativo com a Aplicação Tópica da Acajumembrana em Pacientes com Úlcera Varicosa.
02	02	02	Observação da Técnica de Curativos Realizada pelos Profissionais de Enfermagem.
03	03	03	Realização do Exame Físico por Enfermeiros Durante a Admissão dos Pacientes.
---	---	---	<b>2007</b>
04	01	04	Escrita Médica: dificuldades criadas para a prática de enfermagem.
05	02	05	Fatores de Risco mais Frequentes no Desenvolvimento de Úlcera por Pressão no Idoso.
06	03	06	Sinais Vitais: contribuições para a assistência de enfermagem na ótica dos exercentes.
07	04	07	Técnica de Aferição da Pressão Arterial: conhecimentos de docentes do ensino superior e técnico de enfermagem.
08	05	08	Úlcera por Pressão: cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento a pacientes acamados.
---	---	---	<b>2008</b>
09	01	09	Ações Desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem para Prevenção de Úlceras por Pressão.
10	02	10	Adesão da Enfermagem às Técnicas de Higiene Corporal em Pacientes Restritos ao Leito em Unidade de Terapia Intensiva em João Pessoa-PB.
11	03	11	Úlcera de pressão: percepção do enfermeiro quanto ao índice de ocorrência.
12	04	12	Tratamento de feridas com solução anti-séptica: nível de conhecimento entre profissionais de enfermagem.

Fonte: pesquisa direta.

Conforme exposto no Quadro 1, a produção de TCC da área temática de Semiologia redundou na elaboração de 12 trabalhos monográficos, chamando atenção, a princípio, o fato de que não houve nenhum TCC abordando tema da área no ano de 2005. Os anos seguintes, 2006 com 03; 2007 com 05 e 2008 com 04, perfazendo o total de 12 trabalhos na área.



A discussão dos resultados deste estudo foi baseada puramente nos achados apontados, não havendo a possibilidade da sua confrontação com resultados de estudos similares, uma vez que a busca por tais estudos nas redes de pesquisa resultou infrutífera.

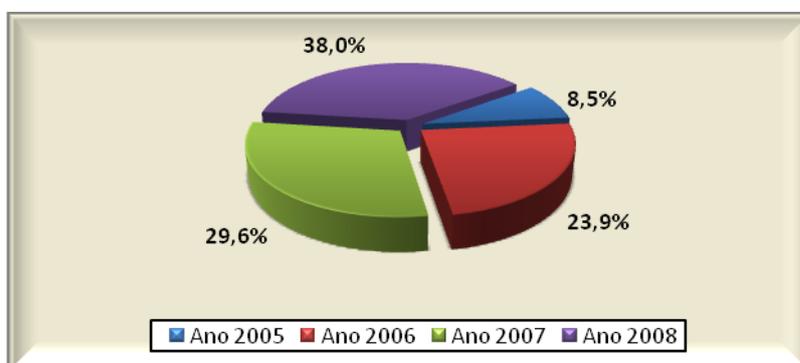
**Quadro 2 – Administração Aplicada à Enfermagem**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
13	01	01	Conhecimento e Opinião de Enfermeiros sobre Auditoria em Enfermagem no Município de João Pessoa-PB.
14	02	02	Estresse Ocupacional de Profissionais de Enfermagem em Atividade Hospitalar.
15	03	03	Graduados em Enfermagem: percepção e expectativas quanto à área de atuação profissional.
16	04	04	Humanização da Assistência pela Equipe de Enfermagem Hospitalar sob a Óptica do Cliente.
17	05	05	Impacto das Licenças por Acidentes de Trabalho para a Produtividade de uma Indústria de Alimentos.
18	06	06	Síndrome de <i>Burnout</i> em Profissionais de Enfermagem.
---	---	---	<b>2006</b>
19	04	07	A Atuação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições Hospitalares na Cidade de João Pessoa-PB.
20	05	08	Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre os Riscos Advindos do Trabalho.
21	06	09	Doação de Órgãos: dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional quando da coleta de órgãos para doação.
22	07	10	Educação Permanente em Saúde: conhecimento e vivência de um grupo de estudantes de graduação em enfermagem.
23	08	11	Educação Permanente na FACENE: construindo caminhos para implementações.
24	09	12	Enfermagem Científica Paraibana: trajetória histórica e situação atual.
25	10	13	Home Care: estratégia de atenção à saúde.
26	11	14	Humanização na Assistência de Enfermagem ao Paciente em Fase Terminal.
27	12	15	Motivação no Trabalho em Enfermagem: estudo comparativo entre instituições hospitalares pública e privada.
28	13	16	O Trabalho de Enfermagem na Área Hospitalar e os Riscos Envolvidos.
29	14	17	Utilização da Comunicação como Fator Facilitador da Aprendizagem de Universitários de Faculdades Privadas.
---	---	---	<b>2007</b>
30	06	18	Conhecimentos e o Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPIS) pelos Profissionais de Enfermagem em um Hospital Público.
31	07	19	Doença Ocupacional: ocorrência e conhecimento dos trabalhadores de uma mineradora de gipsita acerca da pneumoconiose a que é susceptível.
32	08	20	O Planejamento Estratégico Situacional Aplicado a uma Unidade de Saúde da Família.
33	09	21	Percepção de Enfermeiros sobre a Atuação do seu Conselho Profissional.
---	---	---	<b>2008</b>
34	05	22	Auditoria de Enfermagem nas Operadoras de Planos de Saúde: qualidade na assistência ou custo benefício?
35	06	23	Auditoria nos Registros de Enfermagem nos Prontuários de Pacientes Internados em uma Instituição Pública Hospitalar.
36	07	24	Humanização do Atendimento na Visão dos Profissionais de Saúde.
37	08	25	Manejo de Resíduos Pós-Consumo em uma Instituição Privada da Rede

			Hospitalar.
38	09	26	Perfil dos Acidentes de Trabalho em Enfermagem no Hospital e Maternidade Padre Alfredo Barbosa: Cabedelo/PB.
39	10	27	Trajatória Histórica do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho.

O volume de escolhas dos alunos para a segunda área temática foi bem mais expressivo, conforme exposto no quadro precedente: 6 trabalhos em 2005; 11 em 2006; 4 em 2007; e 6 em 2008, perfazendo 27 o total de trabalhos da área.

A área de Administração Aplicada à Enfermagem reveste-se de importância fundamental para o exercício profissional, constituindo-se em importante conteúdo de capacitação para a gestão de equipes, aspecto obrigatório para a prática do(a) enfermeiro(a).



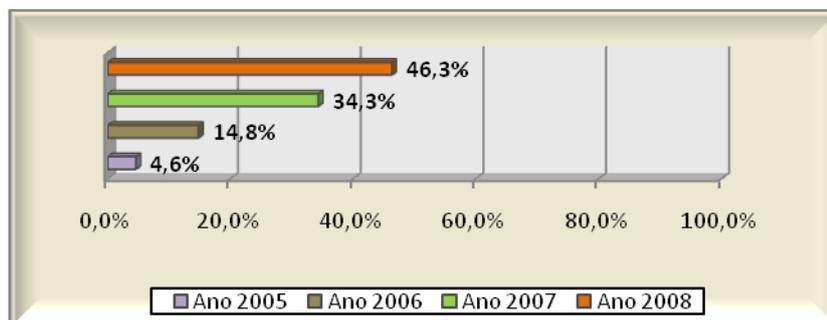
**Quadro 3 – Enfermagem em Saúde Coletiva**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
40	07	01	A Assistência à Saúde da População Masculina nos Programas de Atenção Básica do Município de Pau D'Alho-PE.
41	08	02	A Importância de Implantação de uma Unidade de Saúde da Família num Bairro de Classe Média Alta de João Pessoa.
42	09	03	Atuação do Enfermeiro no Programa Saúde da Família no Município de João Pessoa.
43	10	04	Caracterização Clínico-Epidemiológica de Indivíduos Hipertensos Assistidos numa Unidade de PSF.
44	11	05	Caracterização da População Diabética Atendida numa Unidade de Saúde da Família no Município de João Pessoa-PB.
---	---	---	<b>2006</b>
45	15	06	A Importância do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Programa Saúde da Família na Percepção do Enfermeiro.
46	16	07	Análise do Conhecimento do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre a Importância da Vacinação Frente às Doenças Imunopreveníveis.
47	17	08	A Remanescência da Tuberculose Caracterizada pela Implantação do Programa de Saúde da Família no Município de Limoeiro-PE.
48	18	09	Assistência das Equipes de Saúde da Família ao Portador de Hanseníase no Município de Lagoa do Carro-PE.
49	19	10	Caracterizando o Perfil do Enfermeiro da Rede Básica de Saúde do Município de Bayeux-PB.

50	20	11	Condiloma Acuminado: conhecimento e relatos de uma população masculina em João Pessoa-PB.
51	21	12	Controle Social: na visão de enfermeiros que atuam nos Programas de Saúde da Família do Município de Guarabira-PB.
52	22	13	Doenças Sexualmente Transmissíveis: conhecimentos e comportamento sexual de adolescentes de Instituições de Ensino Médio Público e Particular da cidade de João Pessoa-PB.
53	23	14	Participação Masculina na Contracepção: opinião de mulheres do Renascer II.
54	24	15	Políticas Públicas de Saúde para Portadores de Hepatite C em João Pessoa-PB: uma análise crítica.
55	25	16	Satisfação dos Usuários de um Serviço de Saúde SUS.
---	---	---	<b>2007</b>
56	10	17	Ações Educativas no PSF: depoimento de usuários portadores de diabetes mellitus.
57	11	18	A Família e sua Vivência com o Alcoolismo.
58	12	19	Análise dos Conhecimentos dos Enfermeiros nas Ações de Vigilância Epidemiológica para o Controle da Hanseníase nas Unidades de Saúde da Família no Bairro de Mangabeira em João Pessoa-PB.
59	13	20	A Prática da Automedicação Entre Estudantes da Área de Enfermagem.
60	14	21	Assistência dos Enfermeiros do Programa Saúde da Família do Distrito Sanitário III na Ótica da Integralidade.
61	15	22	Conhecimento das Equipes de Saúde da Hanseníase no Município de Alagoa Grande.
62	16	23	Conhecimentos Sobre o Exame Preventivo do Câncer de Próstata em um Grupo de Policiais.
63	17	24	Educação em Saúde: análise das práticas relacionadas à tuberculose em Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa-PB.
64	18	25	Formação dos Acadêmicos de Enfermagem Acerca da Prescrição Medicamentosa.
65	19	26	Hanseníase: percepções dos agentes comunitários de saúde.
66	20	27	Integralidade: um desafio para os profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família no controle da tuberculose.
67	21	28	Percepção da Qualidade da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica à Luz de Usuários de Cabedelo-PB.
68	22	29	Percepção do Usuário da USF Bancários sobre o Controle Social e a Participação no SUS.
69	23	30	Perfil da Microbiota Transitória nas Mãos da Equipe de Enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família na Cidade de Cabedelo-PB.
70	24	31	Práticas Educativas Relacionadas à Dengue nas Unidades de Saúde da Família no Município de João Pessoa-PB.
71	25	32	Prevalência de Alcoolismo em Adolescentes.
72	26	33	Profissão Gari: uma análise quantitativa do processo saúde-doença.
73	27	34	Riscos, Benefícios e Problemas de Saúde Relacionados ao Meio Ambiente na Ótica dos Ribeirinhos do Rio Sanhauá.
74	28	35	Tabagismo: conhecimento e uso entre doadores de sangue.
75	29	36	Tabagismo: conhecimento e uso entre os universitários da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.
76	30	37	Visita Domiciliar: percepção dos profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família no município de Casinhas-PE.
---	---	---	<b>2008</b>
77	11	38	A Resistência dos Homens em Realizar o Exame de Toque Digital.
78	12	39	Atuação dos Profissionais de Unidades de Saúde da Família Frente ao Tratamento da Tuberculose no Município de Goiana-PE.
79	13	40	Automedicação entre Usuários de Saúde do PSF do Município de Conceição-PB.
80	14	41	Caracterizando o Perfil do Enfermeiro da Rede Básica de Saúde do Município de Bayeux-PB.
81	15	42	Conhecimento das Equipes de Saúde da Família Sobre Hanseníase no

			Município de Alagoa Grande/PB.
82	16	43	DST's: atuação dos profissionais em Unidades de Saúde da Família Itaquitinga-PE.
83	17	44	Estratégia Saúde da Família e as Ações Desenvolvidas para o Controle do HIV/AIDS no Município de Baía da Traição-PB.
84	18	45	Levantamento das Ações Educativas Desenvolvidas pelos Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família.
85	19	46	Perfil Clínico de Clientes com Hemorragia Digestiva Alta Causada por Úlcera Péptica no Município de João Pessoa/PB.
86	20	47	Qualidade de Vida dos Estudantes de Enfermagem da Faculdade Nova Esperança Sob o Olhar dos Mesmos.
87	21	48	Satisfação dos Usuários de um Serviço de Saúde SUS.
88	22	49	Tuberculose: ações de controle em Unidades de Saúde da Família na Ótica do Enfermeiro.
89	23	50	Tuberculose: ações de controle na atenção básica no município de Cabedelo-PB.

A seguir, são caracterizados os trabalhos da área de Saúde Coletiva, que se mostram como uma das mais importantes opções temáticas, com alta incidência de escolha pelos formandos: foram identificados 05 (cinco) trabalhos no ano de 2005; 11 em 2006; 21 em 2007; e 13 em 2008, perfazendo 50 trabalhos no total da área.



A área de Saúde Coletiva engloba múltiplas possibilidades investigativas, sob múltiplos aspectos da organização da rede de saúde e dos parâmetros assistenciais à comunidade, o que possibilita a intensificação do interesse dos pré-concluintes, futuros profissionais, para realizar estudos que abordem as estratégias do SUS, nos seus três níveis de atenção.

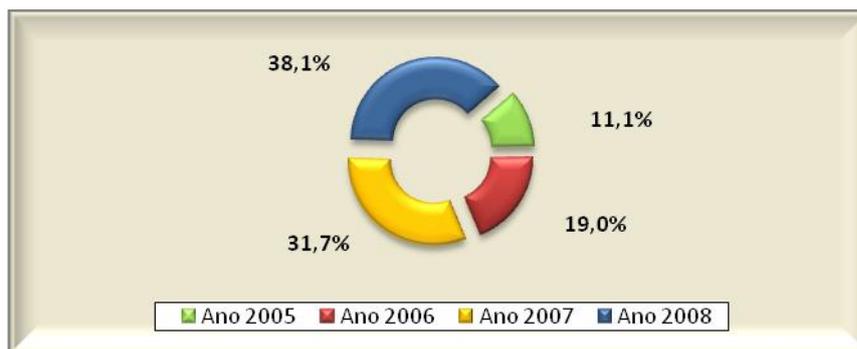
#### Quadro 4 – Metodologia da Assistência de Enfermagem

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
90	12	01	Construção de uma Proposta de Assistência de Enfermagem para Portadores do Mal de Alzheimer.
91	13	02	Diagnóstico de Enfermagem em Clientes Portadores de Doenças Ortopédicas.
92	14	03	Identificação do Déficit de Autocuidado em Mulheres Portadoras de HIV/AIDS.

93	15	04	Proposta de Plano Assistencial para Pacientes Submetidos a Hemodiálise.
94	16	05	Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente Acometido por Leptospirose.
95	17	06	Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente em Tratamento Quimioterápico Antineoplásico.
96	18	07	Terapêutica Domiciliar para Hemofílico: proposta de intervenção de Enfermagem Segundo a NANDA, NIC, NOC.
---	---	---	<b>2006</b>
97	26	08	Diagnósticos de enfermagem em pacientes com Malária: uma proposta de intervenções de enfermagem.
98	27	09	Diagnósticos de Enfermagem mais Frequentes em Pacientes Acometidos por Sepse à Luz do Modelo de Callista Roy.
99	28	10	Identificação de Déficit de Autocuidado em Portadores de Diabetes Mellitus.
100	29	11	Identificação do Déficit de Autocuidado em Mulheres Portadoras de HIV-AIDS.
101	30	12	Principais Diagnósticos de Enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.
---	---	---	<b>2007</b>
102	31	13	Aplicação do Processo de Enfermagem a Pacientes Acometidos por Hematórax Utilizando NANDA, NIC e NOC.
103	32	14	Aplicação do Processo de Enfermagem: percepção de enfermeiros assistenciais em João Pessoa-PB.
104	33	15	Construção de uma Proposta de Assistência de Enfermagem para Portadores do Mal de Alzheimer.
105	34	16	Diagnósticos de Enfermagem mais Frequentes em Pacientes Vítimas de Traumatismo Crânio-Encefálico.
106	35	17	Identificação de Déficit de Autocuidado em Portadores de Tuberculose Multiresistente.
107	36	18	Risco para infecção: fatores de riscos mais frequentes em pacientes submetidos a hemodiálise.
108	37	19	Sistematização da Assistência de Enfermagem a uma Paciente Portadora do HPV Atendida no PSF do Município de Monteiro.
109	38	20	Volume Excessivo de Líquido: características definidoras mais frequentes no paciente em hemodiálise.
---	---	---	<b>2008</b>
110	24	21	Aplicação de um Instrumento de Coleta de Dados em Pacientes Hospitalizados na Fase Pré-Operatória.
111	25	22	Identificação de Diagnósticos de Enfermagem em Crianças com Desnutrição Energético-Proteica Atendidas nas Unidades de Saúde da Família de Trindade-PE.
112	26	23	Sistematização da Assistência de Enfermagem a Neonatos com Cardiopatia Congênita: uma proposta de cuidado.
113	27	24	Sistematização da Assistência de Enfermagem: visão de profissionais de enfermagem de uma maternidade.

Fonte: pesquisa direta.

A área temática seguinte, Metodologia da Assistência de Enfermagem, teve o total de 24 (vinte e quatro) trabalhos produzidos, dos quais 7 no ano de 2005; 5 no ano de 2006; 8 no ano de 2007; e 4 no ano de 2008.



Esta área, que desenvolve conteúdos fundamentais para estruturação da assistência sistematizada de enfermagem, implementa conteúdos relacionados às metodologias, taxonomias, e teorias do âmbito profissional, possibilitando o exercício da crítica reflexiva sobre as necessidades dos usuários, famílias e comunidades; tem papel importante para o aperfeiçoamento das competências dos futuros enfermeiros.

Tais conteúdos são ministrados com base em toda a literatura relevante da área, bem como em dispositivos regulatórios (Resolução COFEN 358/ 2009), e despertam o interesse dos alunos como forma de auferir altos padrões de qualidade à assistência de enfermagem.

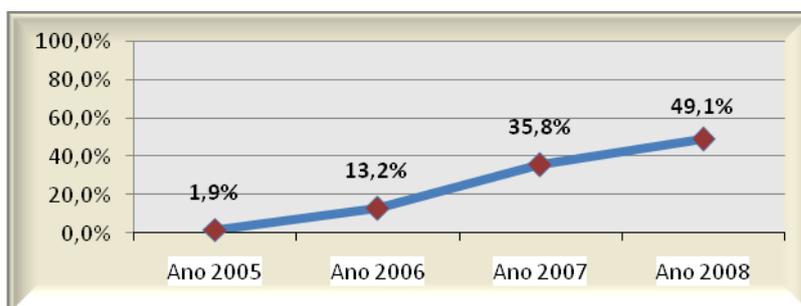
**Quadro 5 – Enfermagem Cirúrgica**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
114	19	01	Avaliação de Feridas pelos Enfermeiros Assistenciais de Instituições Hospitalares da Rede Pública.
---	---	---	<b>2006</b>
115	31	02	Comparação da Prática da Degermação das Mãos da Equipe de Centro Cirúrgico com a Literatura.
116	32	03	Construção de Protocolo para Tratamento de Feridas.
117	33	04	Doação de Órgãos: percepção de acadêmicos de Enfermagem e Medicina de uma faculdade privada de João Pessoa-PB.
118	34	05	Elaboração de Protocolo para Realização de Curativo Cirúrgico.
119	35	06	Identificação das Atividades Laborais de Enfermeiras que Atuam em Centro Cirúrgico.
120	36	07	Principais Diagnósticos de Enfermagem na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.
---	---	---	<b>2007</b>
121	39	08	Analisando o Tratamento de Feridas em Hospitais.
122	40	09	Atuação do Enfermeiro no Controle de Infecção na Rede Hospitalar da Cidade de João Pessoa.
123	41	10	Conhecimentos e Satisfação de Pessoas Submetidas a Cirúrgica Bariátrica.
124	42	11	Diagnóstico de Enfermagem na Visita Pré-Operatória de Pacientes Ortopédicos.
125	43	12	Dor Fantasma do Membro Amputado em Pacientes com Diabetes Mellitus.

126	44	13	Humanização: análise da percepção da equipe de enfermagem no centro cirúrgico em um Hospital do Município de Barbalha-CE.
127	45	14	Identificação de Microorganismos Relacionados ao Reprocessamento do Látex Após Esterilização em um Hospital no Município de João Pessoa.
128	46	15	Mastectomia Bilateral: vivência de mulheres através da história oral.
129	47	16	Paramentação Cirúrgica: expectativa dos discentes do curso de graduação de enfermagem sobre esta prática.
130	48	17	Participação do Enfermeiro no Controle e Manipulação de Drenos.
131	49	18	Risco para Infecção de Sítio Cirúrgico em Pacientes Oncológicos: o olhar dos profissionais de enfermagem.
132	50	19	Visita pré-operatória: percepções dos enfermeiros do bloco cirúrgico de um hospital.
---	---	---	<b>2008</b>
133	28	20	Colostomia: alterações apresentadas por seus portadores.
134	29	21	Humanização do Atendimento ao Paciente Idoso no Centro Cirúrgico.
135	30	22	O Enfermeiro Frente ao Paciente com EmpiemaPleural.
136	31	23	Práticas de Profissionais de Enfermagem em Centro de Material e Esterilização na Prevenção de Acidentes de Trabalho na Cidade de Uiraúna-PB.
137	32	24	Prática e Documentação: participação da enfermagem na prevenção de infecção do sítio cirúrgico.
138	33	25	Tratamento de Feridas com Solução Anti-Séptica: nível de conhecimento entre profissionais de enfermagem.
139	34	26	Visita Pré-Operatória: percepções dos enfermeiros do bloco cirúrgico de um hospital.

Fonte: pesquisa direta.

Foi surpreendente a quantidade de trabalhos produzidos na área de Enfermagem Cirúrgica. Como tema que, tradicionalmente, tem se constituído em foco prioritário de interesse dos enfermeiros em eventos locais e nacionais de enfermagem, esperava-se preponderância da sua escolha pelos alunos da IES, o que, contudo, não se verificou: foram produzidos 26 TTCs, sendo 1 no ano de 2005; 6 em 2006; 12 em 2007; e 7 trabalhos em 2008.



**Quadro 6 – Enfermagem Clínica**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
140	20	01	AIDS: conhecimento e comportamentos de risco em alunos do ensino médio de Escola Pública do Município de Caaporã-PB.
141	21	02	AIDS: conhecimento e acolhimento afetivo de indivíduos acometidos.
142	22	03	Análise dos Conhecimentos de Pacientes Diabéticos sobre a Prevenção

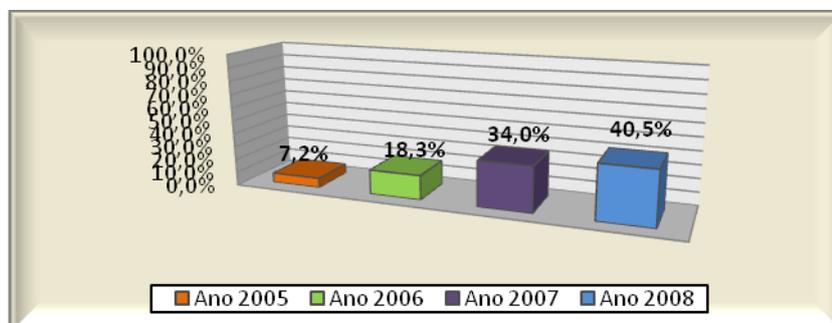
			de Lesões nos Pés.
143	23	04	Câncer de Próstata: concepção de homens com relação ao exame preventivo.
144	24	05	Controle da Tuberculose: caracterização clínico-epidemiológica dos casos de abandono numa instituição de referência.
145	25	06	Dor no Paciente Oncológico: avaliação da intensidade e proposta de assistência de enfermagem.
146	26	07	Eutanásia: o olhar de estudantes de Graduação em Enfermagem.
147	27	08	HIV/AIDS: influência da ONG "Missão Nova Esperança" na vida de portadores assistidos.
148	28	09	Leucemia Linfóide: caracterização clínico-epidemiológica de casos em uma instituição de referência em Doenças neoplásicas.
149	29	10	Leucemia Mielóide: caracterização clínico-epidemiológica de casos em uma instituição de referência em doenças neoplásicas.
150	30	11	O Perfil de Portadores de Diabetes Mellitus Atendidos em uma Unidade de Saúde da Família.
---	---	---	<b>2006</b>
151	37	12	Anemia Falciforme: caracterização clínico-epidemiológica dos casos atendidos no Hemocentro da Paraíba.
152	38	13	Atuação da Equipe de Enfermagem Junto ao Portador Renal Crônico em Hemodiálise.
153	39	14	A Atuação do Enfermeiro no Regime Terapêutico de Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus Inseridos no Programa Saúde da Família do Curimataú Paraibano.
154	40	15	A Remanescência da Tuberculose Caracterizada pela Implantação do Programa de Saúde da Família no Município de Limoeiro-PE
155	41	16	Asma Brônquica: conhecimento e atitudes de portadores assistidos no Serviço de Saúde no Município do Conde-PB.
156	42	17	Aspectos Epidemiológicos e Transmissão da Tuberculose em Profissionais de Enfermagem.
157	43	19	Comprometimento da Auto-Imagem do Paciente Crônico Renal Submetido à Hemodiálise.
158	44	20	Controle do Diabetes Mellitus: a atuação do enfermeiro em equipe de saúde da família.
159	45	21	Diabetes Mellitus 2 e o seu Impacto para o Estilo de Vida dos Portadores.
160	46	22	Fé como Prática Popular de Cura: história oral de vida.
161	47	23	Hanseníase: conhecimentos de acadêmicos de enfermagem.
162	48	24	Hanseníase: conhecimentos e experiências de um Grupo de Portadores.
163	49	25	HIV/AIDS: vivência de familiares de portadores assistidos em uma ONG.
164	50	26	Identificação dos Fatores de Risco e Prevenção do Câncer de Próstata.
165	51	27	Novos Hábitos de Vida de Pacientes Pós-Infarto Agudo no Miocárdio: revisão de literatura.
166	52	28	O Bem Estar de Paciente com Mieloma Múltiplo: influência das emoções na visão de cuidadores.
---	---	---	<b>2007</b>
167	51	29	Abandono do Tratamento da Tuberculose Dentro da Estratégia DOTS.
168	52	30	Ações de Controle da Hanseníase na Percepção dos Portadores e seus Familiares.
169	53	31	Ações de Controle da Tuberculose em uma Unidade Prisional do Município de João Pessoa-PB, na Percepção dos Profissionais.
170	54	32	Adoecer de Tuberculose: percepção e sentimentos de indivíduos acometidos.
171	55	33	Análise da Assistência Prestada ao Portador de Hepatite C.
172	56	34	Análise do Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre a Tuberculose em uma Instituição de João Pessoa-PB.
173	57	35	Caracterizando o Perfil Epidemiológico dos Hemotransfundidos de um Serviço Público de João Pessoa-PB.
174	58	36	Caracterização Epidemiológica da Tuberculose no Município de Cajazeiras-PB no Período de 2000 a 2005.

175	59	37	Caracterização Epidemiológica de Tuberculose Pulmonar Positiva no Município de Goiana-PE.
176	60	38	Colangite Esclerosante Primária: relato de casos.
177	61	39	Conhecendo a Relação Familiar <i>Versus</i> Portador de Alzheimer.
178	62	40	Conhecimento das Ações de Enfermagem Voltadas para os Pacientes Neurológicos Hospitalizados.
179	63	41	Conhecimento dos Cuidadores de Pacientes em Uso de Quimioterápicos para Tratamento de Câncer.
180	64	42	Conhecimento dos Portadores de HIV/AIDS sobre Infecção e Reinfecção no Município de Lucena-PB.
181	65	43	Convivências com Portadores de Mal de Parkinson: relatos de familiares.
182	66	44	Entre o (Des)Cuidado do Outro e de Si: ser enfermeiro com riscos para doença cardíaca coronariana.
183	67	45	Estilo de Vida e Fatores de Risco de Hipertensão Arterial em Adultos Jovens.
184	68	46	Hanseníase: conhecimentos e experiências de pacientes assistidos em uma instituição de referência no município de João Pessoa.
185	69	47	Hemodiálise: descrevendo a vivência de indivíduos em tratamento e seu significado.
186	70	48	O Fator Hereditário na Urolitíase: revisão sistemática.
187	71	49	Perfil Clínico de Pacientes Acometidos de Acidente Vascular Cerebral.
188	72	50	Tuberculose em uma Unidade Prisional de João Pessoa-PB: ações de controle sob a ótica dos detentos.
189	73	51	Uso de Plantas Medicinais no Combate à Parasitose Humana.
190	74	52	Vivenciando o Câncer de Próstata: sentimento, desafios e expectativas do indivíduo acometido.
---	---	---	<b>2008</b>
191	35	53	Acesso ao Diagnóstico de Tuberculose em Unidades Prisionais.
192	36	54	Conhecimento dos Acadêmicos de Enfermagem Acerca da Sífilis Congênita.
193	37	55	Levantamento Clínico e Epidemiológico de Casos de Tuberculose/AIDS em uma Unidade de Referência 2006-2007.
194	38	56	Diabetes Mellitus: compreensão sobre o estilo de vida dos portadores.
195	39	57	Dificuldades Encontradas Pelos Pacientes Diabéticos no Controle Glicêmico em uma Unidade de Saúde do Município de João Pessoa-PB.
196	40	58	Perfil Epidemiológico de Pacientes Acometidos por Acidente Vascular Cerebral em um Hospital Privado de João Pessoa-PB.
197	41	59	Perfil Epidemiológico dos Casos de Dengue Hemorrágica Notificados no Município de João Pessoa-PB.
198	42	60	Reutilização de Seringas e Agulhas por Pacientes Insulino-Dependentes.
199	43	61	Sentimentos e Reações de Familiares na Vivência com Portadores da Doença de Alzheimer.
200	44	62	Tuberculose: caracterização epidemiológica de abandono numa instituição de referência.

Fonte: pesquisa direta.

A área de Enfermagem Clínica também se revestiu de caráter preferencial, com a produção de 62 trabalhos: 11 trabalhos em 2005; 17 em 2006; 24 em 2007 e 10 em 2008. Esta área consiste em fundamento básico para a formação do enfermeiro, que deve dominar os conhecimentos pertinentes, que são relativos à assistência a portadores de patologias clínicas.

Inclui, portanto, a formação sobre as patologias clínicas mais prevalentes na nossa realidade, objetivando instrumentalizar o aluno para a tomada de decisão acurada durante a sua prática profissional.



**Quadro 7 – Enfermagem em Saúde da Mulher, Obstetrícia e Neonatal**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
201	31	01	Aborto Legal: conhecimento dos enfermeiros sobre realização desta prática na cidade de João Pessoa.
202	32	02	A Importância do Aleitamento Materno Exclusivo até o Sexto Mês.
203	33	03	Atuação de Enfermagem a Adolescentes Grávidas no Município de São José do Sabugi-PB.
204	34	04	Atuação de Enfermagem no Puerpério no Programa Saúde da Família no Município de João Pessoa.
205	35	05	Atuação dos Enfermeiros na Assistência ao Pré-Natal do Programa Saúde da Família.
206	36	06	Conhecimentos e Identificação de Fatores de Risco para Desenvolvimento da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG).
207	37	07	Conhecimento e o Uso dos Métodos Anticoncepcionais por Adolescentes Puérperas de uma Maternidade do Município de João Pessoa.
208	38	08	Fatores de Risco para o Câncer de Mama e Exames Preventivos em Docentes de Enfermagem.
209	39	09	Gravidez na Adolescência: perfil das gestantes atendidas no Programa Saúde da Família no município de Catolé do Rocha-PB.
210	40	10	Incidência de Ovário Policístico em Mulheres com Idade Reprodutiva.
211	41	11	O Cuidar do Recém-Nascido a Termo na Visão da Puérpera.
212	42	12	Parto Humanizado: vivência das mulheres assistidas na Maternidade do Instituto General Edson Ramalho-IHGER.
213	43	13	Perfil das Mulheres Portadoras de Endometriose que Estão em Tratamento em um Núcleo de Serviços Especiais.
214	44	14	Registro do Câncer de Colo de Útero no Estado da Paraíba: um estudo retrospectivo.
215	45	15	Reprodução Assistida: prática de fertilização <i>in vitro</i> no estado da Paraíba.
---	---	---	<b>2006</b>
216	53	16	Análise de Incidência do Câncer Cérvico Uterino no Município de Cuité-PB.
217	54	17	Análise do Índice de Aleitamento Materno Exclusivo em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Cabedelo-PB.
218	55	18	Aspectos Psicossociais de Mulheres Mastectomizadas na Reconstrução Mamária Imediata e Tardia.
219	56	19	Assistência de Enfermagem a Pacientes com Câncer de Colo de Útero

			em Radioterapia: sob a ótica das usuárias.
220	57	20	Assistência de Enfermagem na Promoção e Prevenção do Câncer de Colo de Útero nas Equipes de Saúde da Família da Comunidade Padre Zé I e III em João Pessoa-PB.
221	58	21	Assistência Pré-Natal: perfil de consultas realizadas no município de Itaporanga no período de 2001 a 2005.
222	59	22	Banco de Leite Humano Anita Cabral: um exemplo de profissionais que buscam o incentivo ao aleitamento materno da Paraíba.
223	60	23	Causas de Desmame Precoce: estudo realizado com mães do PSF de Guarabira-PB.
224	61	24	Conhecimento de Gestantes sobre as Alterações Fisiológicas da Gestação.
225	62	25	Conhecimento de Mulheres sobre Métodos Contraceptivos no Município de João Pessoa-PB.
226	63	26	Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre a Síndrome de Hellp.
227	64	27	Conhecimento e Prática de Gestantes Sobre o Teste Anti-HIV em uma Unidade Básica de Saúde.
228	65	28	Depressão Pós-Parto: conhecimento de gestantes e uso da temática entre profissionais de saúde na consulta pré-natal em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB.
229	66	29	Depressão Pós-Parto e a Assistência de Enfermagem: uma revisão de literatura.
230	67	30	Entendimento de Gestantes sobre Eclampsia no Programa Saúde da Família-PSF.
231	68	31	Entendimento de Nutrizes Acerca do Aleitamento Materno em um Serviço de Referência.
232	69	32	Evolução de Recém Nascidos Pré-Termo Inseridos no Método Mãe Canguru.
233	70	33	Exames Laboratoriais: um auxílio à prática dos enfermeiros na assistência pré-natal.
234	71	34	Experiências e Expectativas de Gestantes que Apresentaram Toxemia em uma Gestação Anterior.
235	72	35	Fatores Determinantes do Desmame Precoce em Comunidades Assistidas pelo Programa de Saúde da Família no Município de Cabedelo-PB.
236	73	36	Feminização da AIDS: conhecimento e práticas de mulheres soropositivas sobre a reinfecção e as medidas preventivas para o HIV.
237	74	37	Gravidez na Adolescência: relação com o baixo peso ao nascer.
238	75	38	Humanização da Assistência de Enfermagem a Partir do Olhar das Primíparas.
239	76	39	Incidência da Doença Hipertensiva Específica da Gravidez em Gestantes Adolescentes.
240	77	40	Mastite Puerperal: análise das práticas de aleitamento materno como fator desencadeante.
241	78	41	Método Mãe Canguru: cotidiano de mães acompanhantes de recém nascidos prematuros.
242	79	42	Morte Materna: percepção de médicos e enfermeiros de uma maternidade pública de João Pessoa-PB.
243	80	43	O Conhecimento das Puérperas Acerca da Prevenção dos Distúrbios da Lactação.
244	81	44	O Cuidar de Enfermagem na Visita Domiciliar: olhar da puérpera.
245	82	45	Participação de Gestantes na Realização do Teste Anti-HIV em uma Maternidade Pública.
246	83	46	Participação Masculina na Contracepção: opinião de mulheres do Renascer II.
247	84	47	Partilhando a Experiência de Ser Mãe e Adolescer no Município de Pedras de Fogo-PB: história oral temática.
248	85	48	Parto Humanizado: conhecimento de profissionais de enfermagem

			referente à temática no Hospital Municipal e Maternidade Padre Alfredo Barbosa-Cabedelo-PB.
249	86	49	Parto Natural x Cesariana: recuperação pós-parto em primíparas.
250	87	50	Percepção das Gestantes Acerca do Pré-Natal Realizado pelo Enfermeiro em uma Unidade de Saúde da Família.
251	88	51	Percepção de Enfermeiros Acerca da Anticoncepção de Emergência: conhecimentos e atitudes.
252	89	52	Percepção de Profissionais de Saúde sobre o Uso de Fórceps numa Maternidade Pública da Cidade de João Pessoa-PB.
253	90	53	Perfil de Adolescentes Grávidas Atendidas nas Unidades de PSF do Distrito IV do Município de João Pessoa.
254	91	54	Perfil Epidemiológico da Mulher com Câncer de Mama.
255	92	55	Prevenção do Câncer do Colo Uterino: percepção de adolescentes inseridas no ensino médio da rede pública.
256	93	56	Prevenção do Câncer de Mama na Concepção das Mulheres Cadastradas no Programa Saúde da Família.
257	94	57	Satisfação de Mulheres com o Uso da Esterilização Cirúrgica Feminina.
258	95	58	Sentimentos e Reações de Mães Frente ao Resultado de Anomalia Fetal e/ou Congênita no Estado da Paraíba.
259	96	59	Testagem e Aconselhamento para HIV no Pré-Natal de Baixo Risco.
260	97	60	Tétano Materno e Neonatal: uma reflexão sobre a cobertura vacinal em mulheres com idade fértil no estado da Paraíba no período de 2001 a 2005.
261	98	61	Toxemia Gravídica: conhecimento e atitudes de mulheres portadoras.
262	99	62	Verbalização de Gestantes Diabéticas sobre a sua Patologia Acompanhadas em um Serviço de Pré-Natal de Alto Risco.
---	---	---	<b>2007</b>
263	75	63	A Assistência do Binômio Mãe-Filho: condutas de enfermagem desenvolvidas no Programa Saúde da Família-PSF.
264	76	64	Abortamento: causas, significado e sentimentos de mulheres atendidas numa unidade de referência.
265	77	65	A Comunicação no Processo de Amamentação à Luz de Puérperas.
266	78	66	A Dor do Parto na Visão de Primigestas.
267	79	67	A Importância da Nutrição na Gestação: avaliação do índice de massa corporal por semana gestacional.
268	80	68	Aleitamento Materno Exclusivo: análise de uma Unidade de Saúde da família de Itaquitinga-PE.
269	81	69	Aleitamento Materno: dificuldades enfrentadas por adolescentes primíparas na amamentação do recém-nascido.
270	82	70	Aleitamento Materno: investigando a realidade em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Cabedelo-PB.
271	83	71	Aleitamento Materno: opinião das gestantes da Unidade de Saúde da Família Poço do Município de Cabedelo.
272	84	72	Aleitamento Materno: visão de gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Brejo Santo-CE.
273	85	73	Amamentação: a experiência de primíparas acerca do aleitamento materno.
274	86	74	Amamentação: dificuldades enfrentadas por um grupo de profissionais de enfermagem na volta ao trabalho.
275	87	75	Análise das Ações do Programa de Saúde da Mulher: relato de enfermeiros de Unidades de Saúde da Família.
276	88	76	Análise do Comportamento Sexual de Mulheres Gestantes de uma maternidade no Município de João Pessoa.
277	89	77	A Percepção de Puérperas na Vivência da Dor no Parto.
278	90	78	A Síndrome da Tensão Pré-Menstrual e sua Interferência no Cotidiano da Mulher.
279	91	79	Aspectos Psicossociais e Fisiopatológicos que Levam ao Desmame Precoce.
280	92	80	Assistência de Enfermagem à Adolescente Gestante.

281	93	81	Assistência Pré-Natal pelo Enfermeiro: olhar das gestantes.
282	94	82	Avaliação da Conduta do Enfermeiro Frente à Gestante com o Quadro de Pré-Eclâmpsia.
283	95	83	A Vivência da Sexualidade Feminina no Período Gestacional: à luz da história oral temática.
284	96	84	Câncer de Mama: fatores de risco, práticas preventivas e ações de enfermagem em mulheres da Unidade Básica de Saúde no município de Cabedelo-PB.
285	97	85	Caracterização de Mulheres com HPV no Município de Monteiro-PB.
286	98	86	Caracterização Epidemiológica e Comportamental de Mulheres Mastectomizadas no Município de Campina Grande-PB.
287	99	87	Causas do Desmame Precoce e o Conhecimento das Mães Acerca das Vantagens do Aleitamento Materno Exclusivo.
288	100	88	Conhecimento das Gestantes Usuárias de uma Unidade de Saúde da Família Sobre Vírus da Imunodeficiência Humana e AIDS.
289	101	89	Conhecimentos de Profissionais de Saúde sobre Parto Humanizado no Município de Goiana-PE.
290	102	90	Conhecimento e Opinião dos Profissionais de Saúde Acerca da Humanização no Atendimento à Gestante.
291	103	91	Consulta Pré-Natal de Enfermagem à Gestante Adolescente nas Unidades de Saúde da Família: visão de enfermeiros.
292	104	92	Cuidados de Enfermagem ao Recém nascido: opinião de um grupo de mães.
293	105	93	Desmame Precoce em Nutrizes de uma Unidade de Saúde da Família de Brejo do Cruz-PB.
294	106	94	Depressão Pós-Parto: uma revisão de literatura.
295	107	95	Detecção Precoce de Câncer Cérvico-Uterino: dificuldades enfrentadas por mulheres para realizar o exame citopatológico.
296	108	96	Dificuldades Enfrentadas no Processo do Aleitamento Materno por Mães de Crianças com Síndrome de Down.
297	109	97	Dificuldades na Amamentação em primíparas em uma Maternidade de João Pessoa.
298	110	98	Estudo Comparativo da Incidência da DHEG em Adolescentes e em Mulheres Acima de Trinta e Cinco Anos.
299	111	99	Evolução Ponderal do RN Prematuro no Método Canguru: avaliação documental.
300	112	100	Exame Citológico: visão da enfermagem sobre a importância do exame preventivo.
301	113	101	Fatores Determinantes da Infertilidade Feminina: um estudo bibliográfico.
302	114	102	Fatores que Influenciam a Prática do Aleitamento Materno em Puérperas.
303	115	103	Fatores que Influenciaram Mulheres no Desenvolvimento da Depressão Pós-Parto.
304	116	104	Gestação e HIV: conhecimento de gestantes soropositivas sobre a transmissão vertical do HIV.
305	117	105	Grau de Satisfação de Puérperas em Relação à Assistência de Enfermagem ao Parto em uma Maternidade Pública.
306	118	106	Hipotireoidismo na Gestação: visão dos enfermeiros e médicos das Unidades de Saúde da Família.
307	119	107	HIV/AIDS: revelando sentimentos e atitudes de mulheres soropositivas cuidadoras de filhos vítimas da transmissão vertical.
308	120	108	HIV: conhecimentos e atitudes das gestantes frente ao exame anti-HIV.
309	121	109	HPV: conhecimentos e atitudes de mulheres numa perspectiva de prevenção da disseminação e câncer de colo de útero.
310	122	110	Humanização do Parto: vivência das mulheres assistidas em uma maternidade.
311	123	111	Incidência de Papilomavírus-HPV em Mulheres da Cidade de João Pessoa <i>Versus</i> Câncer Uterino no Ano de 2006.
312	124	112	Indicações da Videohisteroscopia em Mulheres Atendidas em um Hospital da Rede Privada em João Pessoa-PB.

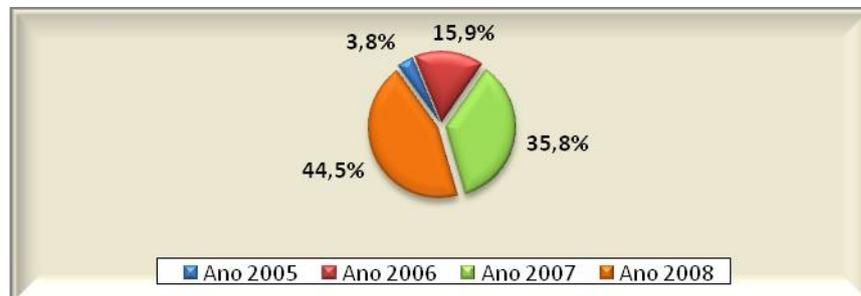
313	125	113	Interrupção da Gravidez em Caso de Anencefalia: visão de profissionais de saúde em uma maternidade de João Pessoa-PB.
314	126	114	Lei do Acompanhamento a Parturientes: analisando a viabilidade de seus pressupostos em maternidades de João Pessoa-PB.
315	127	115	Mãe Canguru: o olhar das mães de recém nascidos pré-termo acerca do método.
316	128	116	Método Mãe Canguru: vivência de mães cuidando de recém-nascidos prematuros.
317	129	117	O Atendimento de Urgência à Gestante Traumatizada.
318	130	118	O Papel do Enfermeiro na Prevenção do Câncer de Mama em Unidades de Saúde da Família.
319	131	119	Opinião e Prática da Amamentação entre Mães Atendidas em uma Unidade de Saúde da Família de Cabedelo-PB.
320	132	120	Paternidade: sentimentos e vivências em uma população masculina de Cabedelo-PB.
321	133	121	Participação do Pai no Acompanhamento Pré-Natal, Parto e Nascimento: relato de uma população masculina.
322	134	122	Percepção da Gravidez Pré-Conjugal em Adolescentes Atendidas em um Maternidade Pública do Município de João Pessoa.
323	135	123	Percepção das Adolescentes Primíparas Acerca do Cuidado com o Recém-Nascido em uma Unidade de Saúde da Família.
324	136	124	Percepção de Gestantes sobre Assistência de Enfermagem em um Serviço de Pré-Natal de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Santa Rita-PB.
325	137	125	Perfil Clínico-Epidemiológico de Mulheres em Idade Fértil Portadoras da Síndrome do Ovário Policístico.
326	138	126	Perfil de Gestantes Diabéticas Atendidas em uma Maternidade de João Pessoa.
327	139	127	Prematuridade e Baixo Peso entre Gestantes Adolescentes Primíparas.
328	140	128	Prematuridade: sentimentos e expectativas de mães cuidadoras.
329	141	129	Prevalência da Candidíase em Mulheres Atendidas em uma Unidade de Saúde da Família no Município de João Pessoa-PB.
330	142	130	Prevalência da Tensão Pré-Menstrual em um Grupo de Mulheres no Município de João Pessoa-PB.
331	143	131	Prevenção do Câncer de Colo Uterino: fontes de informação e percepção do citológico na visão de mulheres.
332	144	132	Puerpério: prática da amamentação de recém-nascido prematuro.
333	145	133	Relato de Gestantes Acerca da Sífilis Congênita no PSF do Município de Cabedelo-PB.
334	146	134	Repercussões do Pré-Natal de Primigestas na Redução das Complicações da Pré-Eclâmpsia.
335	147	135	Sentimentos e Reações de Mulheres Vítimas da Violência Sexual.
336	148	136	Significado e Dificuldades das Mulheres para Realização do Exame de Papanicolau em uma Unidade de Saúde da Família.
337	149	137	Síndrome do Ovário Policístico: vivência e a influência de fatores genéticos em portadoras.
338	150	138	Violência Contra a Mulher: uma realidade latente.
339	151	139	Visão de Profissionais da Área de Saúde sobre Síndrome do Alcoolismo Fetal.
340	152	140	Vivência de Mulheres Mastectomizadas Através da História Oral.
---	---	---	<b>2008</b>
341	45	141	Adesão das Mães ao Método Canguru.
342	46	142	A Gestante no Universo da Sexualidade.
343	47	143	Alcoolismo Feminino: ações na atenção básica.
344	48	144	Aleitamento Materno: conhecimento das puérperas em uma Unidade de Saúde no município de Cajazeiras-PB.
345	49	145	Aleitamento Materno: conhecimento de gestantes em um serviço de referência em amamentação no município de João Pessoa.
346	50	146	Aleitamento Materno Exclusivo: prática do aleitamento materno com

			mães universitárias.
347	51	147	A Mastectomia por Outro Prisma: percepção de parceiros numa perspectiva de gênero.
348	52	148	Análise de Assistência de Enfermagem Prestada às Mulheres Atendidas pelo Programa de Planejamento Familiar em uma Unidade de Saúde da Família.
349	53	149	Avaliação da Consulta de Enfermagem na Assistência Pré-Natal.
350	54	150	Benefício Nutricional do Leite Materno na Saúde do Lactente.
351	55	151	Caracterização Clínica Epidemiológica de Mulheres com Diabetes Gestacional Assistidas em uma Unidade de Referência.
352	56	152	Conhecimento de Gestantes RH Negativo Sobre a Doença Hemolítica Perinatal (Eritroblastose Fetal).
353	57	153	Conhecimento de Mulheres Sobre o Climatério.
354	58	154	Conhecimentos e Experiências de Mulheres com HPV Assistidas em uma Instituição de Referência no Município de João Pessoa-PB.
355	59	155	Conhecimento e Uso de Métodos Contraceptivos em Adolescentes Grávidas.
356	60	156	Depressão Pós-Parto Segundo a Ótica das Gestantes.
357	61	157	Dificuldades Enfrentadas por Gestantes Adolescentes.
358	62	158	Gravidez na Adolescência: perfil das gestantes adolescentes em uma maternidade pública de João Pessoa.
359	63	159	Humanização no Trabalho de Parto e Parto.
360	64	160	Incidência e Perfil de Mulheres Portadoras do HPV Atendidas no Centro de Diagnóstico do Câncer no Município de João Pessoa-PB.
361	65	161	Mastectomia: significado e sentimentos de mulheres que vivenciaram o procedimento da cirurgia.
362	66	162	Uso de Álcool na Gestaçãõ: investigação da prática em gestantes no pré-natal de baixo risco.
363	67	163	Percepção de Adolescentes Grávidas em Relação à Importância do Acompanhamento de Pré-Natal por Enfermeiros.
364	68	164	Percepção de Enfermeiros sobre a Importância do Pré-Natal no Primeiro Trimestre Gestacional.
365	69	165	Percepção de gestantes sobre a Assistência de Enfermagem no Pré-Natal em uma Unidade de Saúde da Família.
366	70	166	Perfil de Mulheres HIV/AIDS Atendidas no Complexo Hospitalar Clementino Fraga no Município de João Pessoa-PB.
367	71	167	Pré-Natal: avaliação do preparo de primigestas para vivenciar a gravidez e o trabalho de parto.
368	72	168	Pré-natal: caracterização de gestantes atendidas em uma maternidade de João Pessoa.
369	73	169	Pré-Natal: satisfação das gestantes em relação às consultas realizadas pela enfermeira.
370	74	170	Satisfação de Mulheres Submetidas a Cirurgia plástica de Mama.
371	75	171	Sentimentos e Expectativas de Primíparas Frente ao Trabalho de Parto e Nascimento.
372	76	172	Síndrome Pré- Menstrual: implicações na vida diária de mulheres.
373	77	173	Testagem e Aconselhamento para HIV no Pré-Natal de Baixo Risco.
374	78	174	Um Olhar sobre os Sentimentos de Mulheres Diante da Mastectomia.

Fonte: pesquisa direta.

A sétima área de produção enfocada reuniu os temas relacionados à Enfermagem em Saúde da Mulher, Obstetrícia e Neonatal. Talvez por este agrupamento, caracterizou-se como a área de maior número de trabalhos produzidos, conforme apresentado. Durante todos os anos, houve a opção temática

dos alunos por estes temas: 15 trabalhos no ano de 2005; 47 no ano de 2006; 78 em 2007; e 34 em 2008, perfazendo o total de 174 monografias.



**Quadro 8 – Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente**

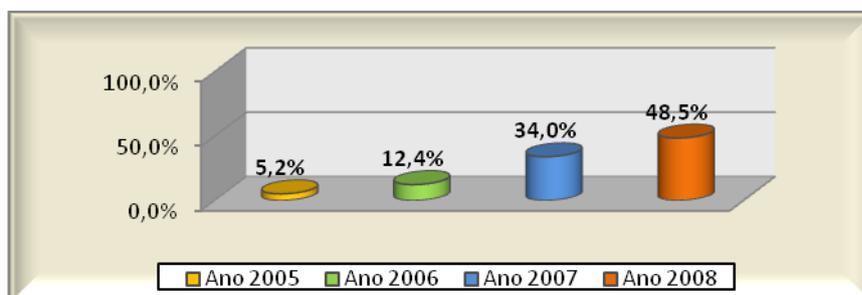
Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
375	46	01	A Enfermeira no Processo de Educação em Saúde de Crianças em Creche: visão de um grupo de profissionais.
376	47	02	A Atuação da Enfermagem na Vacinação em Crianças Menores de 01 ano.
377	48	03	A Terapia da Alegria como Instrumento de Recuperação da Criança em um Hospital Pediátrico do Município de João Pessoa.
378	49	04	Leucemia: caracterização de crianças de 0 a 10 anos atendidas no Instituto de Hematologia no ano de 2004.
379	50	05	Queimaduras em Crianças: caracterização de uma população de 0 a 18 anos atendidas em um hospital da rede pública.
---	---	---	<b>2006</b>
380	100	06	A pele do Neonato em Fototerapia: revisão de periódicos.
381	101	07	Avaliação dos Cuidados Desenvolvidos por Mães de Crianças Portadoras de Diabetes Tipo I.
382	102	08	Conhecimento de Enfermeiros sobre Depressão na Adolescência.
383	103	09	O Impacto das Mães diante do Nascimento de uma Criança com Síndrome de Down.
384	104	10	O Uso do Brinquedo Terapêutico como Estratégia de Humanização da Assistência de Enfermagem à Criança Hospitalizada: análise da realidade em hospitais públicos de João Pessoa.
385	105	11	Percepção de Adolescentes com Insuficiência Renal Crônica Sobre o Tratamento de Diálise Peritoneal.
386	106	12	Síndrome do Alcoolismo Fetal: conhecimento de um grupo de enfermeiros do PSF no município de João Pessoa.
---	---	---	<b>2007</b>
387	153	13	A Importância da Educação em Saúde para Adolescentes Grávidas da Comunidade Assistidas pelo Projeto Cidade Viva.
388	154	14	Alcoolismo na Adolescência: incidência do uso de bebidas alcoólicas em uma instituição de ensino fundamental e médio.
389	155	15	Avaliação da Dor no Recém-Nascido: um cuidado sob o olhar da enfermagem.
390	156	16	Câncer Infantil: revelando conhecimentos e sentimentos de responsáveis e cuidadores.
391	157	17	Caracterização de Adolescentes Vítimas de Arma de Fogo Atendidos em um Hospital público de João Pessoa-PB.
392	158	18	Conhecendo a Infância com HIV: sentimentos e expressões chaves de crianças soropositivas e cuidadores na Missão Nova Esperança.
393	159	19	Conhecimento de Profissionais de Educação do Ensino Fundamental a

			Respeito do Fenômeno Bullying.
394	160	20	Conhecimento e Atitudes do Enfermeiro diante da Violência Contra a Criança e o Adolescente em Unidades de Saúde da família.
395	161	21	Depressão na Adolescência: conduta de enfermagem no Programa Saúde da Família.
396	162	22	Diabetes Mellitus Tipo I: conhecimentos e atitudes de adolescentes portadores.
397	163	23	Doenças Transmissíveis pelo beijo: conhecimento e comportamento entre adolescentes.
398	164	24	Fatores Associados a Cardiopatia Congênita em Neonatos: um estudo retrospectivo.
399	165	25	Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana em Adolescentes de uma Comunidade Evangélica.
400	166	26	Intervenções do Enfermeiro na Consulta à Criança Atendida no Programa Saúde da Família no Município de Conceição-PB.
401	167	27	O Enfrentamento da Criança com Câncer: vivência da hospitalização.
402	168	28	Proposta de uma Cartilha Informativa sobre o Fenômeno Bullying para Profissionais de Educação.
403	169	29	Reações Adversas da Vacina DPT em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Cabedelo-PB.
404	170	30	Revelando Realidades do Cuidar de Filho Autista: história oral de vida de mães cuidadoras.
405	171	31	Sentimentos e Reações de Mães com Filhos Portadores de Síndrome de Down.
406	172	32	Vivência da Dor em Crianças e Adolescentes com Câncer: percepção de mães.
407	173	33	Vivenciando a Hemodiálise: história oral de adolescentes.
---	---	---	<b>2008</b>
408	79	34	Adaptação dos Sentimentos das Mães Frente ao Diagnóstico de Autismo do Filho: estudo baseado na Teoria de Roy.
409	80	35	A Educação Sexual na Prevenção das DST/AIDS em Adolescentes Grávidas.
410	81	36	Assistência de Enfermagem ao Recém-Nascido de Alto Risco Submetido a Transporte Inter-Hospitalar.
411	82	37	Consumo de Bebidas Alcoólicas por Estudantes do Ensino Médio de uma Escola do Município de Coremas-PB.
412	83	38	Diabetes Mellitus: conhecimento dos alunos de uma Escola Pública na Cidade de João Pessoa-PB.
413	84	39	Diabetes Mellitus na Infância: relato de mães cuidadoras.
414	85	40	Estudo Etiológico da Diarréia e o Conhecimento Materno Sobre a Doença em Crianças de 0 a 5 Anos.
415	86	41	Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Anorexia: um estudo entre adolescentes.
416	87	42	Fatores que Levam os Adolescentes a Fazer Uso de Drogas Ilícitas.
417	88	43	Herpes Labial: conhecimentos de adolescentes em uma Escola Pública da Cidade de Manaíra-PB.
418	89	44	Identificação de Fatores Desencadeantes da Síndrome da Angústia Respiratória Aguda em Recém Nascidos.
419	90	45	Importância da Inclusão da Orientação Sexual nas Escolas para a Prevenção das DST's/HIV/AIDS.
420	91	46	O Papel do Enfermeiro na Prevenção da Obesidade Infantil no Programa Saúde da Família.
421	92	47	Queimaduras em crianças: sentimentos e expectativas de familiares.

Fonte: pesquisa direta.

A área de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, a oitava, também surpreendente. Esperava-se uma maior aderência dos alunos à temática,

que a caracterizasse como uma das maiores áreas de produção de trabalhos. A produção dos mesmos foi de 5 no ano de 2005; 7 no ano de 2006; 21 em 2007; e 14 em 2008, que se constituiu, no total, quarta área de maior produção, com 47 trabalhos.

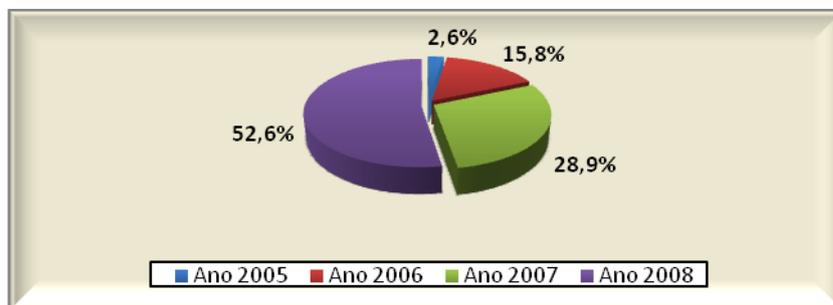


**Quadro 9 – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
422	51	01	Uso de Álcool por Universitários do Município de João Pessoa-Pb.
---	---	---	<b>2006</b>
423	107	02	Atuação de Enfermeiros no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na Cidade de João Pessoa-PB.
424	108	03	Esquizofrenia: conhecendo o processo saúde doença de doentes mentais em uma instituição psiquiátrica pública de João Pessoa.
425	109	04	Percepção da Saúde Mental de Profissionais de Enfermagem em um Complexo Psiquiátrico no Município de João Pessoa-PB.
426	110	05	Rir é o Melhor Remédio: doses terapêuticas de alegria.
427	111	06	Visita Domiciliar de Enfermagem: estratégia de reinserção do doente mental.
---	---	---	<b>2007</b>
428	174	07	Alcoolismo: fatores que levam o indivíduo ao uso contínuo de bebidas alcoólicas.
429	175	08	Ansiedade: conhecimento e sintomas em pré-concluintes de enfermagem de uma IES privada.
430	176	09	Caracterização do Perfil da População de Risco para Tentativa de Suicídio.
431	177	10	Identificar a Depressão em Indivíduos com Diagnóstico de Transtorno Mental em Instituição Psiquiátrica de Referência no Ano de 2005.
432	178	11	Transtorno do Pânico em Pessoas do Sexo Masculino e os Fatores que Dificultam sua Vida Social.
---	---	---	<b>2008</b>
433	93	12	A Doença Mental na Perspectiva de Familiares.
434	94	13	Alcoolismo: percepção e sentimentos de indivíduos acometidos.
435	95	14	Características de Internações em uma Clínica Psiquiátrica de João Pessoa-PB.
436	96	15	Conhecimento dos Enfermeiros de PSF sobre a Síndrome do Pânico na Cidade de Cabedelo-PB.
437	97	16	Desafios dos Familiares no Acompanhamento de Idosos Portadores de Demência.
438	98	17	O Conhecimento do Enfermeiro Sobre a Reforma Psiquiátrica.
439	99	18	Percepção da Importância da Humanização em um Hospital Psiquiátrico de João Pessoa à Luz de Profissionais de Saúde.

440	100	19	Tentativa de Suicídio: análise da experiência vivenciada por homens a partir de seus relatos.
441	101	20	Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas Entre Jovens Atendidos em um Hospital Psiquiátrico no Município de João Pessoa-PB.

A Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria teve, em termos comparativos, uma pequena produção de trabalhos. Esta temática configura-se, mesmo durante a ocasião do desenvolvimento das atividades práticas, uma área que recebe a adesão de pequena parte dos alunos. A produção de trabalhos na área foi de: 1 trabalho no ano de 2005; 5 em 2006; 5 em 2007; e 9 em 2008, com total de 20 monografias.



Fonte: pesquisa direta.

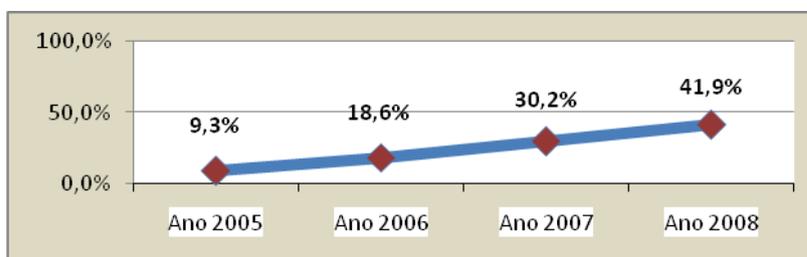
#### Quadro 10 – Enfermagem em Urgências e Emergências

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
442	52	01	Assistência de Enfermagem: perfil da clientela portadora de doenças cardiovasculares atendidas no serviço de urgência e emergência.
443	53	02	Caracterização Epidemiológica dos Casos de TCE Provocados por Acidentes de Motocicletas num Hospital de urgência e Emergência no Município de João Pessoa.
444	54	03	Perfil do Enfermeiro do serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU: estudo realizado no estado da Paraíba.
445	55	04	Perfil dos Pacientes Atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de urgência (SAMU) em João Pessoa-PB.
---	---	---	<b>2006</b>
446	112	05	A Atuação do Enfermeiro no Processo de Manutenção do Potencial Doador de Órgãos para Transplante: cuidados básicos.
447	113	06	Atuação do Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU na Cidade de João Pessoa.
448	114	07	Necessidade de Informação do Acadêmico de Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar.
449	115	08	O Perfil do Enfermeiro na Assistência de Emergência: caso do SAMU João Pessoa.
---	---	---	<b>2007</b>
450	179	09	Aspectos Clínicos e Epidemiológicos do TCE no Município de João Pessoa-PB.
451	180	10	Doação de Órgãos: manual de condutas de enfermagem na manutenção do possível doador de órgãos.

452	181	11	Parada Cardiorrespiratória Pós-Traumática: atuação de socorristas do corpo de bombeiros no município de João Pessoa-PB
453	182	12	Perfil Profissional do Enfermeiro na Assistência ao Paciente em uma Unidade de Urgência e Emergência.
454	183	13	Trajatória Histórica das Instituições que Lidam com a Prática do Atendimento Pré-Hospitalar na Cidade de João Pessoa-PB.
---	---	---	<b>2008</b>
455	102	14	Captção de Órgãos para Transplantes pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): discurso de profissionais de saúde que atuam no setor.
456	103	15	Central de Transplante: estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para uma abordagem humanizada à família de uma potencial doador.
457	104	16	Morbi-Mortalidade por Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) no Município de João Pessoa-PB.
458	105	17	Perfil Epidemiológico e Clínico de Pacientes com Traumatismo Raquimedular em um Hospital do Município de João Pessoa.
459	106	18	Proposta de Instrumentos para Manejo da Dor na Área de Urgência.

Fonte: pesquisa direta.

A temática Enfermagem em Urgências e Emergências, relacionada à disciplina ministrada no sétimo período letivo, constitui-se em conteúdo planejado para a construção de competências específicas, e teve a produção total de 18 trabalhos, assim distribuídos: 4 no ano de 2005; 4 em 2006; 5 em 2007; e 5 em 2008.



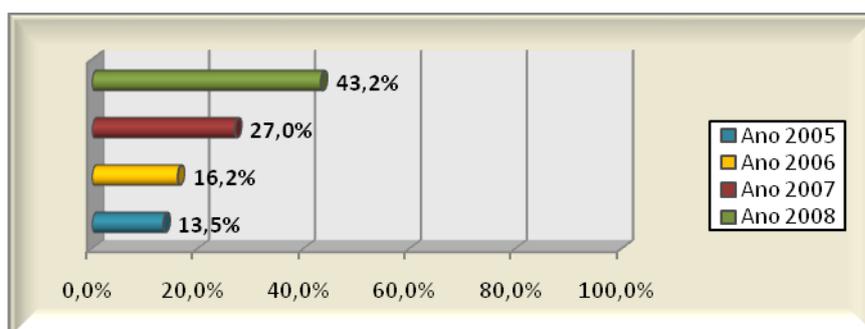
**Quadro 11 – Enfermagem em Terapia Intensiva**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
460	56	01	Avaliação da Técnica do Banho no Leito Praticada em uma UTI de um Hospital Público da Cidade de João Pessoa-PB.
461	57	02	Enfermagem em uma Unidade de Tratamento de Queimaduras da Cidade de João Pessoa: um estudo exploratório.
462	58	03	Fatores Estressantes e Dificuldades Vivenciadas pela Equipe de Enfermagem do CTI na Prestação da Assistência Humanizada.
463	59	04	Ocorrência de Úlcera de Pressão em Pacientes da UTI: um olhar da enfermagem.
464	60	05	Perfil Epidemiológico das Vítimas por Trauma Atendidas em CTI Adulto de um Hospital Público no Município de João Pessoa-PB.
---	---	---	<b>2006</b>
465	116	06	Internamentos em UTI: depoimentos dos familiares sobre estes momentos.
---	---	---	<b>2007</b>
466	184	07	Cuidados de Enfermagem a Pacientes em Uso de Ventilação Mecânica na

			Unidade de Terapia Intensiva.
467	185	08	Perfil Profissional do Enfermeiro na Assistência ao paciente em um Centro de Terapia Intensiva.
468	186	09	Recém nascido Prematuro em UTI Neonatal: relato de experiência de mãe cuidadora.
469	187	10	Sentimentos de Mães de Recém-Nascidos Prematuros numa UTI Neonatal.
---	---	---	<b>2008</b>
470	107	11	Adesão da Enfermagem às Técnicas de
471	108	12	Apoio a Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva.
472	109	13	Identificação de Riscos Ocupacionais em Profissionais de Enfermagem com Atividade Laboral em Unidade de Terapia Intensiva.
473	110	14	Indicadores Clínicos para o Balanço Hídrico de Pacientes Críticos.
474	111	15	Manejo Colaborativo da Enfermagem no Processo Assistencial ao Paciente Submetido a Terapia Hemodialítica.
475	112	16	O Cuidar do Indivíduo em Unidade Coronariana: atuação e percepção do enfermeiro assistencial.

Fonte: pesquisa direta.

A produção de trabalhos da décima primeira área, de Enfermagem em Terapia Intensiva, foi também motivo de surpresa, pois, por tratar-se de conteúdo vinculado ao uso de recursos tecnológicos avançados, a nosso ver, causa encantamento e interesse dos alunos e, por isso, esperava-se maior adesão temática. A produção foi de 16 trabalhos, sendo 5 em 2005; 1 em 2006; 4 em 2007 e 6 em 2008.

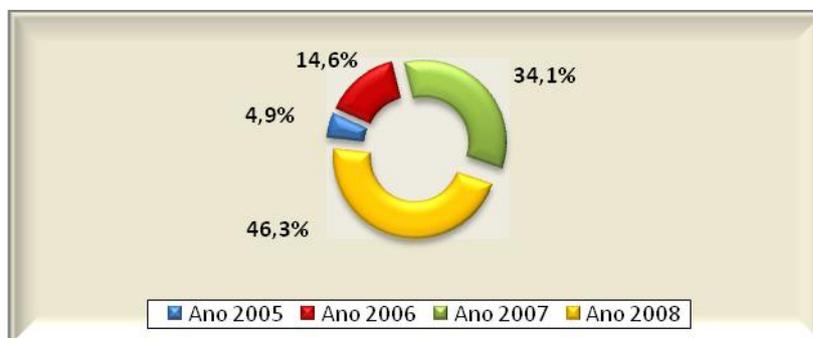


**Quadro 12 – Enfermagem Geriátrica e Gerontológica**

Nº TOTAL	Nº POR ANO	Nº POR ÁREA	TÍTULOS
---	---	---	<b>2005</b>
476	61	01	Hipertensão Arterial Entre Idosos: planejamento estratégico no controle da medicação anti-hipertensiva.
477	62	02	O Saber e o Fazer do Paciente Idoso Hospitalizado sobre Infecção Hospitalizar.
478	63	03	Perfil da População Idosa de uma Unidade de Saúde da Família no Município de Cabedelo-PB.
479	64	04	Significado da Sexualidade na Terceira Idade: um estudo realizado a partir da visão do idoso.
---	---	---	<b>2006</b>

480	117	05	Assistência de Enfermagem ao Idoso no Programa de Saúde da Família (PSF).
481	118	06	Atividades de Lazer: sua importância na saúde do idoso.
482	119	07	Influência da Atividade Física no Processo de Envelhecimento.
483	120	08	O Olhar do Idoso Atendido na Unidade de Terapia Intensiva Sobre sua Privacidade.
484	121	09	Os Cuidados da Enfermagem aos Idosos Pós AVC no Retorno ao Domicílio: revisão sistemática.
485	122	10	Perfil Sócio-Econômico e de Saúde dos Idosos Atendidos no Instituto de Previdência do Município de João Pessoa-PB.
486	123	11	Problemas de Saúde na População de Idosos: uma análise quantitativa na Unidade de Saúde da Família Jardim Miramar I no Município de João Pessoa-PB.
487	124	12	Vivência de um Episódio Depressivo em Idosos de uma Instituição Geriátrica na Cidade de João Pessoa-Pb: história oral temática.
---	---	---	<b>2007</b>
488	188	13	Abandono na Terceira Idade: opinião de idosos institucionalizados.
489	189	14	Análise da Assistência Prestada à Pessoa Idosa com Depressão no Âmbito Familiar.
490	190	15	Assistência ao Idoso na Atenção Básica: o olhar da terceira idade.
491	191	16	Caminhos Percorridos pelos Profissionais de Enfermagem no Cuidar do Idoso em um Abrigo.
492	192	17	Doença de Alzheimer: conhecimento dos cuidadores de idoso acerca da doença.
493	193	18	Hipertensão Arterial entre Idosos: conhecimentos e portadores.
494	194	19	HIV/AIDS na Terceira Idade: percepção de portadores.
495	195	20	Idosos em Instituições Asilares: a interface entre religiosidade e depressão.
496	196	21	Levantamento dos Tipos de Violência Contra Idosos Inseridos no Projeto Caminhar no Município de João Pessoa-PB.
497	197	22	Necessidades de Proteção para o Idoso Hipertensivo: da evidência à manifestação.
498	198	23	Opinião dos Idosos Quanto à Depressão na Terceira Idade.
499	199	24	O Universo da Sexualidade na Terceira Idade sob a Ótica dos Idosos.
500	200	25	Percepção do Idoso com Diabetes Mellitus sobre a Assistência de Enfermagem no Programa Saúde da Família de São Lourenço-PB.
501	201	26	Prevalência de Comportamentos de Risco para Doenças Não Transmissíveis em Idosos.
502	202	27	Vivência de Idosos em um Asilo: identificando o impacto da institucionalização para a Saúde Mental.
503	203	28	Vivência em Instituição Asilar: depoimentos de grupo de idosos.
---	---	---	<b>2008</b>
504	113	29	A Família como Cuidadores do Idoso com Alzheimer.
505	114	30	As Alterações das Emoções na Vida das Pessoas na Terceira Idade.
506	115	31	Desgaste de Cuidadores de Idosos Internos no Lar da Previdência Carneiro da Cunha em João Pessoa-PB.
507	116	32	Efeitos do Uso do Álcool na Terceira Idade: opinião dos Idosos.
508	117	33	Hipertensão Arterial Entre Idosos: planejamento estratégico no controle de medicação antihipertensiva.
509	118	34	Perfil Clínico Epidemiológico do Portador de Alzheimer em Instituições Asilares.
510	119	35	Perfil Diagnóstico dos Idosos Assistidos nas Unidades de Saúde da Família na Cidade de Goiana-PE.
511	120	36	Qualidade de Vida do Idoso: contribuição da Secretaria de Políticas Sociais e Cidadania no Município de Goiana-PE.
512	121	37	Saúde do Idoso: ações da equipe de Saúde da Família sobre a óptica do idoso assistido.
513	122	38	Sobrecarga dos Cuidadores do Idoso no Ambiente Doméstico.

A última (décima segunda) área temática, Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, conteúdo ministrado também no sétimo período letivo, apresentou o total de 38 trabalhos: 4 no ano de 2005; 8 em 2006; 16 em 2007 e 10 em 2008.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção inicial de produzir um texto analítico que caracterizasse a opção temática dos alunos para a produção de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC/Monografia), no período de 2005 a 2008, foi plenamente desenvolvida durante a análise apresentada, possibilitando a visualização de um quadro panorâmico da produção dos alunos.

Nos quadros apresentados, pode-se constatar, além dos títulos dos trabalhos e áreas temáticas, os quantitativos produzidos, o total de 513 trabalhos nos quatro anos: 64 em 2005; 124 em 2006; 203 em 2007; 122 em 2008.

Os números de cada área temática específica, conforme já demonstrado nas análises, estabeleceram o *ranking* da aderência dos alunos pelas áreas temáticas. A área que apresentou maior produção de trabalhos foi a sétima, composta pela junção dos conteúdos relacionados à Enfermagem em Saúde da Mulher, Obstetrícia e Neonatologia, que resultou na apresentação de 174 monografias.

Em sequência decrescente, as produções das demais áreas temáticas caracterizaram-se da seguinte forma: em segundo lugar a área de Enfermagem Clínica, com 62 trabalhos; em terceiro, Enfermagem em Saúde Coletiva, com 50; em quarto, Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, com 47; em quinto, Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, com 38; em sexto, Administração Aplicada à Enfermagem, com 27; em sétimo, Enfermagem Cirúrgica, com 26; em oitavo,

Metodologia da Assistência de Enfermagem, com 24; em nono, Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, com 20; em décimo, Enfermagem em Urgências e Emergências, com 18; em décimo primeiro, Enfermagem em Terapia Intensiva, com 16; e em décimo segundo, Enfermagem em Semiologia e Semiotécnica, com 12.

Conforme já anteriormente comentado, os dados resultantes proporcionaram uma nova visão sobre a escolha temática dos alunos, pela constatação de opção dos alunos por áreas de muita importância para a formação do enfermeiro (já esperadas), mas também a estranheza pelo pequeno número de trabalhos em áreas técnicas fundamentais, como foi o caso do pequeno número de trabalhos na área de Semiologia.

Esperamos que este quadro desenvolvido seja ilustrativo para os nossos docentes e alunos, e útil para posteriores análises históricas que serão desenvolvidas.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.
2. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Projeto Pedagógico de Curso. João Pessoa: FACENE; 2011.
3. Marconi M de A, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. 2. reimpr. São Paulo: Atlas; 2008.
4. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23. ed. São Paulo: Cortez; 2007.
5. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Trabalho de conclusão de curso. Manual de Normas e Instruções. João Pessoa: FACENE; 2013.
6. Santos HH. Manual prático para elaboração de projetos, monografias, dissertações e teses na área de saúde. 2. ed. João Pessoa: Universitária; 2004.
7. Carvalho MCM. Construindo o saber: metodologia científica fundamentos e técnicas. 2. ed. Campinas-SP: Papirus; 1999.
8. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 21. ed. São Paulo: Cortez; 2000.
9. Oliveira BMJFO. Conversas sobre normalização de trabalhos acadêmicos. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2007.

10. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
11. Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos; 1998.
12. Teixeira E, Ranieri, MSS. Diretrizes para a elaboração do trabalho de conclusão de curso. 2. ed. Belém: EDUEPA; 2004.
13. Mais monografia. Definições de monografia [texto da internet]. 2012 [Acesso em 2012 ago 20]. Disponível em: <http://www.maismonografia.com.br/definicoes-da-monografia.htm>.
14. Salomão DV. Como se fazer uma monografia [texto da internet]. Monografias. Monografia TCC - como elaborar uma monografia. 2012 [acesso em: 2012 ago 20]. Disponível em: <http://www.chamame.ws/monografias>.
15. Wikipédia, a enciclopédia livre. Monografia [internet]. Idioma em Português [atualizada em 2012 ago 18]; [acesso em: 2012 ago 20]. Monografia; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Monografia>.
16. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Relatórios de defesas de Monografias. Coordenação de Monografias. Coordenação de Curso. João Pessoa; 2005-2008.
17. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2006.
18. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
19. Teixeira E. As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
20. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS CARDÍACAS NO ESTADO DA PARAÍBA: UMA ANÁLISE DE 2008-2009

Salmana Rianne Pereira Alves<sup>1</sup>  
Jogilmira Macêdo Silva<sup>2</sup>  
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas<sup>3</sup>  
Fábia Barbosa de Andrade<sup>4</sup>  
Glaydes Nely Sousa da Silva<sup>5</sup>  
Nereide de Andrade Virgínio<sup>6</sup>

### RESUMO

As doenças cardiovasculares respondem por 20% de todas as mortes no mundo, o que significa mais ou menos 14 milhões por ano. No Brasil, elas estão em terceiro lugar como causa de morte, tendendo a ocupar o primeiro lugar. O Infarto agudo do miocárdio refere-se a um processo dinâmico no qual uma ou mais regiões do músculo cardíaco experimentam diminuição grave e prolongada no suprimento de oxigênio por fluxo sanguíneo coronário insuficiente. O setor público brasileiro é o principal financiador das internações hospitalares. Estima-se que, com variações regionais, 70 a 80% dessas internações sejam financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desse estudo é analisar os indicadores cardiovasculares no que diz respeito às internações hospitalares e óbitos nos anos de 2008-2009 no Estado da Paraíba. Quanto ao tipo de estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem documental e retrospectiva. Para análise dos dados, utilizou-se a ferramenta Tabwin para fins de correlação de frequência. Os dados revelaram pontos de distribuição das doenças como Infarto Agudo do Miocárdio, Doenças Isquêmicas, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Arritmias Cardíacas e outras doenças do coração. O estudo revelou maior concentração de casos na macrorregião de saúde de João Pessoa e Campina Grande, não apenas pela sua história e sua densidade demográfica, mas também pela capacidade instalada das mesmas. Conclui-se que há a necessidade de efetivação de políticas de saúde com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde voltadas a esses agravos, considerando o envolvimento de gestores, profissionais e usuários do SUS e busca de uma melhor qualidade de vida.

**Palavras chaves:** Doenças Cardiovasculares. Epidemiologia. Enfermagem

---

<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. Rua Radialista Antônio Assunção, nº 480. Bancários. João Pessoa-PB. E-mail: sal\_rianne@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da FACENE. E-mail: mira\_\_jp@hotmail.com

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Terapia Intensiva e Ciências da Educação. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da FACENE/FAMENE. E-mail: fabianafqf@hotmail.com.

<sup>4</sup>Enfermeira. Professora doutora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), campus Santa Cruz. E-mail: fabiabarbosabr@yahoo.com.br.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da FACENE. E-mail: glaydesnely@hotmail.com.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem CCS/UFPB. Coordenadora de Curso e Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. Enfermeira concursada do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB.

## INTRODUÇÃO

É sabido que as doenças cardiovasculares vêm ocupando o primeiro lugar nas condições de adoecimento e de morte e isso tem sensibilizado as entidades que planejam as Diretrizes Operacionais da Agenda de Saúde a desenvolverem planos de cuidados.

As doenças cardiovasculares respondem por 20% de todas as mortes no mundo, o que significa mais ou menos 14 milhões por ano. No Brasil, elas estão em terceiro lugar como causa de morte, tendendo a ocupar o primeiro lugar<sup>1</sup>. As doenças cardiovasculares, que incluem o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), as doenças isquêmicas, a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), entre outras são a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>2</sup>, sendo um evento de grande relevância clínica que requer internação hospitalar<sup>3</sup>.

O setor público brasileiro é o principal financiador das internações hospitalares. Estima-se que, com variações regionais, 70 a 80% dessas internações sejam financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O IAM, patologia mais importante nesse grupo, é responsável por 26,5% do total de internações por doença isquêmica do coração<sup>3</sup>.

Embora a taxa de mortalidade por IAM tenha diminuído na última década (cerca de 30%), sua evolução ainda é fatal em 1/3 dos pacientes. Cerca de 50% das mortes por IAM ocorrem na primeira hora do evento e são atribuíveis à arritmia, sendo a mais frequente a fibrilação ventricular<sup>4</sup>. A insuficiência cardíaca é um problema de saúde pública, sendo a principal causa de internação na população de idade maior ou igual a 65 anos. Apesar dos avanços tecnológicos e terapêuticos, trata-se ainda de uma condição de elevada mortalidade<sup>5</sup>.

O mecanismo da doença se dá pela formação de um trombo sobre uma placa aterosclerótica vulnerável, em seguida há um espasmo coronário ou a vasoconstricção do vaso, com isso ocorre a progressão da placa aterosclerótica, acarretando desequilíbrio da oferta e consumo de oxigênio. O diagnóstico do infarto agudo do miocárdio se dá pela história típica de dor precordial, alterações eletrocardiográficas e elevação enzimática<sup>6</sup>.

O controle dos fatores de risco cardiovascular é fundamental para diminuir a prevalência do infarto agudo do miocárdio. Os fatores de risco se dividem, atualmente, em não controláveis, como o envelhecimento e a hereditariedade; e os

controláveis, como tabagismo, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, inatividade física, obesidade e diabetes mellitus<sup>7</sup>.

No campo da assistência hospitalar, em setembro de 2003, o Governo Federal propôs a reestruturação da Atenção de Urgência e Emergência, tendo por carro-chefe o Serviço Móvel de Atendimentos às Urgências e Emergências (SAMU), um serviço de atendimento pré-hospitalar. De acordo com o Ministério da Saúde, o SAMU está implantado em 1.136 municípios, cobrindo cerca de 100 milhões de pessoas, e tem conseguido reduzir o número de óbitos, o tempo de internação e as sequelas decorrentes da falta de atendimento oportuno<sup>8</sup>.

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito no País (32%), especialmente as doenças isquêmicas do coração, que são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita. Assim, partindo da necessidade de avaliação dos resultados e impacto dessa realidade na população paraibana, é que foi realizado esse estudo, cujo objetivo é analisar os indicadores cardiovasculares no que diz respeito às internações hospitalares e óbitos nos anos de 2008-2009 no Estado da Paraíba.

## **CAMINHO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem documental e retrospectiva, realizada através de dados secundários a respeito das internações hospitalares por doenças cardiovasculares do Estado da Paraíba, Brasil.

Esta pesquisa teve como cenário a base de dados referente às internações hospitalares relacionadas aos agravos cardiovasculares (Infarto Agudo do Miocárdio, doenças isquêmicas, Insuficiência Cardíaca Congestiva, arritmias cardíacas, outras doenças do coração) registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) no DATASUS, um banco de dados que disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, e tomadas de decisão baseadas em evidências.

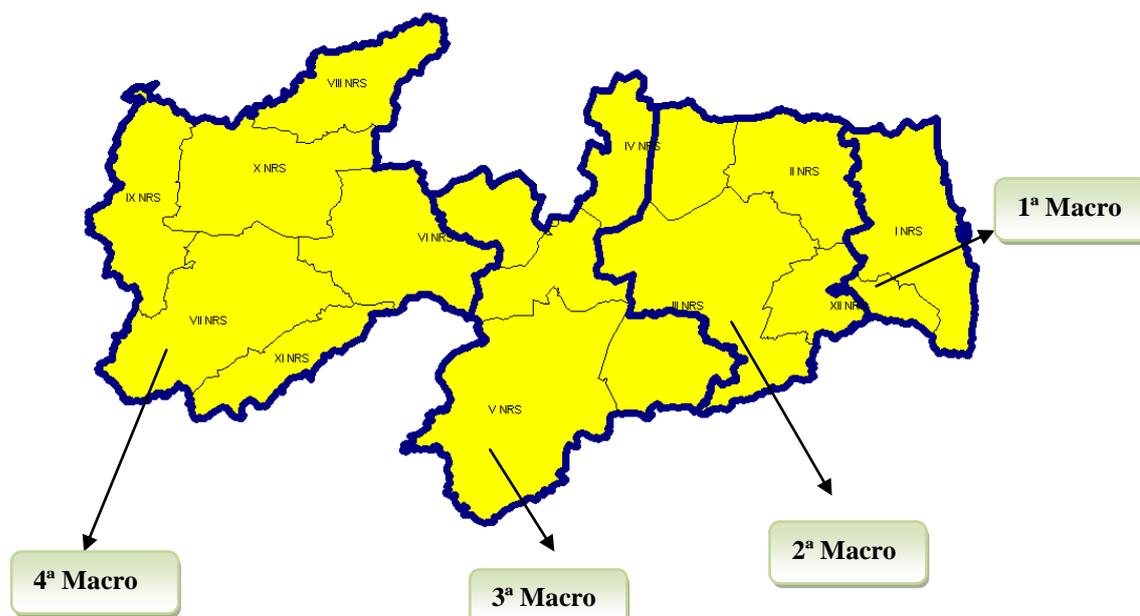
A escolha do local para coleta e análise surgiu da necessidade de mapear os agravos cardiovasculares no Estado da Paraíba e de reorientar o planejamento estratégico no que se refere às doenças cardíacas. A amostra foi composta por todas as internações hospitalares no período de 2008 e 2009 coletadas no SIH.

Para análise dos dados, utilizou-se a ferramenta Tabwin para fins de correlação de frequência e construção de mapas. O aplicativo Tabwin é um tabulador desenvolvido pelo DATASUS/Ministério da Saúde para ser utilizado nas bases nacionais de registros em saúde. Faz a leitura das bases de dados do SUS, analisando os dados referentes aos SUS do ponto de vista univariado.

Os dados foram apresentados em gráficos e mapas e discorridos à luz da literatura pertinente. Para fundamentar as discussões, foram utilizados artigos obtidos na base de dados Scielo e documentos legislativos focados na temática específica. Neste estudo, não foi necessária apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por se tratar de pesquisa em dados secundários, de domínio público, e por não haver relação direta com seres humanos, mas apenas com dados disponíveis no SIH.

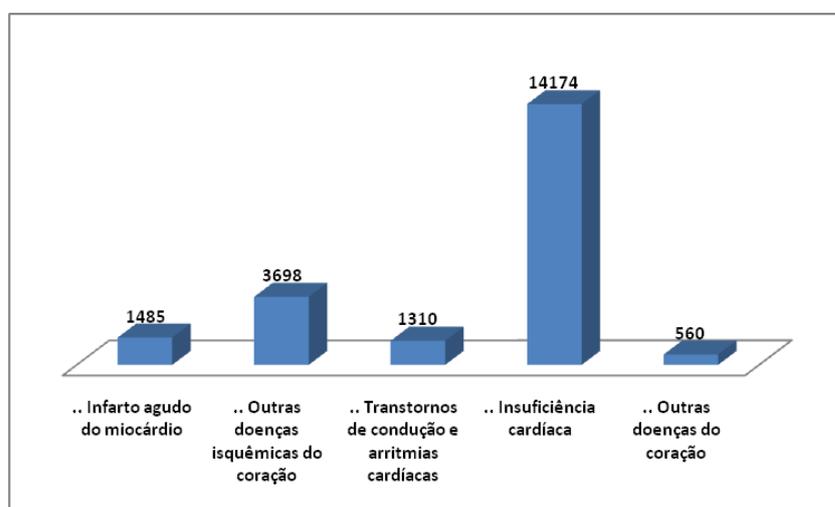
## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para desenvolvimento deste estudo, faz-se necessário realizar uma apresentação das regiões que formam o Estado da Paraíba (PB), para fins de entendimento. O Estado está dividido em 4 macrorregiões de saúde com sedes localizadas na cidade de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa. Ainda é composta por 12 Gerências Regionais de Saúde (GRS), conforme a Figura 1. Cada GRS engloba um conjunto de municípios que se assemelham em características sócio-demográficas e geográficas e cuja rede de saúde precisa possuir o conjunto de serviços que atendam aos usuários com resolutividade, principalmente, os agravos relacionados a afecções cardiovasculares.



**Figura 1** - Distribuição da macrorregião de saúde e Gerenciais Regionais de Saúde, DATASUS (2008-2009). Paraíba, 2010.

No presente estudo, realizou-se uma explanação da taxa de internações hospitalares por agravos cardiovasculares, que revelou um valor aumentado em municípios de João Pessoa e Campina Grande, pois é sabido que a cidade de João Pessoa possui a maior capacidade instalada no tocante à complexidade dos serviços de saúde. Diante dos dados apresentados, não se pode afirmar que os municípios que possuem incidências baixas estejam com bons indicadores, mas não se pode descartar a possibilidade de haver subnotificação dos dados.



**Gráfico 1** - Distribuição da morbidade dos agravos cardiovasculares. DATASUS (2008-2009), Paraíba, 2010.

No Gráfico 1, pode-se observar a distribuição da morbidade dos agravos cardiovasculares entre os anos de 2008-2009 no estado da Paraíba. Houve prevalência da insuficiência cardíaca em relação aos demais agravos, com número de 14.147 internações durante os anos citados. Já outras doenças isquêmicas do coração tiveram o número de 3.698 internações. O infarto agudo do miocárdio vem em terceiro lugar com 1.485 internações. Os transtornos de condução e arritmias cardíacas e outras doenças do coração tiveram 1.310 e 560 internações respectivamente<sup>9</sup>.

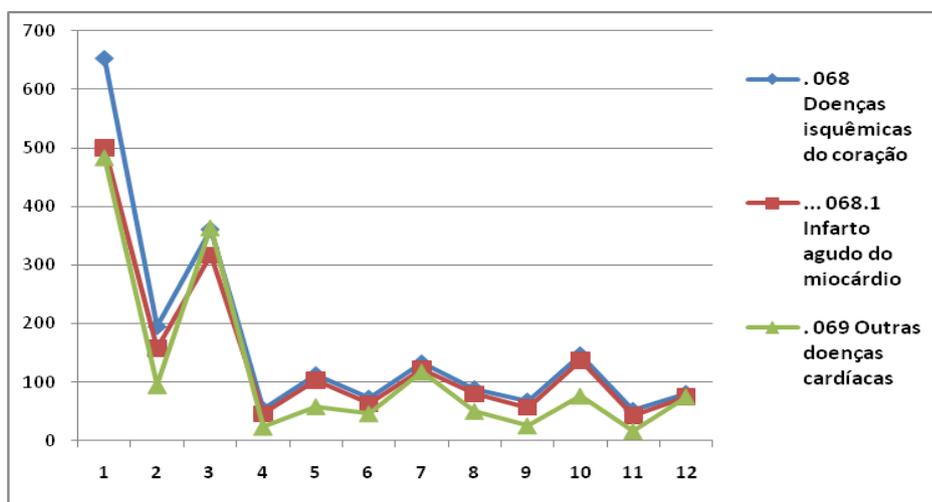
Se, no passado, somente os dados de mortalidade apresentavam um mínimo de consistência, hoje, já se pode contar com informações do Sistema Único de Saúde que contabilizam todas as autorizações de Internações Hospitalares no país. As doenças cardiovasculares ficam em segundo lugar entre os homens, depois das doenças respiratórias, e em terceiro entre as mulheres, depois das hospitalizações decorrentes do parto e complicações da gravidez e das doenças respiratórias. A proporção maior de internações foi motivada pela insuficiência cardíaca seguida pelas outras doenças isquêmicas do coração<sup>10</sup>.

A insuficiência cardíaca (IC) é a terceira causa de morte cardiovascular nos países desenvolvidos e também uma importante causa de morbidade e hospitalização, afetando principalmente os grupos de idade mais avançada<sup>11</sup>.

A mortalidade por muitas doenças cardiovasculares vem diminuindo, por causa dos recentes avanços no tratamento e na prevenção, com diminuição de morte prematura. Por outro lado, as pessoas tratadas com sucesso, embora apresentem melhor qualidade de vida, não atingem a cura e desenvolvem a IC, levando, conseqüentemente, a aumento na incidência e nas internações hospitalares, determinando maior taxa de morbidade, de mortalidade e maior custo do tratamento<sup>12</sup>.

A morbidade por IAM depende de fatores relacionados à gravidade da doença e da presteza e qualidade da assistência hospitalar. Uma vez que o paciente recebe o cuidado hospitalar adequado nas primeiras horas, a letalidade diminui. Além disso, os estratos sociais de menor renda e escolaridade apresentam história natural da DAC (doença arterial coronária) mais grave, com possibilidade de maior letalidade e morbidade nos primeiros 28 dias pós-IAM<sup>13</sup>.

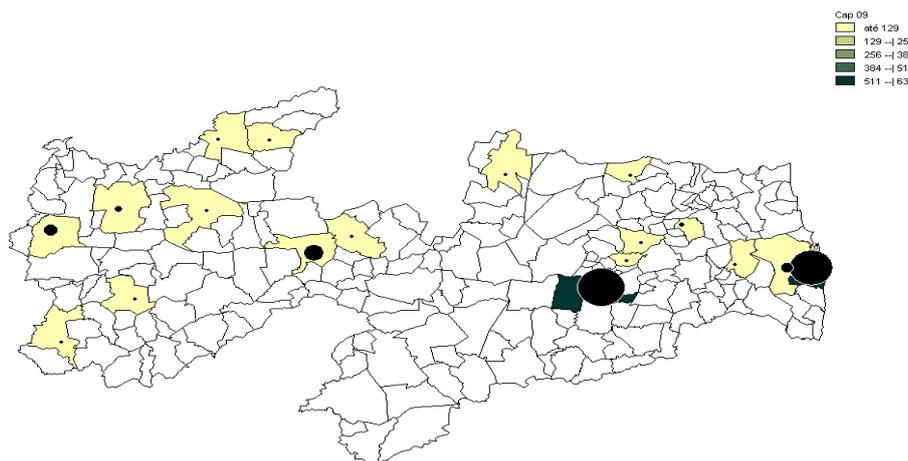
A Isquemia Miocárdica é classicamente descrita como um desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio. A oferta ocorre por redução de fluxo ou mesmo por redução do conteúdo arterial de oxigênio<sup>14</sup>.



**Gráfico 2** - Distribuição da mortalidade dos agravos cardiovasculares. DATASUS (2008-2009), Paraíba, 2010.

No gráfico 2, observa-se que as Gerências Regionais de Saúde (GRS) estão divididas em 12, com aumento considerável na primeira, segunda e terceira gerência. Esse aumento redonda no número de mortalidade por doenças isquêmicas do coração chegando a quase 700 óbitos, com um declínio entre os meses de novembro e dezembro dos anos de 2008-2009. O número de óbitos por infarto agudo do miocárdio e outras doenças cardíacas estão relativamente no mesmo valor numérico.

O declínio da mortalidade por doenças circulatórias nos países desenvolvidos deveu-se, principalmente, aos controles dos fatores de risco. A melhora do diagnóstico e da intervenção médica, como também o tratamento e controle da hipertensão arterial contribuiu para o declínio das doenças cerebrovasculares, auxiliando, assim, na sobrevivência dos pacientes<sup>15</sup>.

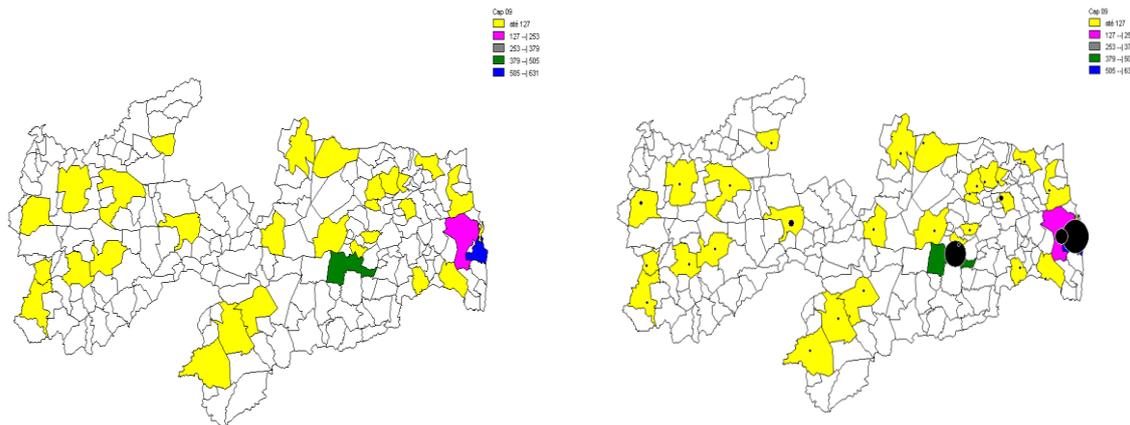


**Figura 2** - Distribuição do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) da macrorregião de saúde e Gerências Regionais de Saúde (2008-2009). Paraíba, 2010.

Na Figura 2, pode-se observar que os pontos revelam aglomerados de agravos, o que mostram que os tamanhos dos pontos possuem maior impacto desse indicador naquela região, ou seja, a primeira e segunda macrorregião de saúde.

Um quadro de IAM ocorre quando o fluxo de sangue para o músculo cardíaco é interrompido ou diminui subitamente por tempo suficiente para provocar morte celular. As células miocárdicas lesadas ainda estão vivas, mas morrerão se a isquemia não for corrigida rapidamente<sup>16</sup>.

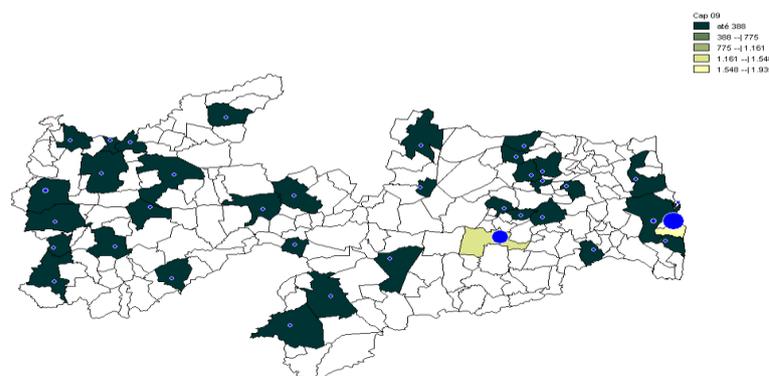
Desse modo, o IAM continua sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade populacional, em especial a partir da quarta década de vida, apesar do índice de mortalidade ter diminuído na década de 80, após a implantação de Unidades de Terapia Intensiva e Coronariana. Determinados registros apontam que, apesar dos avanços, a mortalidade hospitalar ainda permanece em alta, decorrendo da falta de tratamento adequado, apesar das preconizações e protocolos derivados dos grandes estudos<sup>17</sup>.



**Figura 3** - Distribuição dos transtornos de condução e arritmias cardíacas da macrorregião de saúde e Gerências Regionais de Saúde (2008-2009). Paraíba, 2010.

Na Figura 3, pode-se observar que a primeira e segunda macrorregião de saúde possuem os maiores impactos das arritmias cardíacas, revelando que as cidades com maior capacidade instalada são as mais prevalentes, haja vista a existência da resolutividade nas mesmas.

As arritmias cardíacas são eventos frequentes na população, principalmente nos pacientes internados nas terapias intensivas. Sua prevalência e gravidade estão relacionadas às condições clínicas prévias atuais e consequente necessidade de abordagem terapêutica. Alguns fatores de risco estão associados ao desenvolvimento de arritmias ou agravamento de sintomas, tais como: idade avançada, sexo masculino, arritmia ou doença cardiorrespiratória prévias, infarto agudo do miocárdio, cirurgias torácicas e pós-operatório, ou transplante cardíaco<sup>18</sup>.

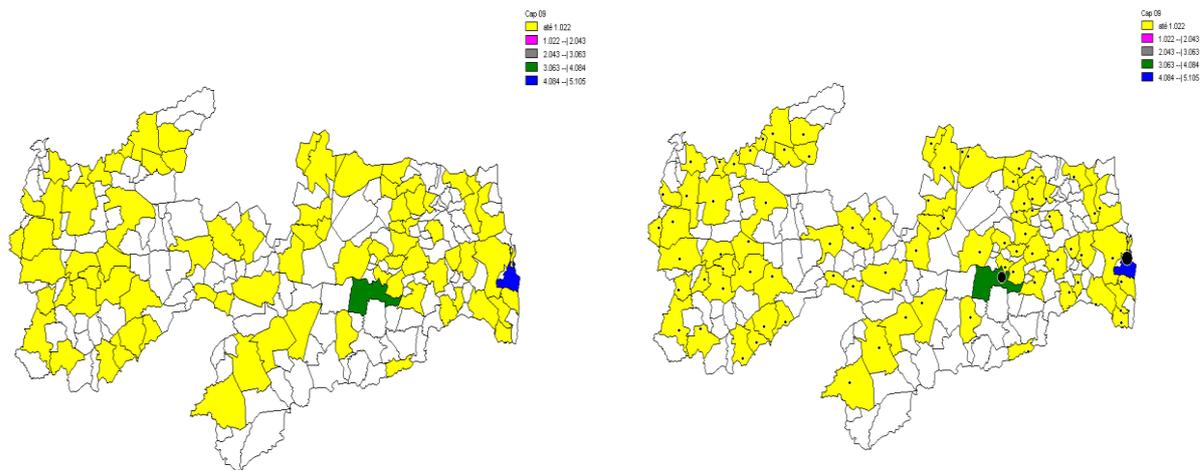


**Figura 4** - Distribuição de outras doenças isquêmicas do coração da macrorregião de saúde e Gerências Regionais de Saúde (2008-2009). Paraíba, 2010.

Na Figura 4, há pontos de distribuição em todo o mapa, revelando que as doenças isquêmicas mostram um panorama distribuído nas primeira e segunda

macrorregiões. As doenças cardiovasculares (DVC) representam a primeira causa de morte no Brasil. Um fato que agrava esse quadro é que, aproximadamente, um terço dos óbitos por DVC ocorrem precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos. Nesta faixa etária, as principais causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas<sup>19</sup>.

As lesões ateroscleróticas geram significativas obstruções ao fluxo arterial epicárdico, limitando a oferta de oxigênio em valores fixos. Com o aumento da demanda, por exemplo, durante exercícios físicos, a oferta torna-se insuficiente, gerando a isquemia, que pode também ocorrer durante a asfixia, intoxicação por monóxido de carbono, cardiopatia congênita cianótica, anemia grave<sup>14</sup>.

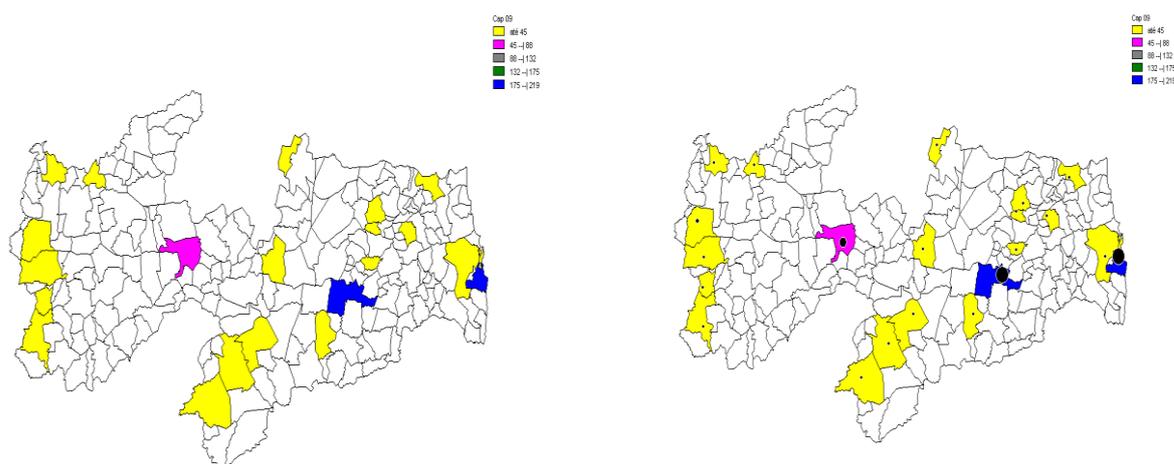


**Figura 5** - Distribuição da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) da macrorregião de saúde e Gerências Regionais de Saúde (2008-2009). Paraíba, 2010.

Na Figura 5, pode-se observar que há uma distribuição uniforme em todo estado, com uma concentração em algumas áreas, merecendo destaque a região do sertão, onde a ICC vem crescendo nos dados de morbimortalidade, o que revela a necessidade da efetivação de políticas de saúde voltadas para a prevenção de ocorrências e suas consequências.

A Insuficiência Cardíaca Congestiva tem uma alta prevalência na população idosa, ou seja, 80% dos hospitalizados são idosos. A população brasileira está envelhecendo e, como resultados, provavelmente haverá um aumento de casos de ICC num futuro próximo. No Brasil, o maior número de casos de hospitalização por doenças cardíacas tem como causa a ICC<sup>20</sup>.

A incidência da ICC, em contraste com outras doenças cardíacas que vêm apresentando declínio nas últimas décadas, está instável ou aumentando, na maioria dos países. Menos de 30% de pessoas idosas sobrevivem seis anos após sua primeira hospitalização por ICC, de modo que passa a ser uma das prioridades entre as enfermidades crônicas que necessitam de estratégia especial de prevenção primária e tratamento em todo o mundo. É uma condição clínica associada à piora da capacidade funcional, diminuição da qualidade de vida e aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes. Apesar de todos os avanços terapêuticos, o prognóstico dessa síndrome é ruim, com média de sobrevida após a instalação dos sintomas de somente 1,7 anos em homens, e 3,2 anos em mulheres<sup>12</sup>.



**Figura 6** - Distribuição de outras doenças do coração da macrorregião de saúde e Gerências Regionais de Saúde (2008-2009). Paraíba, 2010.

Na Figura 6, pode-se observar que o elenco das outras doenças do coração está presente na primeira, segunda e terceira macrorregiões de saúde, com menos pontos de aglomerados. As doenças cardiovasculares têm preocupado os gestores de saúde na elaboração e implementação de estratégias de saúde pública que venham a reduzir os indicadores desse adoecimento.

Estão sendo incorporados novos conhecimentos sobre os fatores de risco e intervenções, que vêm sendo cada vez mais utilizadas, como a terapia trombolítica e angioplastia primária, além de novos avanços diagnósticos e terapêuticos, que têm contribuído para um melhor prognóstico dos pacientes com doenças do coração.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou o perfil epidemiológico das doenças cardiovasculares no Estado da Paraíba, através de uma análise entre 2008-2009, com uma ampla investigação em torno das doenças cardiovasculares com foco no infarto agudo do miocárdio.

Pode-se verificar que as doenças cardiovasculares e os eventos isquêmicos, entre eles o infarto do miocárdio, são altamente prevalentes em nossa população e, por isso, requerem atenção especial do setor da saúde, a fim de se reduzir a morbidade e a mortalidade por eles causadas.

O estudo ainda indica a necessidade do esclarecimento da população quanto ao reconhecimento dos primeiros sintomas de infarto, bem como relembra a importância da implementação de uma rede que facilite o transporte e o acesso dos pacientes aos pontos específicos do sistema de saúde providos de pessoal treinado e com equipamento necessário para lidar com os eventos cardíacos isquêmicos agudos. Serviços médicos que já implementaram protocolos de conduta clínica, neste sentido, atingiram resultados terapêuticos bem mais favoráveis.

Tais aspectos, aliados à efetivação de uma assistência resolutiva na Atenção Primária em Saúde, de qualidade, e que venha garantir as estratégias de prevenção e uma assistência à clientela com co-morbidades, que venham combater a instalação das doenças cardiovasculares, deverão contribuir para a diminuição de casos e dos níveis estatísticos ora apresentados. Cabe ressaltar que não se pode esquecer da importância dos hábitos de vida saudável como dieta, exercício físico, ausência de tabagismo, alcoolismo, entre outros, como medidas eficientes para a prevenção, bem como a efetiva implementação das políticas assistenciais preconizadas pelo SUS, ou seja, a prevenção de doenças e promoção da saúde.

## PROFILE EPIDEMIOLOGIST OF THE HEART DISEASE IN THE STATE OF THE PARAÍBA: AN ANALYSIS OF 2008-2009

### ABSTRACT

Cardiovascular diseases account for 20% of all deaths worldwide, which means about 14 million per year. In Brazil they are in third place as cause of death, having to occupy the first place. The myocardial infarction refers to a dynamic process in which one or more heart muscle regions experience severe and prolonged decrease in oxygen supply by coronary blood flow insufficient. The Brazilian public sector is the main hospital admission funder. It is estimated that, with regional variations, 70 to

80% of these hospitalizations are funded by the National Health System (SUS). The aim of this study is to analyze the cardiovascular indicators in respect to hospital admissions and deaths in the years 2008-2009 in Paraíba. Regarding the type of study it is characterized by an exploratory and descriptive and retrospective documentary. For data analysis, we used the tool for Tabwin correlation frequency. The data have revealed the distribution of diseases such as acute myocardial infarction, ischemic heart disease, congestive heart failure, cardiac arrhythmias, other heart disease revealed that the highest concentration in the macro health region of João Pessoa and Campina Grande, not only for its populated history, but by the same installed capacity. We conclude that there is a need for effective health policies with a focus on disease prevention and health promotion aimed at these diseases, considering the involvement of SUS managers, professionals and users and search for a better quality of life.

**Keywords:** Heart disease. Epidemiology. Nursing.

## REFERÊNCIAS

1. Souza JMA, Carvalho AC. Infarto Agudo do Miocárdio. In: Frisoli Júnior, A, et al. Emergências: manual de diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2004.
2. Mussi FC, Passos LCS, Menezes AA, Caramelli B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. Rev. Assoc. Med. Bras. 2007 [acesso em: 28 ago 2010];53(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000300021).
3. Melo ECP, Travassos C, Carvalho MS. Qualidade dos dados sobre óbitos por infarto agudo do miocárdio. Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública; Jun 2004 [acesso em: 05 ago 2010]; 38(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300008).
4. Stefanini E, Matsushita AM, Gil MA. Síndromes coronárias agudas: angina instável e infarto agudo do miocárdio. In: Stefanini E, Kasinski N, Carvalho AC. Cardiologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. 2. ed. Barueri, SP: Manole; 2009.
5. Latado AL. Mortalidade e fatores prognósticos da insuficiência cardíaca em Salvador, Bahia. Gaz. Méd. Bahia; jul-dez 2006 [acesso em: 28 set 2010];76:2:84-93. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/336>.
6. Pesaro AEP, Campos PCGD, Katz M, Corrêa TD, Knobel E. Síndromes coronarianas agudas: tratamento e estratificação de risco. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2008 jun [acesso em: 05 ago 2010]; 20(2):197-204. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/14.pdf>.
7. Bordon JG, Paiva SAR, Matsubara LS, Inoue RMT, Matsui M, Gut AL, et al. Redução da mortalidade após implementação de condutas consensuais em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2004 [acesso

em: 05 ago 2010],82(4):370-3. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/abc/v82n4/a08v82n4.pdf>.

8. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009 [acesso em: 28 julh 2010]; 25(7):1620-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700021&script=sci_arttext).

9. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Internações Hospitalares (SIH). Departamento de Informática do SUS-DATASUS; 2010.

10. Gaudi EM, Klein CH, Oliveira GMM. Mortalidade por insuficiência cardíaca como causa básica ou contribuinte de óbito em três estados brasileiros, de 1999 a 2004. *Rev SOCERJ*. Mai-jun 2008 [acesso em: 05 out 2010];21(3):129-37. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2008\\_03/a2008\\_v21\\_n03\\_a01egaudi.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2008_03/a2008_v21_n03_a01egaudi.pdf).

11. Ramos RB, Fabri Júnior, J, Mansur AP. A insuficiência cardíaca no Brasil e no mundo e avaliação de sua influência socioeconômica. In: Nobre F, Serrano Júnior, CV. *Tratado de cardiologia*. São Paulo: Manole; 2005.

12. Ferreira GMTM, Correia LC, Reis H, Ferreira Filho CB, Freitas F, Ferreira GM, et al. Maior letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em hospital público, em Feira de Santana - Bahia. *Arq. Bras. Cardiol*. São Paulo. 2009 [acesso em: 05 out 2010]; 93(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009000800006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000800006&lng=en&nrm=iso).

13. Serrano Júnior CV, Pesaro AEP, Fernandes JL. Regulação do fluxo coronário, isquemia e reperfusão miocárdica. In: Nobre F, Serrano Júnior CV. *Tratado de Cardiologia*. São Paulo: Manole; 2005.

14. Souza MFM, Timerman A, Serrano Jr CV, Santos RD, Mansur AP. Tendências do risco de morte por doenças circulatórias nas cinco regiões do Brasil no período de 1979 a 1996. *Arq Bras Cardiol*. 2001 [acesso em: 28 set 2010];77(6):62-8. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7706/7706007.pdf>.

15. Aehlert B. *ACLS: Emergências em cardiologia, suporte avançado de vida em cardiologia*. 4º tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

16. Coelho LM, Resende ES. Perfil epidemiológico dos pacientes com infarto agudo do miocárdio em Uberlândia. [acesso em: 05 out. 2010]. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/4146/3093>.

17. Pires LDA, Guimarães HP, Lopes RD, Leal PHR, Vendrame LS, Lopes AC. Registro prospectivo de arritmias cardíacas em unidade de terapia intensiva. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.* nov-dez. 2008 [acesso em: 05 out. 2010];6(6):233-6. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n6/a233-236.pdf>.

18. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública*

2006, [acesso em: 28 set. 2010] 40(4):684-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/19.pdf>.

19. Coutinho M. Insuficiência cardíaca. 2005. [acesso em: 05 out. 2010] Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/~cardiologia/icc.pdf>.

21. Daniel E, Germiniani H, Nazareno ER, Braga SV, Winkler AM, Cunha CLP. Tendência da mortalidade por doenças isquêmicas do coração na cidade de Curitiba – Brasil, de 1980 a 1998. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005, [acesso em: 14 out. 2010];85(2):100-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v85n2/25311.pdf>.

<b>Recebido em: 30.05.12</b> <b>Aceito em: 08.06.13</b>
--

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ACOMETIDOS POR HÉRNIA DE DISCO

Glaydes Nely Souza da Silva<sup>1</sup>

Patrícia Barbosa Monteiro<sup>2</sup>

Nereide de Andrade Virgínio<sup>3</sup>

Cláudia Germana Virgínio de Souto<sup>4</sup>

Márcia Virgínia Andrade Virgínio de Oliveira<sup>5</sup>

### RESUMO

A hérnia de disco é uma patologia frequente na coluna lombar e acomete estruturas articulares, alterando o funcionamento biomecânico da região e das propriedades naturais dos tecidos adjacentes. Sua sintomatologia se estende de acordo com a situação das estruturas comprometidas, que variam de sintomáticas a assintomáticas. O estudo teve como objetivos: Elaborar proposta para sistematização da assistência de enfermagem para pacientes com Hérnia de Disco; Coletar dados acerca do estado de saúde do paciente; Identificar os diagnósticos de enfermagem baseados na Taxonomia da NANDA; Estabelecer, a partir da priorização dos diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem de acordo com a NIC; Discutir o plano assistencial de enfermagem estabelecido para cada paciente de acordo com a literatura pertinente. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, tipo estudo de caso com abordagem qualitativa, realizada em uma clínica de neurologia na cidade de João Pessoa. A amostra foi composta por dois pacientes, um do sexo feminino e outro do sexo masculino, de idade entre 30 a 50 anos, com diagnósticos confirmados de Hérnia de disco. A entrevista foi composta por questões objetivas e subjetivas, atendendo aos objetivos propostos. Para viabilizar a análise dos dados foram criadas duas histórias clínicas. Verificou-se, após analisar os dados, que apenas dois dos diagnósticos de enfermagem traçados para os pacientes em estudo são semelhantes: Fadiga relacionada ao estado de doença e Mobilidade física prejudicada, relacionada a prejuízos neuromusculares. Conclui-se, portanto, que, apesar de se tratar de pacientes com mesma patologia, persiste a individualidade de cada paciente na resposta à doença, fato confirmado pela diferença observada no plano assistencial de enfermagem.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente das disciplinas Enfermagem em Urgências e Emergências e Metodologia da Assistência de Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. Servidora concursada do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB. Rua Maria Cândida de Sena, 100, Bairro dos Estados. João Pessoa-PB. Tel.: 9920-9255. E-mail: glaydesnely@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Enfermeira do Hospital Valentina Figueiredo. E-mail: path\_maionese@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Coordenadora de Curso e Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. Enfermeira concursada do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB. E-mail: nereideav@uol.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Metodologia do Ensino Superior e Educação. Coordenadora de Estágios e Sub-Coordenadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Coordenadora de Monografias e Estágio Supervisionado VII e VIII da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. Gerente de Risco do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB.

Dessa forma, pondera-se que os profissionais de enfermagem devem buscar aprendizado contínuo que os capacite a atuar de modo sensível e competente, que possibilite o desenvolvimento de ações assistenciais individualizadas e resolutivas aos pacientes sob os seus cuidados.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem. Dor lombar. Diagnóstico de enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A coluna vertebral pode ser definida como sendo o verdadeiro eixo do corpo humano, pois cabe à mesma uma responsabilidade imensa; ela exerce papel de suporte ao tronco e à cabeça, dotada de flexibilidade, permitindo movimentos do tronco nos três planos, projetando a medula espinhal. É estabilizada intrinsecamente pelos ligamentos e discos intervertebrais e extrinsecamente pelos músculos<sup>1</sup>.

Estudos epidemiológicos demonstram que cerca de 50% a 90% de indivíduos adultos apresentam quadros de dor na coluna vertebral, em especial na região lombar, em algum momento de suas vidas, sendo a principal causa de incapacidade em sujeitos com menos de 45 anos de idade. As lesões degenerativas da coluna vertebral são disfunções de relevância socioeconômica, pois apresentam alto índice de incapacidade e morbidade em indivíduos economicamente ativos<sup>2</sup>.

As dores lombares inferiores são um significativo transtorno de saúde pública nos Estados Unidos, embora seja difícil quantificar sua prevalência. As estimativas atuais são de que entre 22 e 65% das pessoas têm um episódio de dores nas costas numa idade qualquer e entre 11 e 84% dos adultos têm episódios durante a vida. As dores lombares inferiores agudas duram menos de 3 meses, enquanto a doença crônica ou degenerativa tem duração de 3 meses ou mais<sup>3</sup>.

A lombalgia é uma das grandes causas de morbidade e incapacidade funcional, tendo incidência apenas menor que a cefaleia entre os distúrbios dolorosos que mais acometem o homem. De acordo com vários estudos epidemiológicos, de 65% a 90% dos adultos poderão sofrer um episódio de lombalgia ao longo da vida, com incidência entre 40 e 80% da maioria das populações estudadas<sup>4</sup>.

A hérnia de disco é uma patologia frequente na coluna lombar e acomete estruturas articulares, alterando o funcionamento biomecânico da região e das

propriedades naturais dos tecidos adjacentes. Sua sintomatologia se estende de acordo com a situação das estruturas comprometidas, que variam de sintomáticas a assintomáticas. O diagnóstico clínico associado ao exame de imagem é fundamental para a identificação da região envolvida. Identificar o processo lesivo é de grande importância para determinar o tratamento adequado, podendo ser de caráter conservador ou cirúrgico<sup>5</sup>.

É uma doença comum que pode acarretar dor lombar e ciática, podendo causar incapacidade laborativa de seus portadores. Estima-se que 30% a 40% da população apresentam hérnia de disco assintomática; sintomática em 2% a 3% dos pacientes; 80% dos casos em homens, na faixa etária de 30 a 50 anos, porém pode acometer mulheres, adolescentes, idosos e uma minoria de crianças. Ela é rara antes dos 25 anos e pouco frequente depois dos 60 anos. Cerca de 80% dos pacientes são do sexo masculino<sup>6</sup>.

O tratamento conservador da hérnia de disco tem como objetivo o alívio da dor, o aumento da capacidade funcional e o retardamento da progressão da doença. Porém, quando este tratamento falha a opção é o tratamento cirúrgico. A cirurgia de hérnia de disco na região lombar é um dos procedimentos mais comuns, sendo indicada quando a dor e os déficits neurológicos não tiverem remissão significativa no decorrer de 4 a 12 semanas, ou por diminuição progressiva da força motora, distúrbios vesical e intestinal e dor radicular incapacitante, sem melhora ao tratamento conservador<sup>7</sup>.

A Enfermagem, enquanto ciência do cuidar, que necessita de um leque de conhecimentos e habilidades para desenvolver a assistência, também precisa mensurar para poder cuidar. Assim, o cuidado é prestado com qualidade, direcionando as necessidades a fim de contribuir com a recuperação de quem é assistido<sup>8</sup>. Para qualificar a assistência de enfermagem, conferindo validade científica e planejamento individualizado e coerente com as necessidades dos indivíduos atendidos, os enfermeiros devem lançar mão da aplicação do processo de enfermagem (sistematização da assistência), de modo a proporcionar aos mesmos o maior bem estar possível durante todo o tratamento.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, os enfermeiros devem estar comprometidos com a oferta do melhor tratamento possível

aos indivíduos sob seus cuidados. Para tanto, a Resolução COFEN 358/2009 aponta que as cinco etapas do processo de enfermagem estão inter-relacionadas, são interdependentes e recorrentes, sendo elas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados<sup>9</sup>.

A relevância dos estudos sobre hérnia de disco lombar tem aumentado nos últimos anos, principalmente, porque ela causa dor e déficit neurológico, impedindo a execução das atividades cotidianas e incapacitando para o trabalho. É possível observar, além da prevalência de casos, as angústias, os medos, a falta de conhecimento acerca do problema e, principalmente, a necessidade da intervenção de um enfermeiro para contribuir com a assistência aos pacientes.

Neste contexto, buscou-se neste estudo elaborar proposta para sistematização da assistência de enfermagem para pacientes com Hérnia de Disco, através da coleta de dados acerca do estado de saúde do paciente; identificação dos diagnósticos de enfermagem baseados na Taxonomia da NANDA<sup>10</sup>; priorização dos diagnósticos de enfermagem e planejamento de intervenções de enfermagem de acordo com a NIC<sup>11</sup>.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. Foi realizada no Centro de Neurologia e Métodos Diagnósticos Ltda-NEUROCENTRO, na Torre, município de João Pessoa – Paraíba. A população corresponde aos pacientes atendidos no ambulatório dessa instituição, Foram selecionados como amostra dois pacientes, um do sexo masculino e um do sexo feminino, na faixa etária de 30 a 50 anos de idade, com diagnóstico confirmado de Hérnia de Disco, que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta foi realizada no mês de setembro de 2011.

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi um roteiro de entrevista estruturado com questões objetivas e subjetivas relacionadas ao tema em foco. Para análise dos dados foram construídas duas histórias clínicas com base nas informações coletadas junto aos pacientes selecionados. Em seguida, foram definidos, de acordo

com os fatores relacionados, os diagnósticos de enfermagem prioritários, baseados na taxonomia da NANDA<sup>10</sup>. Foi elaborado um plano de cuidados para cada participante, cujas intervenções foram estabelecidas com a utilização da NIC<sup>11</sup>. Para finalizar a análise, que adotou o método qualitativo, os resultados obtidos foram discutidos à luz da literatura pertinente.

Esta pesquisa foi desenvolvida obedecendo aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, conforme Resolução CNS 196/96 CNS/MS<sup>12</sup>, bem como a Resolução COFEN 311/2007, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem<sup>13</sup>. Aos participantes, foram garantidos o anonimato, privacidade e o direito à desistência em qualquer etapa da pesquisa.

## **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **HISTÓRIA CLÍNICA I**

Paciente adulta, sexo feminino, casada, 32 anos, técnica de enfermagem, 3º grau completo, residente no município de João Pessoa-PB. Mora em área urbana, casa de tijolo, utiliza água encanada, tratada e em sua residência tem energia elétrica. O lixo é coletado, possui saneamento básico, cria animal doméstico (cachorro). O Exame de imagem, Ressonância Magnética, respaldou confirmação do diagnóstico Discopatia degenerativa em L5-S1 Hérnia de Disco há cerca de 7 meses, tendo como tratamento infiltração de medicações à base de corticoide e analgésico na região lombar e a utilização de fármacos orais (Etna® e Flancox®). Comunicativa, expressa bem as respostas, possui conhecimento sobre a patologia. Relata realizar seis refeições ao dia, com restrições de gorduras e massas. Ingesta Hídrica satisfatória, em média 2000 ml por dia. Relata que, por aconselhamento médico, teve que fazer uma reeducação alimentar e através dela e com atividades físicas teve uma diminuição do peso; pesava 87 Kg e atualmente 70 Kg, não refere dor no momento. Atividade e mobilidade física com restrições devido à patologia, porém não necessita de ajuda para o autocuidado e consegue realizar suas atividades diárias. Tem motivação para seguir seu tratamento. Revela fazer exercícios físicos de acordo com suas necessidades, procurando não fazer esforços

que possam lhe prejudicar. Relata não ser tabagista, bebe algumas vezes, começou a prática de atividade física após a patologia, faz fisioterapia, natação 3 vezes por semana, pilates 2 vezes por semana e hidroginástica por aconselhamento médico. Afirma que o seu problema de saúde interfere na sua profissão. Após a descoberta, passou a ter algumas restrições, como não pegar peso. Por trabalhar em bloco cirúrgico, muitas vezes, necessita transferir pacientes sedados de uma maca para outra, ficando, portanto, restrita a algumas atribuições, necessitando de ajuda da equipe. Considera não sofrer interferência na vida pessoal. Seu Estado Geral Regular (EGR), consciente, orientada, cooperativa, respondendo com clareza às solicitações verbais com nível de resposta boa, deambulando sem auxílio, normocorada, sono e repouso preservado, estado nutricional satisfatório, higiene oral e corporal preservada, turgor e elasticidade da pele preservada. Cabeça: couro cabeludo sem anormalidades, ausência de massa palpável na cabeça. Higiene satisfatória. Face: normal. Olhos: visão normal, teste de direcionamento dos olhos satisfatório. Nariz: sem anormalidades. Ouvidos: normais, com audição preservada, com boa identificação sonora, Boca: Arcada dentária completa, sem presença de cáries, higiene preservada. Pescoço: com ausência de massa, linfonodos e tireoide palpáveis. Eupneica, tórax típico, expansibilidade normal e murmúrios vesiculares presentes sem ruídos adventícios. Mamas: simétricas, ausência de inflamação ou secreções papilares. Ritmo cardíaco regular (RCR) em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, sem edema nos membros superiores e inferiores. Abdome plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, RHA ausentes, eliminações intestinais presentes. Eliminação vesical presente de coloração clara (SIC). Atividade sexual ativa. Sensibilidade preservada nos membros superiores (MMSS), tônus e força motora preservada, pulsos periféricos palpáveis. Já nos membros inferiores (MMII), sensibilidade preservada, tônus e força muscular prejudicada devido à patologia, não necessitando de ajuda para a sua locomoção. PA 120 x 80 mmHg; P: 78 bpm; Tax: 36,7°C; R: 18 ipm. FC: 80 bpm.

## Diagnósticos de enfermagem

**Quadro 1** - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados no caso 01 de acordo com a taxonomia da NANDA<sup>10</sup>.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	FATOR RELACIONADO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1- Disposição para aumento do AUTOCUIDADO	- Força de vontade	-Expressa desejo de aumentar a independência na manutenção da saúde; -Expressa desejo de aumentar o conhecimento de estratégias de autocuidado.
2- CONTROLE eficaz do REGIME TERAPÊUTICO	- Desejo de não sentir dor e de prevenir sequelas.	- Escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de prevenção; - Sintomas da doença dentro de uma variação normal de expectativas; - Verbaliza intenção de reduzir fatores de risco de progressão da doença e de suas sequelas.
3- FADIGA	- Estado de doença	- Incapacidade de manter as rotinas habituais; - Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física.
4 - MOBILIDADE física prejudicada	- Prejuízos neuromusculares	- Amplitude limitada de movimento; - Capacidade limitada para desempenhar as atividades motoras grossas.

Os principais diagnósticos de enfermagem para pacientes acometidos por Hérnia de Disco podem ser: Dor aguda relacionada com a área de compressão; Comprometimento da Mobilidade Física relacionada com a dor e fisiologia da doença; Déficit de conhecimento devido à cirurgia iminente; Risco de lesão relacionado com procedimentos cirúrgicos<sup>14</sup>.

A mobilidade física prejudicada é a limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades<sup>10</sup>. Dos diagnósticos definidos pelas autoras supracitadas, apenas um foi percebido na paciente do caso em questão, mobilidade física prejudicada. Tal fato confirma a individualidade de cada paciente na resposta à doença.

Fatores como a idade, sexo, traumatismo, genética, obesidade, tabagismo, atividades profissionais, sedentarismo, conhecimento sobre seu estado de saúde e o

fator psicossocial influenciam no desenvolvimento da hérnia de disco<sup>4</sup>. O quadro clássico de hérnia de disco é uma dor, de início agudo na região da coluna lombar e que vai se irradiar em direção à perna até chegar ao pé, podendo o paciente queixar-se de formigamento e falta da força na perna afetada<sup>1</sup>.

Dentre os fatores citados, encontramos alguns na paciente, como sedentarismo, idade, obesidade, atividades profissionais, coincidindo com a literatura. O motivo que levou a paciente a procurar atendimento médico foi a parestesia em membro inferior direito, a dor na coluna irradiando para a perna direita até o pé. No momento da entrevista, a paciente não referia dor, confirmando o que os autores relatam.

### Plano assistencial de enfermagem

**Quadro 2** - Plano assistencial de enfermagem com intervenções estabelecidas de acordo com a NIC<sup>11</sup>.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
1- Disposição para aumento do AUTOCUIDADO	- Orientar quanto ao regime terapêutico.	- Que a paciente mantenha o aumento da disposição para o autocuidado.
2- CONTROLE eficaz do REGIME TERAPÊUTICO	- Orientar sobre o sistema próximo de cuidados de saúde, funcionamento e o que a paciente pode esperar; - Determinar o conhecimento da paciente sobre a condição e as necessidades terapêuticas; - Conversar sobre os recursos atuais utilizados pela paciente.	- Verbalizará que compreende o regime terapêutico para a doença; - Demonstrará que consegue solucionar com eficácia os problemas encontrados na integração do regime terapêutico ao seu estilo de vida; - Ficará isenta de complicações evitáveis da progressão da doença e suas sequelas.
3- FADIGA	- Determinar as limitações físicas da paciente; - Identificar atividades para as quais há necessidade de ajuda, e definir conjuntamente com a paciente as formas de resolução; - Identificar alterações no estilo de vida, conflitos relacionados com o trabalho; - Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre as limitações.	- Dirá que sente mais energia; - Identificará a causa da fadiga e as áreas sob controle pessoal; - Saberá encaminhar solicitação de ajuda sempre que necessário; - Participará das atividades desejadas de acordo com sua capacidade.

4- MOBILIDADE física prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar os limites de movimento articular e o efeito sobre o funcionamento;</li> <li>- Encaminhar e Colaborar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercícios;</li> <li>- Estimular participação da paciente e família no plano terapêutico previsto;</li> <li>- Determinar o nível motivacional da paciente para manter ou restaurar o movimento das articulações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalizará disposição de participar e demonstrará participação nas atividades;</li> <li>- Verbalizará que compreende a situação/fatores de risco e o regime terapêutico e as medidas de segurança específicas para o seu caso;</li> <li>-Demonstrará técnicas e comportamentos que possibilitem a retomada das suas atividades.</li> </ul>
----------------------------------	--	--

## HISTÓRIA CLÍNICA II

Adulto, sexo masculino, 50 anos, casado, motorista, 2º grau incompleto, residente no município de João Pessoa-PB. Mora em área urbana, casa de tijolo, utiliza água encanada, tratada. O lixo é coletado, possui saneamento. Procurou atendimento médico por sentir dores constantes na coluna, cefaleia, tonturas, atrofia em membros superiores, dormência em MMSS e MMII e perda de força nos MMII. Através de exames de Tomografia Computadorizada da Coluna e Ressonância magnética teve confirmação do diagnóstico Médico de Hérnia de Disco Cervical C5-C6 e Hérnia de Disco Lombar L5-S1 há cerca de 4 anos. Tem como tratamento medicamentoso o Flancox® 400mg, 2 vezes ao dia, e o Flotac® 70 mg, 2 vezes ao dia para o resto da vida, e fisioterapia motora. Bastante comunicativo, expressa bem as respostas, possui conhecimento sobre a patologia, refere muitas dores no momento. Relata não ser tabagista, ex-etilista. Revela fazer 6 refeições ao dia, com reeducação alimentar, com dieta pobre em gorduras, frituras, massa, dieta hipossódica, por conta da pressão. Não conseguiu diminuir peso, pesava no início 70 Kg e atualmente 83 Kg, dificultando o tratamento. Ingesta hídrica satisfatória, em média 2000 ml por dia. Atividade e mobilidade física com restrições devido à patologia, necessitando de ajuda; não consegue realizar sozinho algumas de suas atividades, como vestir-se. Tem bastante motivação para seguir seu tratamento, mas não tem condições físicas, devido às dores. Não faz exercícios, caminha um pouco

dentro de suas limitações, sente muitas dores na coluna, principalmente na cervical. A intervenção cirúrgica é contraindicada, pois a hérnia está comprimindo a medula, representando alto risco para cirurgia. Relata que sente cansaço físico aos pequenos esforços e muita dormência nos MMII, chegando a cair algumas vezes. As dores na coluna, de acordo com o paciente são lancinantes. Procura não fazer esforços que possam lhe prejudicar. Relata que seu problema de saúde interfere na sua vida profissional, pois como sua profissão é motorista, após descobri-lo teve que afastar-se do trabalho por incapacitação, estando em licença até o momento, pois devido à perda de sensibilidade MMII e dormência nos MMSS, não pode dirigir por período prolongado. Na vida pessoal, refere sofrer interferência, pois como não pode, muitas vezes, desenvolver de modo independente suas atividades, fica irritado, deprimido, angustiado, sentindo-se impotente. Apresenta EGR, consciente, orientado, cooperativo, respondendo com clareza às solicitações verbais com nível de resposta boa, deambulando sem auxílio, normocorado, sono e repouso prejudicado por conta das dores na coluna cervical, estado nutricional satisfatório, higiene oral prejudicada e corporal preservada, turgor e elasticidade da pele preservada. Cabeça: alopecia, couro cabeludo sem anormalidades, ausência de massa palpável na cabeça. Higiene satisfatória. Face: normal. Olhos: visão normal preservada, teste de direcionamento dos olhos satisfatório. Nariz: sem anormalidades. Ouvidos: normal com audição preservada com boa identificação sonora. Boca: Arcada dentária incompleta, com presença de cáries, higiene prejudicada. Pescoço: com ausência de massa, linfonodos e tireoide palpável. Eupneico, tórax típico, expansibilidade normal sem ruídos adventícios. Mamas: simétricas, ausência de inflamação ou secreções papilares. RCR, bulhas cardíacas normofonéticas, sem edema nos MMSS e MMII. Abdome globoso, tenso, indolor à palpação superficial e dolorido à profunda. RHA ausentes, eliminações intestinais presentes. Eliminação vesical presente de coloração clara (SIC). Atividade sexual ativa. Sensibilidade preservada nos MMSS, com presença de dormência, tônus e força motora prejudicados, pulsos periféricos palpáveis. MMII, sensibilidade prejudicada, tônus e força muscular prejudicados devido à patologia, necessitando de ajuda. PA 160 x 100 mmhg; P: 98 bpm; Tax: 36,5°C; R: 20 ipm. FC: 94 bpm.

## Diagnósticos de enfermagem

**Quadro 3** - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados no caso 02, de acordo com a taxonomia da NANDA<sup>10</sup>.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	FATOR RELACIONADO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS
1-ANSIEDADE	-Mudança no estado de saúde.	-Preocupações expressas em razão de mudanças em eventos da vida.
2-Déficit no autocuidado para vestir-se.	- Dor; - Prejuízo músculo-esquelético.	- Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo; -- Incapacidade de tirar roupas na parte superior do corpo.
3- DOR crônica (na região cervical)	- Incapacidade física crônica.	- Relato verbal de dor; Agitação; Irritabilidade; - Respostas mediadas pelo sistema simpático p.ex. hipersensibilidade.
4- DENTIÇÃO prejudicada.	-Higiene oral ineficaz; -Conhecimentos deficientes a respeito da saúde dental.	- Cáries; - Ausência de dentes.
5- FADIGA	- Estado de doença.	- Cansaço; - Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física;
6- Sentimento de IMPOTÊNCIA	- Regime relacionado à doença.	- Dependência de outros que pode resultar em irritabilidade; - Expressões verbais sobre o autocuidado, situações.
7- INSÔNIA	- Ansiedade; - Dor.	- Paciente relata dificuldade para adormecer.
8- MOBILIDADE física prejudicada	- Prejuízos neuromusculares.	- Relato verbal de sensibilidade para mobilidade; - Relato verbal de dor; - Amplitude limitada de movimento.

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes com Hérnia de Disco podem ser: Dor aguda e crônica relacionada a problemas musculoesqueléticos; Mobilidade física prejudicada relacionada à dor, espasmos musculares e flexibilidade diminuída; Déficit de conhecimento relacionado a técnicas de mecânica corporal que preservem as costas; Risco de baixa autoestima situacional relacionada à mobilidade alterada, dor crônica e alteração do desempenho de papéis; Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais em relação à obesidade<sup>3</sup>. Déficit de conhecimento devido à cirurgia iminente; Risco de lesão relacionado com procedimentos cirúrgicos<sup>15</sup>.

Dor crônica é a experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão, de início lento ou súbito, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses<sup>13</sup>. A ansiedade

afeta a capacidade do indivíduo em tolerar e lidar com a dor<sup>14</sup>. É um sentimento vago e inquietante de desconforto ou pavor, acompanhado de apreensão, causado pela previsão de algum perigo eminente que permite que o indivíduo tome as medidas para lidar com ameaça<sup>15</sup>.

Porém, dos diagnósticos citados pelos autores acima, apenas dois foram percebidos no paciente do caso em questão, dor crônica e mobilidade física prejudicada. Observou-se que o paciente em estudo apresenta o controle da cabeça, do pescoço e tem força no ombro, porém, sua capacidade de flexionar o cotovelo é diminuída, portanto, apresenta dificuldade em vestir-se, mas consegue alimentar-se sem auxílio; sente dormência e atrofia nos membros superiores.

O quadro clássico de hérnia de disco é uma dor na região da coluna lombar e que vai se irradiar em direção à perna até chegar ao pé<sup>1</sup>. Fatores como a idade, sexo, traumatismo, genética, obesidade, tabagismo, atividades profissionais, sedentarismo, conhecimento sobre seu estado de saúde e o fator psicossocial influenciam no desenvolvimento da hérnia de disco<sup>4</sup>. Dentre esses fatores, foram encontrados no paciente em questão apenas alguns como idade, sexo, obesidade e atividades profissionais coincidentes com a literatura pertinente.

Foi observado no paciente que a sua dor compromete seu trabalho, do qual teve de se afastar por incapacidade. Tem insônia, depressão, e o controle da dor é difícil. Faz uso de fármacos, fisioterapia e a cirurgia no seu caso é contraindicada, pois sua hérnia de disco está comprometendo a medula espinhal, podendo causar sérios riscos, conforme exposto na literatura.

Devemos lembrar que, para este paciente, encontramos os indicativos de um diagnóstico médico para o qual a enfermagem deverá desenvolver ações colaborativas; referentes à hipertensão, para a qual, segundo relatos do paciente, já havia sido realizado o encaminhamento para acompanhamento de cardiologista e havia o uso de medicação antihipertensiva.

## Plano Assistencial de Enfermagem

**Quadro 4** - Plano assistencial de enfermagem com intervenções estabelecidas de acordo com a NIC.

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM	DE	INTERVENÇÕES ENFERMAGEM	DE	RESULTADOS ESPERADOS
1- ANSIEDADE		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender sua perspectiva sobre a situação temida;</li> <li>- Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico;</li> <li>- Ouvir atentamente;</li> <li>- Encorajar a verbalização de sentimentos e medos;</li> <li>- Encaminhar para um psicólogo.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Parecerá relaxado e a ansiedade atenuada a um nível suportável;</li> <li>- Expressará consciência dos sentimentos de ansiedade;</li> <li>- Demonstrará habilidades necessárias para solucionar problemas.</li> </ul>
2- Déficit no AUTOCUIDADO para vestir-se.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar áreas que o paciente necessita de ajuda para vestir-se;</li> <li>- Estimular sua participação na identificação do problema e no processo de decisão;</li> <li>- Ajudar para identificação de ajuda.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificará áreas específicas de necessidade;</li> <li>- Demonstrará alterações do estilo de vida para atender às necessidades de autocuidado.</li> </ul>
3- DOR crônica		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar o impacto da dor sobre o sono;</li> <li>- Avaliar com o paciente e equipe as medidas de controle da dor que tenham sido utilizadas;</li> <li>- Analisar tipo e fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio;</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirá que a dor foi aliviada ou controlada;</li> <li>- Verbalizará que entende a dinâmica que afeta o problema da dor;</li> <li>- Descreverá as medidas que lhe proporcionam alívio.</li> </ul>
4- DENTIÇÃO prejudicada.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar quanto à necessidade de uma rotina diária de cuidado oral;</li> <li>- Orientar quanto à importância de solicitar auxílio durante a escovação dos dentes, respeitando as limitações de autocuidado;</li> <li>- Orientar o paciente quanto à necessidade de consultar um dentista.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreenderá a importância da manutenção da higiene;</li> <li>- Apresentará higiene oral satisfatória;</li> <li>- Aceitará auxílio durante a escovação.</li> </ul>
5- FADIGA		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as causas da fadiga e monitorar se advém da dor ou do uso de medicamentos;</li> <li>- Monitorar o padrão e número de horas de sono do paciente;</li> <li>- Estimular períodos alternados de repouso e atividade.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificará a causa da fadiga e as áreas sob controle pessoal;</li> <li>- Participará de atividades de vida diária dentro de suas capacidades</li> <li>- Participará do programa terapêutico recomendado.</li> </ul>
6- Sentimento de IMPOTÊNCIA		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar o conhecimento do paciente sobre sua condição</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressará sentimento de controle sobre sua situação atual e o</li> </ul>

	e o plano de tratamento; - Avaliar a resposta do paciente ao regime terapêutico; - Determinar se houve alterações nos relacionamentos com familiares.	desfecho futuro; - Identificará áreas sobre as quais pode ter controle; - Reconhecerá a realidade de que algumas áreas estão fora do seu controle.
7- INSÔNIA (padrão do sono perturbado)	- Determinar efeitos de medicamentos sobre o sono; - Auxiliar e eliminar situações estressantes antes de dormir; - Ouvir queixas subjetivas referentes à qualidade do sono; - Identificar o que interrompe o sono e a frequência que ocorre.	- Verbalizará que entende o distúrbio do sono; - Identificará as intervenções apropriadas para promover o sono; - Dirá que houve melhora do padrão de sono, que se sente melhor e mais descansado.
8- MOBILIDADE física prejudicada	- Orientar sobre uma boa postura enquanto realiza qualquer atividade; - Determinar o nível motivacional do paciente para manter ou restaurar o movimento das articulações.	- Verbalizará disposição para participar das atividades de acordo com suas necessidades; - Verbalizará que compreende a situação, o regime terapêutico e as medidas de segurança para seu caso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos dados, observa-se que, apesar de se tratar de pacientes com a mesma patologia, apenas dois diagnósticos de enfermagem traçados para os pacientes em estudo foram semelhantes. A elaboração do plano de cuidados de enfermagem, como consequência da individualidade percebida e respeitada de cada paciente estudado, teve semelhanças e particularidades.

Tais aspectos são compatíveis com todos os propósitos estabelecidos para a aplicação do processo de enfermagem (sistematização da assistência de enfermagem), que objetiva a individualização da assistência, de forma a considerar as necessidades específicas de cada indivíduo, concebendo planejamento resolutivo que venha ao encontro das suas demandas objetivas. Para tanto, as diferenças esboçadas na identificação dos diagnósticos de enfermagem, nos planejamentos das intervenções e nos resultados esperados deste estudo são plenamente compatíveis com a qualidade das ações de enfermagem.

As diferenças e similaridades encontradas, portanto, comprovam a riqueza de aspectos que o enfermeiro deve considerar quando atende aos pacientes, tanto na

área ambulatorial, como nesse estudo, como na área hospitalar. Neste contexto, entende-se que os profissionais de saúde devem descobrir formas e estratégias que resultem em melhor assistência aos seus usuários. Nesse aspecto, a estruturação da assistência de enfermagem com base na SAE se mostra um caminho efetivo para a promoção de ações qualificadas, com base científica.

Os enfermeiros devem, portanto, buscar a cada dia aperfeiçoar as suas competências e habilidades para alcançar a eficiência na avaliação do paciente, na identificação de diagnósticos de enfermagem, no planejamento da assistência, e na avaliação da assistência e do alcance dos resultados esperados para cada um deles. Torna-se necessário também ressaltar a importância da educação para o autocuidado e o esclarecimento dos pacientes como fundamentais para a sua recuperação/reabilitação. A adesão à terapêutica recomendada é, então, extremamente necessária para o sucesso do tratamento multidisciplinar.

Neste estudo, percebeu-se ainda a importância da postura na prevenção da hérnia de disco. Tal percepção leva à reflexão de que existe a necessidade de estratégias de promoção da saúde na área, envolvendo a participação da equipe de saúde, inclusive com a mobilização da comunidade para participar de atividades educativas para a adoção de postura adequada, que previna tais problemas.

Por fim, a garantia do sucesso de qualquer intervenção de enfermagem pode ser atribuída à maneira pela qual são atendidas as demandas físicas, emocionais, sociais e espirituais do paciente. Para atender às necessidades reais de um paciente, é necessário que ele seja bem atendido, acolhido e que a equipe de enfermagem estabeleça uma relação de confiança com ele, pois esses fatores irão contribuir para sua recuperação.

## **SYSTEMATIZATION NURSING CARE FOR PATIENTS WITH HERNIATED DISC**

### **ABSTRACT**

A herniated disc is a frequent condition that affects the lumbar spine and joint structures, altering the functioning of the region and the biomechanical properties of natural tissues. The clinical extends according to the engaged position of structures, ranging from asymptomatic to symptomatic. The study aimed to: Develop a proposal for systematization of nursing care for patients with Herniated Disc; Collect data about the patient's health status; Identify nursing diagnoses based on NANDA Taxonomy; Establish, from the prioritization of diagnoses nursing, nursing interventions in accordance with IAS; Discuss the nursing care plan established for

each patient according to the literature. This is an exploratory descriptive case study with qualitative approach, carried out in a neurology clinic in João Pessoa. The sample consisted of two patients, one female and one male, aged 30-50 years with confirmed diagnosis of disc herniation. The interview consisted of objective questions and subjective view of the proposed objectives. To facilitate the analysis of data were created two clinical histories. After analyzing the data, it was found only two strokes of nursing diagnoses for patients in the study are similar. Fatigue-related ill-health and physical mobility harms related to neuromuscular damage. We conclude therefore that although the case of patients with the same pathology, remains the individuality of each patient in response to the disease, confirmed by the observed difference in nursing care plan. Thus, considering that nursing professionals should seek continuous learning that enables them to act sensibly and competently, enabling the development of individualized care actions and resolving to patients under their care.

**Keywords:** Assistance of nursing. Low back pain. Nursing diagnosis.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa JA. Hérnia de Disco, 2004. [acesso em: 09 maio 2011] Disponível em: [http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/hernia\\_de\\_disco.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/hernia_de_disco.htm).
2. Andrade SC, Araújo AGR. Back scholl: historical revision and its application in chronic low back pain. Rev. Bras. Reumatol. São Paulo, jul./ago 2005; 45(4).
3. Smeltzer SC, Bare BG, Winkle JL, Cheever KH. Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Montenegro H. Lombalgia. 2009. [acesso em: 24 mar 2011]. Disponível em: <http://www.herniadedisco.com.br/doencas-da-coluna/lombalgia>.
5. Pires EG. Conduas Terapêuticas na Hérnia de Disco Lombar. 2005. [acesso em: 10 maio 2011] Disponível em: <http://fisioterapiaesaude.weebly.com/uploads/4/3/1/3/4313362/hernia20de20disco20eliane.pdf>.
6. McCormick LC. Discos Intervertebrais e Radiculopatias. In: Rowland LP, editor. Merrit: Tratado de Neurologia. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
7. Milane JP, Martins RI, Silva EC da, Rocha CE. A qualidade de vida no período pré e pós-operatório de pacientes portadores de hérnia de disco lombar. Rev. Dor, São José do Rio Preto, São Paulo. 2009;10(1).
8. Santos MS. Hérnia de Disco: Uma revisão clínica, fisiológica e preventiva. 2003. [acesso em: 18 abr. 2011]. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=716251>.

9. Conselho Federal de Enfermagem. Legislação. Resolução 358, em 15 de outubro de 2009. [acesso em: 13 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>.
10. North American Nursing Association-NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
11. Dochterman JMC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC). 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. 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.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Resolução 311, de 12 maio de 2007.
14. Doenges ME, Moorhouse MF, Murray AC. Diagnósticos de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
15. Nettina SM. Prática de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

<b>Recebido em: 26.06.12</b> <b>Aceito em: 29.06.13</b>
--

## TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: CONHECIMENTO DOS FATORES ESTRESSORES

Gylvana Feitosa de Figueiredo Siqueira<sup>1</sup>  
Anne Jaquelyne Roque Barrêto<sup>2</sup>  
Maria Sueli Menezes<sup>3</sup>  
Salmana Rianne Pereira Alves<sup>4</sup>  
Fabiana Ferraz Queiroga Freitas<sup>5</sup>

### RESUMO

O estresse do enfermeiro da atenção primária de saúde está relacionado a diversos fatores de risco como de natureza física, química e biológica. Este estudo teve como objetivo: conhecer os fatores estressores que influenciam no estresse de enfermeiros assistencialistas da atenção primária em saúde. De natureza exploratória, com abordagem qualitativa, desenvolvido nos serviços de Atenção Primária em Saúde dos municípios de Sumé e Monteiro, localizados no estado da Paraíba, com dez enfermeiros, durante o mês de outubro de 2011, utilizando-se para coleta de dados um roteiro de entrevista. A análise ocorreu por meio da técnica da Análise de Conteúdo de Bardin. Identificaram-se três categorias: trabalho do enfermeiro e os aspectos que influenciam para o desenvolvimento de estresse; adoecimento experienciado pelos enfermeiros no processo de trabalho; medidas que influenciam para diminuição dos fatores que causam estresse. Os enfermeiros apresentam-se insatisfeitos com as condições de trabalho que lhes são oferecidas, as quais influenciam o desenvolvimento de estresse. Constatou-se, então, a necessidade de implantar políticas de saúde voltadas à saúde dos trabalhadores.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Saúde do trabalhador. Estratégia Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

O termo saúde do trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutoranda pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Email: annejaque@gmail.com.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissionalizante em Terapia Intensiva. Professora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Email: mariasmenezes@ig.com.br

<sup>4</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. Email: sal\_riane@yahoo.com.br.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Terapia Intensiva e Ciências da Educação. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da FACENE/FAMENE. Email: fabianafq@hotmail.com.

formas específicas de adoecer e morrer, sendo o trabalho reconhecido como importante fator de adoecimento, desencadeamento e crescente aumento de distúrbios psíquicos<sup>1</sup>.

Alguns sinais e sintomas de distúrbios psíquicos incluem: modificação do humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono (falta ou excesso), ansiedade, pesadelos com o trabalho, intolerância, descontrole emocional, agressividade, tristeza, alcoolismo e absenteísmo<sup>1</sup>.

Os profissionais de saúde, que lidam na Atenção Primária, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, deparam-se em seu cotidiano com conflitos familiares e sociais, bem como o estresse da violência urbana e das áreas rurais, afetando-lhes diretamente devido a seu trabalho em áreas de periferias e comunidades carentes.

Devido às condições de trabalho e à peculiaridade de suas atividades, faz-se necessário que esses profissionais de saúde estejam atentos a sua saúde física e mental, pois disso depende e determina a conduta do trabalhador e a qualidade de seus atendimentos. Estressores como falta de estrutura física para o desempenho de atividades, reconhecimento profissional, alta demanda de atendimentos, carga horária elevada, remuneração, trabalho repetitivo, interrupção de suas tarefas antes delas serem completadas e falta de segurança do trabalho, dentre outros, podem incapacitar esses profissionais de realizarem seus trabalhos de maneira satisfatória, interferindo na relação do profissional com a população, levando a um prejuízo na assistência prestada, como também interferindo na qualidade de vida desses trabalhadores<sup>2</sup>.

De igual modo, a saúde dos trabalhadores na referida área tem sido a preocupação crescente por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), que através do HumanizaSUS, política que engloba diferentes níveis e dimensões da Atenção e Gestão, considera a importância de voltar o olhar para o processo de trabalho em saúde, a fim de que este não seja promotor de sofrimento e desgaste, mas sim local de promoção da saúde também para os profissionais envolvidos<sup>3</sup>.

O enfermeiro é um exemplo de categoria que possivelmente está submetida à influência de estressores, pois necessita constantemente estar atento a seus papéis e ao papel da instituição pública frente ao usuário, na tentativa de atender aos desafios decorrentes da implementação do SUS, como: universalização, regionalização, hierarquização dos serviços, dentre outros<sup>4</sup>.

Cabe ressaltar que estudos pertinentes a essa temática ainda são pouco discutidos na literatura, especificamente no estado da Paraíba, o que aponta a necessidade de capacitação dos enfermeiros para prestação da assistência baseada na produção do cuidado individual e coletivo, o que pode minimizar a sobrecarga de trabalho atual. Frente ao exposto, foi construída a seguinte questão que norteou este estudo: Quais os fatores causadores de estresse no trabalho do enfermeiro da Atenção Primária em Saúde?

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo: conhecer os fatores estressores que influenciam no estresse de enfermeiros assistencialistas da atenção primária em saúde dos municípios de Sumé e Monteiro/PB.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido nos serviços de Atenção Primária em Saúde dos Municípios de Sumé e Monteiro, localizados no estado da Paraíba, Brasil, durante o mês de outubro de 2011.

O universo da pesquisa foi representado por enfermeiros que trabalham nos serviços de saúde, sendo a amostra composta por 10 (dez) enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, sendo 5 (cinco) do Município de Sumé e 5 (cinco) do Município de Monteiro. Os participantes, de ambos os sexos, foram selecionados para a entrevista de forma intencional, atendendo aos critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram: trabalhar na Estratégia Saúde da Família por no mínimo 01 ano; estar presente no local da coleta de dados; ter disponibilidade; aceitar participar do estudo; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para a condução do estudo, foram contempladas todas as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 311/2007 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, sob protocolo 169/2011 e CAAE 0169.0.351.000/11.

Para obtenção do material empírico foi utilizado a técnica de entrevista por meio de roteiro semiestruturado, contendo questões acerca dos fatores estressores que afetam o enfermeiro em seu ambiente de trabalho, assim como experiência de

adoecimento por parte dos enfermeiros e as possibilidades de minimização do processo de estresse na atenção primária em saúde.

As entrevistas foram gravadas pelos autores, utilizando-se um gravador de voz digital. Em seguida, as falas foram transcritas na íntegra para o computador, possibilitando uma melhor análise do conteúdo. Cabe evidenciar que o material coletado passou por correções linguísticas, sem suprimir o caráter espontâneo das falas.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática de Bardin<sup>5</sup>, com o objetivo de compreender criticamente o sentido das comunicações, ou conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas. Para análise do conteúdo das falas adotou-se os seguintes passos: leitura do material para o entendimento do todo; identificação dos pontos convergentes nos questionamentos; agrupamento de ideias semelhantes; identificação de categorias que foram denominadas de acordo com os significados em cada agrupamento<sup>5</sup>.

Após a realização dessas etapas, foi definida a seguinte categoria temática: *Trabalho do enfermeiro na atenção primária em saúde: conhecimento dos fatores estressores* com as seguintes subcategorias: aspectos que influenciam para o desenvolvimento de estresse; adoecimento experienciado pelos enfermeiros no processo de trabalho; medidas que influenciam para diminuição dos fatores que causam estresse.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Apresentam-se, a seguir, as subcategorias elaboradas a partir dos dados coletados durante a pesquisa, que permitiram conhecer os fatores estressores que influenciam no estresse de enfermeiros participantes deste estudo.

### **Subcategoria 1: Aspectos que influenciam para o desenvolvimento de estresse**

A primeira categoria evidencia o trabalho do enfermeiro e os aspectos que influenciam para o desenvolvimento de estresse. O conhecimento acerca desses

aspectos possibilita uma reflexão das práticas assistenciais, contribuindo para a qualidade da mesma.

No que diz respeito às experiências de trabalhos anteriores, pode-se observar que, dentre os 10 entrevistados, 2 mencionaram que o trabalho do enfermeiro da atenção básica em saúde não causa estresse, mas cerca de 80% afirmam o contrário.

Os riscos mais relevantes mencionados pelos enfermeiros entrevistados referem-se ao estresse, às relações sociais, à sobrecarga de trabalho relacionado a questões burocráticas, à tripla jornada de trabalho, ou seja, o nível de carga horária elevada, as relações humanas, a falta do trabalho em equipe, a falta de incentivo por parte dos gestores da saúde, falta de compromisso e de responsabilidade, são condições de trabalho aos quais estão submetidos pela falta de material. Como demonstram as falas abaixo:

“Sim, com certeza, pela sobrecarga do horário e o acúmulo de funções onde você absorve funções de outros profissionais, [...] o salário baixo, [...], e no caso a gente tem que ter outro emprego e que nos deixa sem vida pessoal, [...] às vezes temos que dar plantões pra complementar nosso salário” (E5)

“Principalmente pela carga que nós temos como profissional [...] principalmente administrativa a responsabilidade técnica é do enfermeiro, [...] então o grande fator estressor da gente como enfermeiro do PSF é a falta de reconhecimento profissional” (E7)

Percebe-se que, ao longo da história da enfermagem, desde o seu início, problemas relacionados à profissão contribuíram para que atualmente o enfermeiro buscasse, constantemente, seu reconhecimento diante outros profissionais. Além disso, outros fatores como o número reduzido de enfermeiros na equipe, os baixos salários e a alta carga horária de trabalho mensal favorecem o surgimento do estresse do enfermeiro.<sup>2</sup>

Desde a década de 30, pesquisas afirmam a existência de estresse no campo da saúde. O cientista Hans Selye, primeiro cientista a utilizar o termo stress no setor saúde, “observou que o estresse produzia reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor”, cuja percepção levou-o a caracterizar a Síndrome Geral de Adaptação-SGA<sup>6:15</sup>.

Outra questão identificada nas falas dos enfermeiros relaciona-se ao ambiente de trabalho, como o envolvimento com os problemas dos usuários, trabalho rotineiro e repetitivo bem como a dificuldade no desenvolvimento do trabalho em equipe.

“Todo trabalho causa estresse de um modo geral, até porque você não pode separar totalmente as questões sociais, você termina se envolvendo com os problemas dos usuários, e ainda temos os nossos problemas particulares” (E2)

“Sim, eu posso dizer que ele causa estresse não só através do trabalho repetitivo e rotineiro, mas também por conta da não desenvoltura da equipe, o enfermeiro se estressa com relação a isso, porque tá cobrando muito, não é bom agente está cobrando ao outro [...]”(E9)

Salienta-se que, na atualidade, consideram-se as características individuais, por interferirem na percepção do indivíduo sobre o ambiente, como fatores participantes no nível de estresse experimentado pela pessoa, mas que este depende da presença de eventos, no ambiente organizacional, avaliados como estressores.

Os elementos estressores e/ou fatores de risco para o estresse no cotidiano de trabalho do enfermeiro podem relacionar-se a: situações críticas vivenciadas, o gerenciamento de pessoal, a desvalorização profissional, o preconceito, a indefinição do papel profissional, a incompreensão de alguns profissionais e a carga horária, como tempo insuficiente dispensado às atividades a desenvolver e/ou a sobrecarga de trabalho<sup>7</sup>.

## **Subcategoria 2: Adoecimento experienciado pelos enfermeiros no processo de trabalho**

A segunda categoria descreve o adoecimento experienciado pelos enfermeiros no processo de trabalho. Os depoentes destacaram como negativos os fatores das doenças mentais como também as doenças biológicas.

“hoje eu tenho um problema sério de coluna, tenho escoliose e bicos de papagaio por excesso de peso no trabalho” (E2)

“acabei sofrendo um choque e passei o mês inteiro com a mão dormente por causa desse choque que sofri” (E4)

“sim, hipertensão” (E3)

“eu tenho um problema de LER/DORT e artralgia crônica diagnosticada pelo excesso de escrita” (E7)

“devido às trepidações do carro cheguei a ter parto pré-maturo devido à locomoção pra zona rural” (E8)

Os enfermeiros encontram-se expostos a fatores de risco de natureza física, química e biológica, o que justifica a inclusão da profissão de enfermagem no grupo das profissões desgastantes<sup>2</sup>.

De acordo com alguns estudos, o estresse proporciona tanto o surgimento de sintomas físicos quanto psicológicos. Os principais sintomas físicos que podem ser identificados em um trabalhador são os distúrbios osteomusculares, síndrome da fadiga, desgaste físico, dentre outros. Em relação aos sintomas psicológicos, apresentam depressão, angústia, ira, hipersensibilidade emotiva, insônia, tensão, depressão, dentre outros. Entretanto, uma vez detectada a sintomatologia, e sem tratamento, poderá desencadear doenças mais sérias como hipertensão arterial, úlceras, herpes, doenças isquêmicas coronarianas, síndrome do pânico, observando a carga genética de cada pessoa<sup>8</sup>.

Existem condições que favorecem o desenvolvimento de patologias (estresse, síndrome de Burnout, doenças psicossomáticas), que influenciarão negativamente na vida do profissional, debilitando-o nas áreas afetivas, sociais, do trabalho, alterando assim, sua qualidade de vida<sup>8</sup>.

O desgaste causado pelo estresse pode levar o indivíduo ao estado de Burnout, termo muito usado atualmente nos Estados Unidos, que descreve uma realidade de estresse crônico em profissionais que desenvolvem atividades que exigem um alto grau de contato com as pessoas<sup>9</sup>.

Os sinais e sintomas dessa síndrome demonstram exaustão física, psíquica e emocional, com redução da realização pessoal no trabalho e despersonalização, que são observadas quando há exigência de grande qualificação intelectual, com importantes decisões a serem tomadas, de peso emocional intenso, principalmente

em indivíduos que exercem sua profissão durante muitos anos, com carga horária excessiva e em ambiente potencialmente estressante<sup>8,9</sup>.

### **Subcategoria 3: Medidas que influenciam para diminuição dos fatores que causam estresse**

A terceira categoria foi elaborada a partir das falas dos participantes, os quais referem medidas que influenciam para diminuição dos fatores que causam estresse. O uso dessas medidas possibilitará uma maior qualidade de trabalho, o que pode levar à melhoria da qualidade de vida do profissional, assim como à melhoria na qualidade do cuidado por ele desenvolvido.

Através dos relatos, foi possível evidenciar a preocupação dos enfermeiros em buscar medidas que possam influenciar para diminuição dos fatores estressores no seu ambiente de trabalho. Ressaltam que, para tal, é preciso ter a participação dos gestores nas instâncias federal, estadual e, principalmente, municipal por estarem mais próximas dos profissionais e acompanhar de perto a trajetória, ofertar o material e a estrutura adequados para realizar o trabalho de forma coerente.

“Um ambiente de trabalho adequado, o material de consumo para que a gente possa realizar o trabalho com dignidade” (E1)

“um maior cuidado com o material de trabalho, uma supervisão mais intensa porque não basta deixar só o material lá e passar anos e anos” (E4)

“As condições de trabalho deveriam melhorar já que nos cobram tanto, já que o Governo Federal quer tanta verba para a saúde, deveria ser tudo organizado, tudo dentro dos padrões, acho que eles vão fazendo de bolo só pra receber dinheiro para aumentar as verbas, pra atingir as metas [...]” (E2).

“que a gente tenha condições de trabalho e estrutura física, material diário disponível pra gente trabalhar” (E10)

Com base nos depoimentos citados, percebe-se a preocupação dos enfermeiros com a falta de participação dos gestores para a realização dos seus trabalhos e, como também, a insuficiência desses gestores em desenvolver suporte como políticas de saúde para melhoraria da qualidade de vida desses profissionais.

Para além dos conceitos técnicos que possibilitam o modo de operar políticas de saúde, faz-se necessário que o gestor em saúde reconheça, como norteador da

sua prática, o conceito ampliado de saúde e que este seja entendido como sinônimo de qualidade de vida de seus munícipes, tendo como objetivos a prevenção e a promoção da saúde da população sob sua responsabilidade. A promoção da saúde visa a assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam toda pessoa assegurar plenamente o seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidades de conhecer e controlar os fatores determinantes de sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes<sup>9</sup>.

Os enfermeiros também relatam a melhoria do trabalho em equipe, a questão do relacionamento interpessoal como fator para a diminuição do estresse no ambiente de trabalho. O relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho na USF, na grande maioria das ocupações, envolve interações entre pessoas, sejam entre colegas de mesmo nível hierárquico, superiores e subordinados, seja entre empregados e clientes. Quando essas interações resultam em conflitos tem-se outra fonte de estresse, conforme os depoimentos:

“A realização concreta do trabalho em equipe, cada um ver a sua responsabilidade, cada um fazer o que compete ao seu setor” (E9)

“Acho que tem que começar dentro da própria unidade, trabalhar mais em equipe, participar mais e haver certo entrosamento com a equipe e com as pessoas, a pessoa tem que está de bem com a vida, chegar no trabalho com bom humor pra poder passar para as pessoas da comunidade” (E8)

“Colegas tivessem o entendimento de tudo, por que muitos colegas chegam, médicos e outros colocam pra gente que saúde da família é atendimento e a gente sabe que não é, então às vezes, a gente peca muito, tem dificuldades no trabalho, a gente às vezes desiste da luta porque a gente tem esses enfrentamentos, e isso dentro das equipes” (E7)

Em relação à demanda de trabalho, afirmam que a sua melhora é de grande importância, em se tratando de um fator estressor, pois ressaltaram que afeta negativamente no seu trabalho em relação à carga horária elevada e o déficit de pessoal, como, por exemplo, a falta de médico na USF. Este resultado é considerado como importante causador de sofrimento psíquico, uma vez que o enfermeiro fica sobrecarregado em atribuições gerenciais e assistenciais.

“A gente estava até discutindo, pela quantidade de responsabilidade que temos, o que seria uma estratégia, que inclusive vou até expor na conferência, e que vamos relatar lá é que, para tanta burocracia, deveria existir um profissional, que não fosse o enfermeiro, para estar resolvendo essas burocracias básicas e a gente ficasse com a prevenção e promoção que é o trabalho do PSF” (E6)

“atingir as metas porque a gente tem que atingir as metas, porque isso é verdade, a gente trabalha em cima de metas, eles não querem saber de qualidade e sim de quantidade, se você não tiver uma boa quantidade não adianta, o povo na rua tá dizendo que sou excelente, mas eu não atinjo a minha meta, não adianta qualidade só ver a quantidade, então isso é um fato que estressa realmente” (E2)

Com o objetivo de aumentar o ganho mensal, os profissionais de enfermagem acumulam vínculos empregatícios, o que acarreta uma jornada de trabalho interminável. Essa rotina de trabalho contínuo multiplica e acumula a exposição a riscos diversos que, além do trabalho diário, no caso da enfermagem, quando os enfermeiros possuem mais de um vínculo, lançam mão também do horário noturno por meio de plantões<sup>9</sup>. Nesse sentido, percebe-se que

flexibilização não avança na direção da proteção do trabalhador, gerando, ao contrário, aumento considerável da insegurança nos projetos de vida. Justifica-se, assim, que estes sujeitos tenham assinalado o item conciliação entre vida social e trabalho como um dos mais insatisfatórios<sup>9:211</sup>.

“que não sobrecarregue tanto o enfermeiro, porque tudo, todos os programas, as metas, tudo é cobrado ao enfermeiro, então acho que deveria ter menos essa pressão em cima do enfermeiro, porque é muito grande, deveria diminuir, deveria distribuir para todos os outros membros da equipe, acho que se fizesse isso o estresse da gente diminuiria bastante” (E10)

“as medidas que era para diminuir o estresse é a diminuição da sobrecarga do enfermeiro da atenção básica, porque a enfermeira, ela é taxada como chefe da unidade, como a que realiza e desenvolve todas as ações, então o próprio médico ou o odontólogo podem sim tomar a iniciativa e realizar atividades burocráticas que o enfermeiro desenvolve” (E9)

O excesso de cargas horárias e/ou atividades pode ser gerador de estresse para o profissional na medida em que o enfermeiro desempenha múltiplas, e muitas vezes, fatigantes funções em seu cotidiano: deve ser coordenador de sua equipe, envolver-se com o tratamento, diagnóstico e prevenção da doença; vivencia a falta de recursos, transporte, condições financeiras e materiais. A gestão de pessoas nem

sempre está comprometida com a ética, enfim há sobrecarga de atividades que pode ser causadora de esgotamento físico e/ou mental. O trabalhador inserido em ambiente de trabalho inadequado tende a desenvolver sinais de estresse tendo prejuízo no desempenho profissional, com comprometimento da qualidade do processo de trabalho<sup>6</sup>.

A carga de 40 horas semanais, enfrentada por muitos enfermeiros, tem acarretado um transtorno muito grande para esses profissionais. Um dos objetivos para diminuição dos fatores que causam estresse é que a classe tenha um pouco mais de condição de saúde para responder aos desafios do dia a dia. A carga de trabalho utilizada atualmente pelos enfermeiros tem causado um estresse alto, o que significa risco de saúde<sup>10</sup>.

A questão salarial para a diminuição do estresse também foi mencionada, bem como o reconhecimento profissional, pois acreditam que os dois estão interligados, e que o aumento salarial incentivaria os profissionais a não buscarem outros empregos e não ficarem sobrecarregados, dedicando-se a um só trabalho, evitando cargas horárias tão elevadas, e esse aumento seria entendido como o reconhecimento profissional.

“em primeiro lugar o reconhecimento do nosso trabalho como profissional, eu acho que o fator logicamente salarial sim, mais o reconhecimento profissional” (E7)

Valorizar a liderança do enfermeiro, junto à equipe de saúde e, especialmente, junto à gestão pública, em que sua atuação tem sido cada vez mais evidente, podendo constituir-se em estratégia de co-gestão. Os profissionais de enfermagem necessitam reconhecimento de seu trabalho, sofrem quando se esforçam para qualificar seu trabalho e não são valorizados ou não recebem uma avaliação positiva<sup>6</sup>.

“Se existisse uma melhora no salário, não seria necessária uma carga horária tão elevada, então você se doaria melhor ao trabalho e ter um estilo de vida, uma qualidade de vida melhor e não viver trabalhando, com carga horária tão elevada, porque a gente não consegue se doar ao máximo nem a um emprego nem ao outro” (E5)

“Principalmente no fator financeiro, porque hoje em dia o financeiro influencia na vida da gente, como é que vou ter uma boa qualidade de vida se não tenho um salário digno pra isso, então é basicamente essas duas coisas, a valorização do profissional” (E6)

As formas de organizações corporativas como sindicatos, federações, associações e conselhos profissionais da área de enfermagem são fontes de informações sobre aspectos relacionados, tanto a questões quantitativas como qualitativas afetas ao exercício de atividades na área. Os conselhos, face à legislação que determina a necessidade de registro para o exercício profissional, executam atividade tanto regulatórias como fiscalizadoras do exercício profissional e das ocupações relacionadas às atividades de enfermagem<sup>3</sup>.

Embora arranjos do ambiente organizacional produzam possivelmente resultados mais rápidos e eficazes na promoção da saúde, intervenções focadas no trabalhador podem, também, contribuir para a prevenção de doenças, ao atuarem como ferramenta auxiliar em programas multidisciplinares de promoção à saúde no trabalho. O modo como a pessoa lida com as circunstâncias geradoras de estresse exerce grande influência sobre sua saúde, modulando a gravidade do estresse resultante. Então, o trabalhador poderá ter sua saúde protegida ao se engajar em comportamentos de enfrentamento adequados que amenizem o impacto psicológico e somático do estresse<sup>11</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Saúde da Família tem se configurado como principal estratégia de assistência aos usuários do modelo de atenção básica à saúde no âmbito SUS. Apesar das dificuldades encontradas pelos profissionais na realização de seus trabalhos, em especial nas pequenas cidades do interior, a atenção primária tem um grande potencial de fortalecer o vínculo entre gestor e trabalhador, estabelecendo uma relação íntima com os profissionais, diminuindo os fatores estressores aos quais estão submetidos os enfermeiros que atuam nessa assistência.

O estresse assume um papel ameaçador frente às condições de trabalho, oferecidas aos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família. O estudo aponta que o potencial dos estressores nas atividades desenvolvidas por esses profissionais estão relacionados principalmente a conflitos intragrupais.

Cabe ressaltar ainda que esses profissionais estão susceptíveis às doenças ocupacionais. Portanto, a saúde desses trabalhadores está comprometida e, para amenizar tais fatores, faz-se necessário desenvolver estratégias que facilitem a sua qualidade de vida.

Para tanto, o conhecimento de fatores estressores tem a potencialidade de proporcionar aos gestores da saúde uma reflexão sobre o trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, invertendo a lógica das condições e funcionamento dos trabalhos, que lhes são proporcionados na atenção primária de saúde.

Os resultados desse estudo sugerem políticas de saúde voltadas para a saúde dos trabalhadores, que promovam intervenções focadas na prevenção de doenças, que auxiliem em programas multidisciplinares de promoção de saúde do trabalhador, que as instituições municipais da saúde ofereçam melhor qualidade de trabalho para esses profissionais. Capacitação voltada para o trabalho em equipe, implantação de grupos de terapia comunitária, implementação pedagógica para que os profissionais possam lidar melhor com os problemas socioculturais, e que seus trabalhadores possam ter sua saúde protegida, amenizando o impacto psicológico somático do estresse, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida e trabalho, com ênfase aos aspectos físicos e mentais, em prol da prevenção de patologias provenientes do estresse advindo do ambiente de trabalho.

## **WORK OF NURSES IN PRIMARY HEALTH: KNOWLEDGE OF FACTORS STRESSORS**

### **ABSTRACT**

The stress of nurses in primary health care is related to several risk factors as physical, chemical and biological. This study aimed to determine factors that influence the stressors of nurses stress welfare of primary health care in the municipalities of Sumé and Monteiro, located in the state of Paraíba. An exploratory qualitative approach, developed in the services of Primary Health Care of Municipalities of Sumé and Monteiro, located in the state of Paraíba, with ten nurses during the month of October 2011, using data interview script. The analysis was by the technique of content analysis of Bardin. We identified three subcategories of nursing work and the factors influencing the development of stress, illness experienced by nurses in the work process, measures to reduce influence of the factors that cause stress. The nurses present themselves dissatisfied with working conditions offered to them, which influence the development of stress. It was found, then the need to implement health policies for health workers.

**Keywords:** Nursing. Occupational health. Family Health Strategy.

### **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica: Programa saúde da família. N. 5, Brasília; 2002.

2. Ferreira LRC, Martino MMF. O Estresse do Enfermeiro: Análise das Publicações. Rev. Ciênc. Méd Campinas [periódico na internet]. 2006 maio/jun [acesso em: 2011 Maio 25]; Disponível em: <http://www.puccampinas.edu.br/centros/ccv/.../artigos/931.pdf>.
3. Brasil. Ministério do Trabalho. Empregabilidade e trabalho dos Enfermeiros no Brasil. Brasília; 2006.
4. Carvalho L. Atenção Básica: stress e estressores ocupacionais em médicos e enfermeiros de Paracambi: [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas; 2007.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 7. ed. Lisboa: Edições 70; 1994.
6. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev Latino-Am Enferm 2004 Jan/Fev; 12(1):14-21.
7. Siqueira KI, Fontana RT. O Trabalho do Enfermeiro em Saúde Coletiva e o Estresse: análise de uma realidade. Cogitare Enferm [periódico na internet]. 2009 jul/set [acesso em 2011 Nov 26]; 14(3): [número de páginas aproximado 7 p.]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16179/10698>.
8. Oliveira AC, Oliveira AAC, Rodrigues SJ, Espíndula BM. Riscos psicossociais que acometem a saúde dos trabalhadores da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde: uma revisão de literatura. Rev. Eletrônica do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [periódico na internet]. 2009 [acesso em: 2011 Maio 12]. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/.../SAUDE/29-pdf>.
9. David HMSL, Mauro MYC, Silva VG, Pinheiro MAS, Silva FH. Organização do Trabalho de Enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. Texto Contexto Enferm [periódico na internet]. 2009 abr/jun [acesso em: 2011 Nov 27]; 18 (2): [número de páginas aproximado 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>.
10. Pitella EM. Redução da carga horária dos enfermeiros causa conflito. Clippings Jurídicos, São Paulo, outubro; 2009. Disponível em: <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=61738>. Acesso em: 01 dez 2011.
11. Calderero ARL, Miasso AI, Webster CMC. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. Rev. Eletr. Enfermagem [periódico na internet]. Mar. 2008 [acesso em: 2011 Dez 01];10(1): [número de páginas aproximado 11 p.]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7681/5455>.

<b>Recebido em: 21.06.12</b> <b>Aceito em: 14.07.13</b>
--

## ALCOOLISMO: UMA PROBLEMÁTICA FAMILIAR

Khivia Kiss da Silva Barbosa<sup>1</sup>  
Raquel Firmino da Silva<sup>2</sup>  
Kay Francis Leal Vieira<sup>3</sup>  
Nereide de Andrade Virgínio<sup>4</sup>  
Adriana Lira Rufino<sup>5</sup>

### RESUMO

O alcoolismo é um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool, que afeta o indivíduo e a família como um todo, causando o adoecimento psicológico, emocional e espiritual, e desagregação no sistema familiar. Este estudo teve como objetivo: analisar a concepção de familiares acerca do alcoolismo. Trata-se de estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica Saúde da Família do município de Rio Tinto-PB. A amostra foi composta de 10 familiares de pessoas acometidas pelo alcoolismo. Para a coleta de informações, foi utilizado um formulário de entrevista e os dados foram analisados pela técnica Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa FACENE/FAMENE sob protocolo 243/10. Na análise qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo tivemos como ideias centrais: “Alcoolismo é uma doença”; “Diversos fatores como: sociais, ambientais e genéticos que levam um indivíduo a beber em excesso”; “Alcoolismo na adolescência”; “Inúmeras, pois afeta todo o sistema familiar” e “Não”. Evidenciou-se que o alcoolismo é referido como doença por 100% dos familiares, porém, não é reconhecida como tal. Também foi identificada a existência de outras pessoas alcoolistas na família. Constatou-se que 40% responderam afirmativamente, sendo 50% tios e 50% primos dos participantes da pesquisa. Isso aponta a necessidade da existência de redes de apoio social, bem como do fortalecimento dos recursos assistenciais e de apoio, através dos quais os familiares encontrem auxílio e ajuda para satisfazerem as suas necessidades em situações cotidianas e de crise, partindo da porta de entrada do sistema de saúde pública, a Estratégia Saúde da Família.

**Palavras chave:** Alcoolismo. Relações familiares. Conhecimento.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Docente da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG e das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/FAMENE. Rua Enf. Ana Maria Barbosa de Almeida 600. Apto. 104, Jardim Cidade Universitária. CEP: 58052-270, João Pessoa –PB. Tel.: 9964-1197. E-mail: khiviakiss@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira da Estratégia da Família de Rio Tinto/PB. E-mail: raquel.firminos@hotmail.com.

<sup>3</sup> Psicóloga. Mestre e Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. E-mail: kayvieira@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenadora de Curso e Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. Enfermeira concursada do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: nereideav@uol.com.br.

<sup>5</sup> Enfermeira. Especialista em Programa Saúde da Família. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/FACENE. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: adriana.lira.rufino@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

O alcoolismo caracteriza-se por um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool, que afetam o indivíduo acarretando problemas físicos, mentais e sociais, cujo agravamento pode levar desde ao declínio até a morte. Afeta a família como um todo, causando o adoecimento psicológico, emocional e espiritual, bem como desagregação no sistema familiar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o uso de drogas é um problema que vem crescendo em termos de saúde pública no mundo, repercutindo em uma gama de problemas que envolvem a família e a sociedade. No caso do alcoolismo, constitui-se como importante causa de mortalidade e incapacidade nos países desenvolvidos<sup>1</sup>.

O álcool tem posição elevada entre as causas de várias doenças. A OMS acrescenta que, dentre os vários efeitos ocasionados pelo uso abusivo do álcool, as enfermidades mais frequentes são: cirrose hepática, transtornos mentais, pancreatite e câncer, bem como acidentes no trânsito, gerando altos custos econômicos e sociais decorrentes dos gastos com saúde e outros problemas relacionados ao seu uso indevido, como o aumento do índice de violência, conflitos familiares e prejuízos no trabalho<sup>2</sup>.

Estima-se que um em cada três leitos hospitalares no Brasil seja ocupado em decorrência direta ou indireta do consumo abusivo de álcool. No entanto, dos 11% de brasileiros com problemas de alcoolismo, somente 1% consegue vaga para internação pelo Sistema Público de Saúde. Os demais ficam perambulando pelas ruas ou morrem sem nenhum tipo de assistência, por falta de vagas nos hospitais públicos do país<sup>3</sup>, considerando também que alguns não buscam ajuda por não encarar a situação como doença.

Estudos científicos apontam que o uso do álcool começa na infância, mostrando que a família tem grande responsabilidade no que diz respeito ao contato inicial da criança com o álcool. É comprovado que, naquelas famílias onde não se vivenciam situações de violência doméstica, em que existe diálogo sobre os problemas do cotidiano e onde há interesse dos pais pelos filhos, existe menor probabilidade do uso abusivo de álcool<sup>4</sup>.

O consumo excessivo da bebida alcoólica tem se tornado sério problema de saúde pública, haja vista que o uso abusivo deste tipo de droga desencadeia uma experiência negativa e ameaçadora, tanto para o indivíduo que dela faz uso abusivo quanto para a família e a sociedade. Este fato promove um processo gradativo de desintegração social, familiar e pessoal, trazendo consequências desastrosas ao convívio familiar, envolvendo todas as pessoas diretamente vinculadas ao processo evolutivo do alcoolismo<sup>5</sup>.

Por seu caráter lícito e pelo aumento de seu consumo, o álcool representa alto risco para o usuário e, conseqüentemente, para sua família que, por vezes, incentiva o uso da bebida como forma de lazer ou hábito cultural, sendo o estímulo da primeira experiência realizado pelos próprios pais.

A relevância da pesquisa justifica-se pelo fato de que as bebidas alcoólicas estão cada vez mais presentes nas famílias. O desenvolvimento progressivo do alcoolismo acarreta em cada membro da família o adoecer da alma, corpo e mente, ocasionando problemas como angústia, ansiedade e depressão. Mais que um problema individual, o alcoolismo, na medida em que atinge a família no seu conjunto, pode ser considerada uma doença familiar, uma vez que o sofrimento é de todos e não só do dependente.

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar a concepção de familiares acerca do alcoolismo.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantiquantitativa. A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBS) do município de Rio Tinto-PB. A escolha do local deve-se ao fato de o mesmo ser um espaço onde se encontram cadastrados vários familiares de pessoas acometidas pelo alcoolismo.

A população foi composta por todos os familiares de pessoas acometidas pelo alcoolismo cadastradas na Unidade Básica de Saúde, local da pesquisa. A amostra foi composta por 10 daqueles que tinham idades acima de 18 anos, sendo familiares de pessoas acometidas pelo alcoolismo, que aceitassem participar livremente do

estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista estruturado em duas partes: a primeira constou de questões sobre a caracterização socioeconômica dos familiares entrevistados e a segunda questão concernente à temática do alcoolismo.

A coleta de dados foi formalizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEM/FACENE/FAMENE, sob protocolo 243/10, além do encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso para a Instituição, local da pesquisa, comunicando a pretensão da mesma.

A pesquisa foi realizada em dias úteis dos turnos manhã e tarde, durante os meses de fevereiro e março de 2011, em dois momentos. O primeiro destinado ao contato prévio com os participantes, quando foram apresentados os objetivos da pesquisa, a sua importância na mesma, e a apresentação do TCLE, o qual foi assinado. O segundo momento foi a realização da pesquisa, em que foi esclarecida a finalidade do estudo, garantia do anonimato e procedimento para coleta, ficando os pesquisadores à disposição do entrevistado para dirimir quaisquer dúvidas sobre a pesquisa. A entrevista foi gravada utilizando um aparelho de MP3.

O material de caracterização socioeconômica foi selecionado e analisado com base no enfoque do método quantitativo, a partir de dados primários coletados de informações contidas no instrumento de coleta. Em seguida, os dados foram agrupados através de *software* estatístico, servindo assim para discussão dos resultados à luz da literatura pertinente.

Os dados qualitativos foram analisados à luz do referencial de Lefèvre. A fonte coletada foi disposta de acordo a Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo este um procedimento que retrata as expressões das falas dos pesquisados, o que viabiliza o pensamento em forma de síntese e possibilita interpretações para fundamentar os resultados<sup>6</sup>.

No que se refere aos passos operacionais até a síntese no Discurso do Sujeito Coletivo, incluem-se: (a) leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; (b) leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas; (c) identificação das ideias centrais de cada resposta; (d) análise de todas as expressões-chave e ideias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos; (e) identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada

discurso; (f) construção dos discursos do sujeito coletivo de cada quadro obtido na etapa anterior; (g) atribuição de um nome ou identificação para cada um dos discursos do sujeito coletivo<sup>6</sup>.

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela Resolução nº 196/96 CNS/MS<sup>7</sup>, no tocante aos aspectos éticos que tratam o envolvimento com seres humanos em pesquisa; assim como a Resolução nº 311/2007 COFEN que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem<sup>8</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 10 familiares, em sua maioria, mulheres (80%), reforçando o caráter feminino do cuidar que, no Brasil, caracteriza-se como um papel atribuído social e culturalmente à mulher<sup>9</sup>. Nesse direcionamento, os estudos sobre cuidadores e familiares revelam uma extensa produção sobre o tema, referente a idosos dependentes, portadores de doenças crônico-degenerativas, portadores de distúrbios cognitivos, pacientes portadores do vírus HIV e pacientes com transtornos mentais. No entanto, não foram encontrados estudos sobre cuidadores de pacientes alcoolistas. O papel de cuidador é cansativo, pois soma-se aos problemas vivenciados, como a depressão e desgaste físico<sup>10</sup>.

No que concerne à faixa etária dos familiares dos alcoolistas, verificou-se que 30% possuíam idades entre 21 e 31 anos; outros 30% tinham idades compreendidas entre 32 e 42 anos; já entre 43 e 52 anos foram identificadas 4 pessoas, correspondendo a 40% da amostra total. De acordo com a religião, verificou-se que 40% eram católicos, 30% evangélicos e 30% dos participantes não informaram.

Qualquer forma de espiritualidade destaca-se como fator de proteção em relação ao uso de álcool e outras drogas, pois pessoas que não possuem vínculos religiosos são as que fazem maior consumo de bebidas alcoólicas. A religiosidade vem sendo apontada como importante fator de proteção para a saúde e que influencia positivamente na saúde mental<sup>11</sup>.

No que se refere ao estado civil dos participantes, ficou evidenciado que a maioria deles eram casados (50%), sendo os demais solteiros (30%), viúvos (10%) e

com união estável (10%). Embora no presente estudo tenham sido encontrados mais participantes casados, existem relatos na literatura especializada que demonstram que o maior número de cuidadores possui estado civil solteiro. As solteiras costumam desempenhar, com maior frequência, o papel de cuidadoras informais, principalmente, por não possuírem uma família constituída, o que as torna mais disponíveis para cuidar dos pais e avós<sup>12</sup>.

De acordo com a profissão e ocupação dos participantes desta pesquisa, foram identificadas várias profissões, como estudantes (20%), aposentados (10%), auxiliares de serviço gerais (10%), sem profissão (10%), agentes comunitários de saúde, (10%), auxiliares de consultório dentário (10%), professores (10%), do lar (10%) e merendeiras (10%).

Com relação ao grau de instrução, verificou-se que 20% dos participantes possuíam ensino fundamental incompleto, 20% ensino médio incompleto, 30% ensino médio completo, 20% não eram alfabetizados e 10% possuíam ensino superior completo. Os dados demonstram que a maioria dos entrevistados possui grau de instrução deficiente. Acredita-se que a educação é de grande importância para compreensão do alcoolismo como doença pelos familiares de alcoolistas. Assim, infere-se que a falta de escolaridade pode interferir de forma direta ou indireta na prestação de cuidados.

Através da educação, o indivíduo conhece e vivencia o espaço e o tempo necessários à concepção e à construção de sua cidadania, aprendendo e apreendendo conhecimentos, e vivenciando valores e sentimentos, despertando na sociedade sua consciência crítica, permitindo transmitir e exercitar os direitos e deveres para o completo domínio da cidadania. Acredita-se que, neste estudo, tais sujeitos não possuem as informações básicas sobre a patologia, bem como a melhor forma de se obter qualidade de vida para ambos, alcoolista e cuidador, tornando a convivência dificultosa e sofrida para ambos.

Em relação à renda familiar dos participantes, identificou-se que 10% recebiam até 1 salário, 30% recebiam até 2 salários mínimos, 40% recebiam de 3 a 4 salários, 10% não informaram e outros 10% não possuíam renda. Diante dos vários problemas enfrentados pela vivência familiar com portadores de alcoolismo, destacam-se três tipos de sobrecarga impostas às famílias: financeira, física e emocional, portanto a dificuldade econômica é uma realidade para as famílias. Isso

reflete mais um problema decorrente do alcoolismo, pois se sabe que pode haver déficit no orçamento mensal doméstico, em que parte da renda pode ser destinada para a compra de bebidas alcoólicas, pelo próprio chefe da família, caso o mesmo seja alcoolista<sup>13</sup>. A OMS afirma que os danos do álcool à família podem vir de várias formas, seja pela saúde física e mental de seus membros, seja pela saúde financeira do lar, em decorrência do uso de álcool no contexto familiar<sup>14</sup>.

Em relação à existência de outras pessoas alcoolistas na família, constatou-se que 40% responderam afirmativamente, sendo 50% tios e 50% primos dos participantes da pesquisa. O fator hereditariedade é apontado em estudos científicos, nos quais 50% dos dependentes do álcool têm pais com o mesmo problema, 6% tem mães alcóolatrás, 30% irmãos e 3% irmãs<sup>15</sup>.

A seguir serão apresentados e analisados os discursos, apresentando a ideia central e expressões-chave dos participantes desta pesquisa para cada questionamento proposto.

**Quadro 1** - Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Para o (a) Senhor (a), o que significa o alcoolismo?

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Alcoolismo é uma doença.	<i>...É um vício. É uma doença, e quando a pessoa bebe demais e não consegue parar... E às vezes morre de tanto beber. É a dependência da bebida.</i>

No Quadro 1, temos como ideia central “Alcoolismo é uma doença”. Neste trabalho, identificou-se que os familiares de alcoolistas entendem o alcoolismo como uma doença, embora não seja possível verificar se os mesmos conhecem as formas de manejo e condutas perante a problemática, relacionada ao bebedor e aos demais membros da família.

O alcoolismo é uma doença que afeta a saúde física, o bem estar emocional e o comportamento do indivíduo. É um conjunto de problemas relacionados ao consumo prolongado e excessivo do álcool, ou seja, é um conjunto de diagnósticos. O alcoolismo<sup>16</sup> é uma doença crônica provocada pelo vício da ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas que leva a uma dependência, com todas as consequências decorrentes.

De acordo com a OMS, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde no ano de 1967, em que os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos dentro de uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Na CID 10 – F 10 se relaciona a Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool.

O uso abusivo de álcool é uma doença, na medida em que provoca dependência e prejuízos correlacionados à perda de liberdade ou de controle sobre o ato de beber<sup>17</sup>. O alcoolismo é um conjunto de diagnósticos que caracterizam a dependência, a abstinência, o abuso (uso excessivo, porém não continuado) e a intoxicação por álcool (embriaguez), síndromes amnésicas (perdas restritas de memória), demência, alucinatória, delirante, de humor. Distúrbios de ansiedade, sexuais, do sono e distúrbios inespecíficos. Por fim, o *Delirium Tremens*, que pode levar ao óbito<sup>18</sup>.

**Quadro 2** - Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Para o(a) Senhor(a), o que levou o seu familiar alcoolista a beber exageradamente?

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Diversos fatores como: sociais, ambientais e genéticos que levam um indivíduo a beber em excesso.	<i>...Influência, a área onde mora, o ambiente é bem favorável... as amigas influenciam muito. Por ser uma pessoa sozinha que nunca casou que não tem um emprego fixo. Problemas conjugais, o desprezo da família e principalmente o desprezo dos filhos, também tem o fator genético.</i>

O ato de beber e os problemas associados a ele são determinados por múltiplos fatores que interagem tanto no indivíduo quanto no seu meio ambiente. Fatores sociais, psicológicos e religiosos, bem como problemas temporários podem influenciar a decisão de beber, tanto no adolescente quanto no adulto jovem. A dificuldade em lidar com alguma questão social específica também pode causar a doença como o desemprego, a separação conjugal e falecimento de ente querido, que são casos comuns que podem gerar o alcoolismo<sup>19</sup>.

Por serem vários os transtornos geneticamente determinados, acontecem mutações (polimorfismos) que, em conjunto, levam ao alcoolismo. São vários os fatores do uso abusivo de álcool: fatores sociais e culturais (dormitórios de

universidades e bases militares); fatores comportamentais (hábitos familiares de consumo alcoólico)<sup>20</sup>.

**Quadro 3** - Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Como/quando ele iniciou os primeiros goles de bebidas alcoólicas?

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Alcoolismo na adolescência.	<i>...Ele era ainda pequeno... muito jovem mesmo... acho que na adolescência,...desde cedo, era um rapaz ainda... muito cedo...</i>

No Quadro 3, temos como ideia central: “Alcoolismo na adolescência”. Geralmente, a primeira experiência com o álcool costuma ocorrer na adolescência ou mesmo antes. O aumento da ingestão ocorre gradativamente, frequentemente dos 18 aos 25 anos<sup>21</sup>.

Um estudo nacional de inquérito domiciliar sobre abuso de drogas: principais achados de 1996, publicado no *DHHS* em Rockville nos Estados Unidos, apontou que o uso de álcool na adolescência expõe o indivíduo a um maior risco de dependência química na idade adulta, sendo um dos principais preditores do uso de álcool nesta etapa da vida<sup>22</sup>.

Os hábitos de consumo de álcool tem se alterado, em especial nas camadas mais jovens da população, com o aumento do consumo de bebidas destiladas e de grandes quantidades em períodos curtos de tempo, sendo, atualmente, o consumo de álcool encarado como um desafio para a sociedade, pois esta substância psicotrópica é lícita e tem grande aceitação social<sup>23</sup>.

O álcool é a porta de entrada dos jovens para o uso de outras substâncias psicoativas e, por ser uma droga lícita, presente nas festividades familiares, a sociedade ainda não se conscientizou de que é prejudicial à saúde, da mesma forma que as drogas ilícitas são cada vez mais recorrentes na adolescência, o uso do álcool preocupa por suas consequências físicas, mentais e sociais<sup>24</sup>.

O consumo de bebidas alcoólicas entre crianças e adolescentes, constitui-se atualmente um grave problema, que independe de qualquer classe social<sup>5</sup>. O V Levantamento Nacional com estudantes do ensino fundamental e médio, realizado em 2004, nas 27 capitais brasileiras, indicou que o primeiro uso de álcool se deu por volta dos 12 anos de idade e, predominantemente, no ambiente familiar. No entanto, as intoxicações alcoólicas, ou mesmo o uso regular do álcool, raramente ocorriam

antes da adolescência. Segundo este levantamento, 65,2% dos jovens já havia feito uso de álcool alguma vez na vida, 63,3% haviam feito algum uso no último ano e 44,3% haviam consumido o álcool alguma vez nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. Outros dados preocupantes referiram-se à frequência do uso desta substância: 11,7% faziam uso frequente (seis ou mais vezes no mês) e 6,7% faziam uso pesado (vinte ou mais vezes no mês)<sup>25</sup>.

Estudos epidemiológicos<sup>26</sup> apontam que 19% dos adolescentes norte-americanos apresentam abuso de álcool. No Brasil, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura<sup>27</sup>, a cidade de Porto Alegre-RS lidera o *ranking* dos usuários regulares de substâncias lícitas e ilícitas, apresentando 14,4% de usuários de álcool.

Percebe-se que, apesar da relativa escassez de dados nacionais, estes estão de acordo com a literatura internacional, no sentido de a dependência química ser o problema de saúde mental mais prevalente entre adolescentes, com o álcool em primeiro lugar.

**Quadro 4** - Discurso do sujeito coletivo relacionado ao questionamento: Quais as dificuldades na convivência com o alcoolista?

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Inúmeras, pois afeta todo o sistema familiar.	...A convivência é muito difícil em todos os sentidos, a falta de emprego, falta de confiança,... Ele é muito agressivo conosco, e arruma confusão na rua,... Agride minha mãe, tia e avó, quebra tudo dentro de casa e ainda rouba o que achar em casa pra vender e assim conseguir dinheiro para a bebida,... ...A falta de confiança também porque ninguém confia em bêbado,... fico muito triste, principalmente quando ele adocece, porque sei que ofende a ele.

O problema do alcoolismo não diz respeito apenas à pessoa que consome bebidas alcoólicas, pois envolve todos os membros da sua família, e as pessoas mais próximas são diretamente atingidas no plano afetivo e no seu cotidiano, sentindo-se tão desamparados como o próprio doente.

A família do alcoolista é completamente afetada pelos males do álcool, já que ela convive com esse sujeito dependente, portanto, causa uma desestruturação no relacionamento familiar como um todo. Problemas relativos ao consumo de álcool,

normalmente, exercem profundo efeito sobre a família do bebedor. Geralmente, o cônjuge, ou companheiro e os filhos são os que mais sofrem as consequências da situação, mas os pais, irmãos, tios ou avós podem estar envolvidos de alguma maneira<sup>19</sup>.

O portador de alcoolismo crônico compromete o relacionamento com os pais, irmãos, avós, tios, primos, amigos e até pessoas estranhas ao seu círculo de amizade. Dessa forma, mais de cinco pessoas sofrem paralelamente os efeitos do alcoolismo<sup>5</sup>.

São diversos os prejuízos decorrentes do uso excessivo de álcool, entre eles ressaltam-se as alterações comportamentais da pessoa que faz uso abusivo de álcool levando, na maioria das vezes, à desorganização familiar, acidentes de trânsito, violências urbanas e mortes prematuras<sup>28</sup>.

De acordo com a OMS, o alcoolismo tem sido uma das maiores preocupações da saúde pública no mundo, estando associado a diversos outros problemas como: separações de casais, desentendimento familiar e afetivo, abstinência no trabalho e escola. O alcoolismo, portanto, é mais que um problema individual, na medida em que atinge a família no seu conjunto.

A mudança no cotidiano, pela opção do usuário de álcool de participar de um novo grupo social, e adotar atitudes que alteram as rotinas de vida da família, causa diversos sentimentos, como angústias e sofrimentos aos familiares.

**Quadro 5** - Discurso do Sujeito Coletivo relacionado ao questionamento: Há uma aceitação do alcoolismo como doença por parte dos familiares?

IDEIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Não	<i>...não, acho que ele não deixa a cana porque não quer,... não, tem preguiça de trabalhar e mete a cara na cana,... diz que é safadeza,... bebe porque gosta,... bebe por causa dos amigos.</i>

Apesar da OMS, no ano de 1995, ter reconhecido o alcoolismo como uma doença, há uma grande resistência por partes dos familiares em reconhecer e aceitar o fato de alguém fazer uso abusivo do álcool em seu ambiente familiar como uma patologia, atribuindo o excesso de bebidas alcoólicas à falta de ocupação, influência de certas amizades, falta de caráter e, até mesmo, o conceito de maldição por bruxaria.

Diversos fatores “folclóricos” justificam o alcoolismo, menos a conceituação de que o alcoolismo é um conjunto de problemas que afeta o indivíduo como um todo, ocasionado por uma trajetória lenta e progressiva durante anos, em que atinge insidiosamente a pessoa, deixando um rastro de destruição e várias sequelas irreversíveis, tanto para quem consome, como para quem convive no mesmo ambiente de quem faz o uso abusivo do álcool.

A ideia de não aceitar o alcoolismo como doença na família se mostra contrária ao conceito dado anteriormente no quadro 1, quando os participantes do estudo afirmaram ser o alcoolismo uma doença. As expressões que levam a essa ideia central apontam um desconhecimento acerca da doença, visto que os discursos demonstram variados fatores que se apresentam contraditórios com o que realmente são manifestações dessa patologia.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O alcoolismo é um problema de saúde pública e requer cuidados importantes, tanto para o indivíduo adoecido quanto para a família e os amigos mais próximos. As falas dos familiares acerca do alcoolismo apontam que existe ainda uma lacuna relacionada ao conceito do alcoolismo e, pelo fator da doença ser referida como tal, porém, não reconhecida, identificamos as dificuldades existentes na convivência da família com a pessoa alcoolista.

Apesar de reconhecer os danos que a doença traz para a família, indivíduo e sociedade, os entrevistados deixaram transparecer impotência diante da problemática que, acredita-se, está diretamente ligada ao real desconhecimento da doença e de todos os fatores que envolvem o alcoolismo.

Acredita-se que um recurso que pode amenizar essa problemática seja o reconhecimento dos casos de alcoolismo na Estratégia Saúde da Família, já que na concepção da mesma, deve-se ter acesso aos dados de saúde e doença de todas as famílias da área de abrangência. Assim, é necessária a existência de redes de apoio social, dentro das quais os familiares encontrem auxílio e ajuda para satisfazerem as suas necessidades em situações cotidianas e de crise, isso tudo partindo da porta de entrada do sistema de saúde pública.

Esta estratégia deve ser mediadora dos cuidados necessários à família e ao alcoolista, oferecendo fontes de apoio social, com maior variedade de estratégias de enfrentamento dos problemas, proporcionando maior bem-estar e oferecendo cuidados de melhor qualidade para os familiares dos alcoolistas, bem como para os mesmos.

A Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil suscita novas expectativas com relação ao papel da família, ressaltando o seu comprometimento no processo de promoção e prevenção da saúde. Diante deste contexto, entende-se que os resultados deste estudo merecem ser refletidos e repensados pelos profissionais de saúde, principalmente da atenção básica, e pelos gestores, visto o “tamanho” do problema que é o alcoolismo, e pelos danos que o mesmo pode causar para a família e sociedade.

## **ALCOHOLISM: A FAMILIAR PROBLEM**

### **ABSTRACT**

Alcoholism is a set of problems related to excessive alcohol consumption, which affects the individual and the family as a whole, causing the psychological, emotional and spiritual illnesses, and family system breakdown. This study aimed to analyze the concept of family about alcoholism. It is an exploratory and descriptive qualitative approach, carried out in a Basic Family Health of Rio Tinto /PB. The sample consisted of 10 relatives of people affected by alcoholism. For the collection of information, we used an interview form and the data were analyzed using the Collective Subject Discourse. The study was submitted to the FACENE/FAMENE Ethics Committee in Research under protocol 243/10. Qualitative analysis of the collective subject discourse had as central ideas: "Alcoholism is a disease", "Several factors such as: social, environmental and genetic factors that lead a person to drink in excess," "Alcoholism in adolescence," "Several, for affects the entire family "and " No ". It was evident that alcoholism is a disease referred to by family members, however, it is not recognized as such. This indicates the necessity of the existence of social support networks, as well as the strengthening of health care resources and the support, through them the families find support and help to meet their needs in everyday situations and crises, from the input port public health system, the family health strategy.

**Keywords:** Alcoholism. Family relationships. Knowledge.

### **REFERÊNCIAS**

1. Wright M da GM, Spricigo JS. A saúde internacional e a problemática da droga na América Laltina: uma contribuição conceitual. In. Reibnitz KS, Horr L, Souza ML, Spricigo JS, organizadores. O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno

das drogas: políticas de saúde, educação e enfermagem: módulo 2. Florianópolis (SC): UFSC, Depto de Enfermagem; 2003. p. 43-60.

2. Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU. Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança. Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo- 2001. Genebra: OMS; 2001.
3. Capacitação dos agentes comunitários de saúde. [acesso em 10 nov. 2011]. Disponível em:  
[http://www.enapet.ufsc.br/anais/Capacitacao\\_de\\_Agentes\\_Comunitarios\\_de\\_Saude.pdf](http://www.enapet.ufsc.br/anais/Capacitacao_de_Agentes_Comunitarios_de_Saude.pdf).
4. Alavarse GMAC, Barros MD. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. Esc Anna Nery. 2006;3(10):408-16.
5. Cardoso Filho P. Álcool e drogas ilícitas. João Pessoa: UFPB; 2004.
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educ; 2005.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. Brasília: MS; 1996.
8. Cofen - Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Resolução 311 de 13 de fevereiro de 2007, Brasília.
9. Silva IP. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: Karsch UMS, organizador. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo, EDUC; 1998.
10. Karsch UM, organizador. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1988.
11. Floriani, CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro. out./dez. 2004 [acesso em: 24 abr. 2011]; 50(4):341-5. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v04/pdf/secao5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf).
12. Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette LM, Melo TS, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2003 [acesso em 10 nov 2011]; 5(1). Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista5\\_1/perfil.html](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista5_1/perfil.html).
13. Pereira MOA, Pereira Júnior A. Transtorno Mental: dificuldade pela família. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2003;37(4):92-100.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). Global status report on alcohol; 2004 [acesso em: 24 maio 2010] Disponível em:  
[www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/).

15. Nardir AE. Questões atuais sobre depressão. 3. ed. São Paulo. Lemos Editorial; 2006.
16. Drummond MCC, Drummond Filho HC. Drogas: a busca de respostas. São Paulo (SP): Loyola; 1998.
17. Masur J. O que é alcoolismo. São Paulo: Brasiliense; 1988.
18. Marot R. Alcoolismo. [acesso em: 24 mai. 2010] Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tra/drg/alcoolismo.htm>.
19. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. 4. ed. Tradução de Amarillis Eugênia Fernandez Miazzi. Porto Alegre: Artmed; 2005.
20. Kaplan HI; Sadock BJ, Greeb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
21. Leite PF. Alcoolismo sob o ponto de vista da medicina interna. [acesso em: 20 maio 2009]. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/farma/alcoolismo>.
22. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National household survey on drug abuse: main findings 1996. DHHS Publication No. (SMA) 98-3200. Rockville, MD: the Administration; 1998.
23. Almeida In: Silva, FCT da (Org). Enciclopédia de Guerras e Revoluções do Século XX: as grandes transformações do mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004, p. 631-633.
24. Varalda RB. Álcool e Adolescência. [acesso em: 20 abril 2011]. Disponível em: [http://www.mpdft.gov.br/porta1/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=316](http://www.mpdft.gov.br/porta1/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=316).
25. Galduróz JC, Noto AR, Nappo S, Carlini EA. II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 1999. Brasília: SENAD; 2005.
26. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiologic study of disorders in late childhood and adolescence, I: age and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993;34:851-67.
27. Pechansky F, Szobot CM, Scivoletto S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, May 2004;26(suppl.1).
28. Carlini EA. et al. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002. [acesso em: 18 abr 2004]. Disponível em: [http://www.cebrid.epm.br/levantamento\\_brasil/parte\\_1.pdf](http://www.cebrid.epm.br/levantamento_brasil/parte_1.pdf).

## VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: UMA REALIDADE IMPRÓPRIA<sup>1</sup>

Ana Cláudia Gonçalves da Silva<sup>2</sup>  
Josélio Soares de Oliveira Filho<sup>2</sup>  
Karla Patrícia Ferreira dos Santos<sup>3</sup>  
Anne Jacqueline Roque Barrêto<sup>4</sup>  
Cíntia Almeida Bezerra<sup>5</sup>  
Sandra Aparecida de Almeida<sup>6</sup>

### RESUMO

A violência contra mulher é uma realidade presente desde muito tempo e em vários países dotados de diferentes regimes econômicos e políticos. Estudo documental retrospectivo com abordagem quantitativa, cujo objetivo é analisar os fatores desencadeantes para a violência e o número de mulheres agredidas atendidas na delegacia da mulher do município de João Pessoa-PB. O material utilizado foi composto por cinquenta processos existentes na delegacia registrados nos meses de fevereiro e março de 2010 e 2011. Os resultados apontam que a maioria são mulheres jovens de 21 a 25 anos (26%); a maioria com união estável (48%) ou solteira (44%); com ensino fundamental completo (33%); do lar (37%). A violência física predominou nos dois anos consecutivos, a maioria praticada em suas residências (87%). O abuso do álcool (26%) e o ciúme (49%) são fatores que predispõem as agressões. O agressor na maioria são seus companheiros (70%), também jovens (37%), que trabalham e, na maioria, são prestadores de serviços (44%). Considera-se que a Lei Maria da Penha se faz presente e possibilita uma opção para essas mulheres. A situação faz com que se considere que a educação em direitos humanos possa auxiliar no combate à violência contra a mulher e na diminuição de outras violações aos direitos humanos, visto que compreende etapas de sensibilização, problematização, além da promoção da educação para a justiça social e para a paz, desenvolvendo nos indivíduos uma noção ético-social em defesa da vida e da preservação da espécie humana.

**Palavras-chave:** Violência. Gênero. Direitos Humanos.

---

<sup>1</sup> Artigo derivado da monografia intitulada: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: estudo em uma delegacia do município de João Pessoa.

<sup>2</sup> Acadêmicos de Enfermagem – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

<sup>3</sup> Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa Interdisciplinar da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Orientadora do Trabalho. End.: Avenida das Falésias, 1260, Casa D4. Ponta do Seixas. João Pessoa – PB. CEP: 58045-670. E-mail: sandraalmeida124@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma realidade presente desde muito tempo e, em vários países dotados de distintos regimes econômicos e políticos, uma prática multifatorial. O quantitativo de mulheres violentadas supõe, dentre outras, uma imposição de fraqueza do agredido, deixando ao agressor uma falsa sensação de poder, o que, por sua vez, pode iniciar um círculo entre fraqueza, poder, medo, terror e novamente fraqueza, poder e assim por diante.

É mais frequente em países com uma cultura predominante masculina, e menos frequente em culturas que buscam soluções igualitárias para as diferenças de gênero. Organismos internacionais começaram a se mobilizar contra este tipo de violência depois de 1975, quando a ONU realizou o primeiro Dia Internacional da Mulher. Mesmo assim, a Comissão de Direitos Humanos da própria ONU, somente em 1993 na Reunião de Viena, incluiu um capítulo de denúncia e propõe medidas para coibir a violência de gênero<sup>1</sup>.

As consequências na vida das mulheres que sofrem ou sofreram algum tipo de violência são caracterizadas de várias formas, trazendo um grande impacto no cotidiano das vítimas, como pânico, desvalorização pessoal, desespero, sensação de abandono e distúrbio do estresse pós-traumático (DEPT), podendo chegar inclusive a casos de Homicídios. Tendo em vista os direitos humanos presentes no código penal na Lei nº 11.340 (Lei Maria de Penha), toda mulher tem direito ao respeito e a dignidade, igualdade, liberdade de associação; liberdade de professar a religião e as próprias crenças<sup>2</sup>.

A violência sofrida pela condição de se ser mulher, sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição, é produto de um sistema social que subordina o sexo feminino. Tem como finalidade de intimidá-la para que o agressor exerça o papel de dominador e disciplinador. Este termo facilita a percepção das desigualdades sociais e econômicas existentes entre homens e mulheres. É praticada em condições únicas, de forma incoerente, marcada pela influência masculina em uma relação de poder, dominação do homem e submissão da mulher<sup>3</sup>.

A violência de gênero produz e se reproduz nas relações de poder onde se entrelaçam as categorias de gênero, classe, raça/etnia. Expressa uma forma

particular da violência global midiaticizada pela ordem patriarcal que dá aos homens o direito de dominar e controlar suas mulheres, podendo, para isso, fazer uso da violência. Além disso, engloba as diferentes formas de violência praticadas no âmbito das relações de gêneros, não só a violência praticada por homens contra mulheres, mas também a violência praticada por mulheres contra homens, violência entre mulheres e a violência entre homens<sup>4</sup>.

Os fatores que predis põem e contribuem para violência, bem como a vulnerabilidade da mulher, podem ser relacionados à falta de abrigo, falta de apoio familiar, dependência financeira, medo do agressor e insegurança, que certamente exigirão coragem para partir da ruptura ao enfrentamento da situação. Somam-se a esses os fatores sociais, tais como baixa escolaridade e desemprego, além de hábitos como dependência de drogas ilícitas e o álcool, considerados precipitantes de episódios de violência<sup>3,5</sup>.

A violência foi e continua fazendo parte da vida e prática diária de muitos indivíduos, passando de geração a geração como uma espécie de herança, fortalecendo assim o ciclo familiar, ou seja, começa a ser vista de modo naturalizado, ganhando força e cristalizando-se no imaginário social dessa família, sem questionamentos. É uma construção coletiva alicerçada nos entremeios indivíduo-família-comunidade.

Para combater esse tipo de crime, instituíram-se, na década de 1980, as delegacias da mulher (DMs), que são órgãos especializados da Polícia Civil, criados como política social de luta contra a impunidade e para dar atendimento mais adequado às mulheres vítimas de "violência conjugal" e crimes sexuais.

A Delegacia da Mulher possui um acolhimento diferenciado e específico para as mulheres violentadas; proporciona um trabalho com equipe multidisciplinar qualificada através de psicólogos, assistência social e orientações jurídicas, além da implementação da Lei Maria da Penha, cujo objetivo é proteger as vítimas e seu patrimônio, guarda de seus filhos e combater a impunidade. Ao longo dos anos de 1980-1990, as DMs foram instaladas em todas as grandes cidades brasileiras. A primeira Delegacia da Mulher foi criada na cidade de São Paulo, em 1985, e dois anos depois, começou a funcionar a de João Pessoa<sup>6</sup>.

O presente artigo tem como objetivo analisar o número de mulheres e os fatores desencadeantes para a violência contra elas, atendidas na delegacia da mulher do município de João Pessoa-PB.

## **METODOLOGIA**

Estudo documental retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no município de João Pessoa-PB, na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), local de referência para as mulheres vítimas de violência no município. Seu trabalho é subsidiado pela Lei Maria da Penha, a qual coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher.

A população foi constituída por 50 processos de ocorrência realizados nos anos de 2010 e 2011 na referida instituição; e a amostra foi selecionada entre os meses com maior quantitativo de processos nos respectivos anos, ou seja, fevereiro e março. Sendo assim, a amostra foi composta de 27 processos registrados em 2010 e 23 processos, em 2011.

A pesquisa pautou-se na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde<sup>6</sup>, que dispõe sobre os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, sob o protocolo nº 55/2011.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

A violência contra a mulher vem sendo discutida internacionalmente e, mais recentemente, com a intenção de (re)elaborar políticas para combates mais eficazes. Ainda é uma realidade presente em todas as sociedades e com todas as faixas etárias.

**TABELA 1** - Distribuição da amostra segundo a faixa etária da vítima (n=50). João Pessoa/PB, 2011.

	Fev/Mar (2010)		Fev/Mar (2011)		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i> º	%
18 a 20 anos	3	11	18 a 20 anos	3	6	12
21 a 25 anos	7	26	21 a 25 anos	6	13	26
26 a 30 anos	3	11	26 a 30 anos	8	11	22
31>	14	52	31>	6	20	40
Total	27	100	23	100	50	100

Fonte: Delegacia da mulher. João Pessoa – PB.

A Tabela 1 evidencia que, no ano de 2010, a maioria das mulheres, que sofreram agressão e registraram boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher do referido município, encontravam-se na faixa etária dos 31 anos ou mais, perfazendo 14 (52%) mulheres. Deste modo, verificou-se um percentual também elevado de 7 (26%) mulheres com 21 a 25 anos. No ano de 2011, houve um aumento no número de vítimas de 26 a 30 anos, perfazendo 8 (35%); e de 21 a 25 e 31 anos em diante, obteve-se um número equivalente a 18 mulheres (52%).

Esses dados são corroborados por outros como os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. No ano de 2009, o IBGE aponta que, para a realidade de São Paulo, a maioria das vítimas encontrava-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos (68%). No município de Brasília-DF, verificou-se que as mulheres agredidas estavam entre 25 a 34 anos (45%), seguidas das mulheres agredidas com 35 a 49 anos (30%). Na última década, foram quase 44 mil mortes derivadas de agressões a mulheres<sup>8,9</sup>.

De 2004 a 2006 aumentou o nível de preocupação com a violência doméstica em todas as regiões do país, exceto no Norte e no Centro-Oeste, que têm patamar mais alto (62%). Nas regiões Sudeste e Sul, o nível de preocupação cresceu, respectivamente, 7 e 6 pontos percentuais. Na periferia das grandes cidades, esta preocupação passou de 43% em 2004, para 56% em 2006<sup>8</sup>.

Nos primeiros meses de 2010, pelo menos 22 mulheres foram assassinadas na Paraíba, de acordo com levantamento realizado pela Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana (Semdh). Combater a crescente onda de violência contra a mulher é um desafio e, como planos, o governo do Estado quer implantar um banco de dados para casos de violência contra a mulher na Paraíba, em parceria com o Ministério Público Estadual e o Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual da Paraíba (Ideme), cujo objetivo é o de construir um sistema integrado de dados sobre a violência contra a mulher, reunindo informações dos serviços de saúde, das delegacias comuns e da mulher, dos centros de referência da mulher, da Casa Abrigo e da Justiça. Esse programa visa facilitar o governo na análise das ocorrências por região e planejar a expansão da rede de assistência, identificando onde há maior necessidade de instalação de delegacias da mulher, centros de referências, entre outras ações<sup>10</sup>.

**TABELA 2** - Distribuição da amostra segundo o estado civil da vítima (n=50). João Pessoa/PB, 2011.

	Fev/Mar (2010)		Fev/Mar (2011)		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	Nº	%
Solteira	4	15	Solteira	10	14	28
Casada	6	22	Casada	7	13	26
Separada	1	4	Separada	0	1	2
Divorciada	1	4	Divorciada	0	1	2
Viúva	2	7	Viúva	0	2	4
União Estável	13	48	União Estável	6	19	38
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Delegacia da mulher. João Pessoa – PB.

A Tabela 2 revela que, em 2010, a maioria das mulheres atendidas na delegacia especializada tinha uma situação de união estável, totalizando 13 (48%); 6 (22%) eram casadas; 2 (7%) viúvas; 1 (4%) separada; e 1 (4%) divorciada. Os maiores índices são de mulheres com união estável e casadas. No ano de 2011, a

maioria era solteira, com 10 (44%), seguidas de 7 (30%) casadas e minoria em união estável, totalizando-se 6 (26%).

Em estudo realizado na cidade de Brasília-DF, em 2007, constatou-se que a situação de conjugalidade das mulheres pesquisadas era predominantemente das casadas (83%), o que corrobora com os dados da presente pesquisa. Em Curitiba-PR, os maiores índices foram para as mulheres solteiras (48%), seguidos das casadas ou com relações estáveis (52%)<sup>9,3</sup>.

Em contrapartida, pesquisa realizada no ano de 2009 aponta que 59,08% das mulheres agredidas eram solteiras, 32,17% eram casadas e 7,58% divorciadas, 4,75% separadas e 3,5% viúvas<sup>6</sup>.

**TABELA 3** - Distribuição da amostra relacionada ao grau de escolaridade das mulheres vítima de agressão (n=50). João Pessoa/PB 2011.

Fev/Mar (2010)			Fev/Mar (2011)			Total	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	Nº	%
Analfabeta	1	4	Analfabeta	3	13	4	8
Ens.Fund.Inc.	5	19	Ens.Fund.Inc.	4	18	9	18
Ens.Fund.comp	9	33	Ens.Fund.Comp.	6	26	15	30
Ens.Medio Inc.	7	26	Ens.Medio Inc.	4	17	11	22
Ens.Medio Comp.	0	0	Ens.Medio Comp.	4	17	4	8
Ens.Superior Inc.	4	14	Ens.Superior Inc.	2	9	6	12
Ens.Sup.Comp.	1	4	Ens.Sup. Comp.	0	0	1	2
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>		<b>23</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Delegacia da mulher. João Pessoa – PB.

Na Tabela 3, observa-se que, em relação ao grau de escolaridade das mulheres vítimas de agressão, no ano de 2010, havia 9 (33%) com o ensino fundamental completo, seguidas de 7 (26%) com o ensino médio incompleto; com a minoria de 1 (4%) analfabeta ou 1 (4%) possui ensino superior completo. Com percentagem equivalente, no município de Brasília-DF a maioria possui ensino fundamental incompleto (62%) e, no município de São Paulo-SP, em 2009, a maioria prevaleceu em mulheres com ensino superior completo ou incompleto<sup>8,9</sup>.

Em relação à escolaridade, observou-se maior prevalência de mulheres com maior grau de instrução entre aquelas pertencentes à Delegacia da Mulher da zona sul da cidade de São Paulo. Na zona sul, 28,3% das mulheres tinha ensino superior (incompleto e/ou completo), enquanto que, na zona leste, somente 7,1% tinha a mesma qualificação<sup>6</sup>.

Nota-se que a violência sofrida pelo fato de se ser mulher ocorre sem distinção de raça, classe social, religião, idade ou qualquer outra condição, produto de um sistema social que subordina o sexo feminino, fato esse observado também nos crimes de guerra<sup>3</sup>.

**TABELA 4** - Distribuição da amostra referente à ocupação das mulheres vítimas de agressão (n=50). João Pessoa/PB 2011.

Fev/Mar (2010)			Fev/Mar (2011)			Total	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	Nº	%
Func.Publica	2	7	Func.Publica	1	5	3	6
Func.Privada	1	4	Func.Privada	2	9	3	6
Estudante	7	26	Estudante	1	4	8	16
Prof.Liberal			Prof.Liberal	1	4	1	2
Trabalha	3	11	Trabalha	3	13	6	12
Empregada Domestica	3	11	Empregada Domestica	3	13	6	12
Do Lar	10	37	Do Lar	8	35	18	36
Desempregada	1	4	Desempregada	4	17	5	10
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>		<b>23</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fonte: Delegacia da mulher. João Pessoa - PB.

As ocupações de maior destaque das mulheres, em 2010, que denunciaram suas agressões eram do lar 10 (37%), seguidas de 7 (26%) estudantes, e 1 (4%) desempregada. Em 2011, constatou-se que prevaleceu ainda a ocupação denominada do lar com 8 mulheres (35%), e com o mesmo quantitativo de 1 mulher (4%) encontravam-se as estudantes e profissionais liberais. No município de

Brasília-DF, prevaleceu a categoria desempregada (58%), em seguida trabalhando (37%) e a minoria inativa (5%)<sup>9</sup>.

Em estudo realizado com mulheres que registraram queixas de agressão nas delegacias, na cidade de São Paulo, tinham como principal ocupação as atividades do lar (zona sul – 19,0%; zona leste 27,8%)<sup>6</sup>.

Nota-se que, apesar de haver um quantitativo maior entre as do lar, quando o contexto social é alterado, saindo de um município paraibano e indo a um município da região sudeste, as conformações das mulheres agredidas permanecem as mesmas, ou seja, o fato de serem dependentes financeiramente as exporia a situações de vulnerabilidade a agressões.

**Tabela 5** - Distribuição das formas de violência praticadas com as mulheres vítimas de agressão (n=50). João Pessoa/ PB 2011.

Fev/mar (2010)		Fev/mar (2011)		Total			
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	Nº	%
Física	19	70	Física	20	87	39	78
Sexual	1	4	Sexual	1	4	2	4
Psicológica	6	22	Psicológica	0	0	6	12
Moral	1	4	Moral	2	9	3	6
Total	27	100		23	100	50	100

Fonte: Delegacia da mulher. João Pessoa - PB.

Na Tabela 5, as formas de violência cometidas pelo agressor no ano de 2010 foi a violência física, 19 (70%), seguida de violência sexual e moral, ambas com 1 (4%). No ano de 2011, houve predominância de agressão física com 20 (87%). Ressalta-se que a violência psicológica foi denunciada por 6 (22%) em 2010 e nenhuma em 2011.

De acordo com os registros feitos na Central de Atendimento à Mulher (Disque Denúncia), a Paraíba atualmente ocupa o 18º lugar em denúncias de violências física, psicológica, de assédio e assassinatos<sup>12</sup>. No entanto, tal informação não corrobora os dados da pesquisa. Quando comparada à atual

pesquisa com a cidade de São Paulo, observa-se que nessa os tipos de violência foram a violência física (66,6%), seguida pela psicológica (50,0%) e moral (33,3%)<sup>6</sup>.

**Tabela 6** - Distribuição da amostra referente do uso de armas de fogo/branca pelo agressor (n=50). João Pessoa/PB, 2011.

	Fev/Mar (2010)		Fev/Mar (2011)		Total		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	Nº	%
Punhal	2	7	Punhal	2	9	4	8
Pedra	1	4	Pedra	0	0	1	2
Pedaço de Pau	2	7	Pedaço de Pau	0	0	2	4
Revolver	2	7	Revolver	0	0	2	4
Não fez Uso	20	75	Não fez uso	21	91	41	82
Total	27	100		23	100	50	100

Fonte: Delegacia da mulher. João Pessoa – PB.

Com relação às armas utilizadas pelo agressor em 2010, 20 (75%) agressores não utilizaram nenhum tipo de arma. Nos casos em que houve o uso de armas, 2 (7%) mulheres foram agredidas com punhal; 2 (7%) com pedaços de pau, 2 (7%) com revólver e 1 (4%) com pedra. No ano de 2011, o não uso de armas foi citado em 21 (91%) processos e o uso de punhal em 2 (9%) processos. Nota-se que os atos violentos não necessariamente são praticados por armas, mas, sobretudo, pela força física do agressor.

Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física. Pode se manifestar de várias formas como: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos, tirar de casa à força, amarrar, arrastar, arrancar a roupa, abandonar em lugares desconhecidos, danos à integridade corporal decorrentes de negligência, omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros<sup>3</sup>.

**Tabela 7-** Distribuição da amostra relacionada aos fatores que predispõem a agressão (n=50). João Pessoa/PB, 2011.

Fev/Mar (2010)			Fev/Mar (2011)			Total	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	Nº	%
Não Sabe	4	15	Não Sabe	4	17	8	16
Ciúmes	4	15	Ciúmes	11	49	15	30
Drogas	13	48	Drogas	2	9	15	30
Lícitas ou Ilícitas			Lícitas ou Ilícitas				
Estresse	0	0	Estresse	1	4	1	2
Infidelidade	0	0	Infidelidade	1	4	1	2
Desemprego	3	11	Desemprego	0	0	3	6
Outros	3	11	Outros	4	17	7	14
Total	27	100		23	100	50	100

Fonte: Delegacia da mulher. João Pessoa – PB.

Na Tabela 7 no ano de 2010, constatou-se que a maioria dos fatores que desencadearam a agressão foi decorrente do uso de drogas lícitas ou ilícitas, com 13 (48%) agressões; seguidos de um percentual equivalente entre as que não souberam informar o motivo, com 4 (15%); por ciúmes, com 4 (15%); com percentual equivalente encontram-se o desemprego, com 3 (11%) agressões; e outros motivos, 3 (11%). No ano de 2011, a maioria, 11 (49%) mulheres, atribuiu a agressão ao ciúme; e minoria, 1 (4%), com percentual equivalente ao estresse; e 1 (4%) atribuiu à infidelidade. No entanto, pode-se verificar, segundo a literatura, que a principal causa desencadeadora da violência é o ciúme, e, em segundo, o uso de drogas e álcool, relacionamento com os filhos e não aceitação do rompimento da relação<sup>8</sup>.

**Tabela 8** - Distribuição dos tipos de violência sofridos pelas mulheres (n=50). João Pessoa/PB, 2011.

Fev/Mar (2010)		Fev/Mar (2011)			Total		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%	Nº	%
Lesão Corporal	21	78	Lesão Corporal	17	74	38	76
Ameaças	5	18	Ameaças	5	22	10	20
Estupro	1	4	Estupro	0	0	1	2
Tentativa de Estupro	0	0	Tentativa de Estupro	1	4	1	2
Total	27	100	Total	23	100	50	100

Fonte: Delegacia da mulher. João Pessoa – PB.

A Tabela 8 evidenciou que, no ano de 2010, entre os tipos de violência, prevaleceu a lesão corporal com 21 (78%); seguida de ameaças com 5 (18); e de estupro com 1 (4%). Em 2011, continuou a prevalecer a lesão corporal com 17 (74%); seguidos de ameaças com 5 (22%); e a tentativa de estupro com 1(4%) mulheres.

Como mostrado na tabela, há várias maneiras de se manifestar violência contra mulher, com diferentes graus de seriedade, desde a presença de coação até a ameaça da qualidade de vida. Importante ressaltar que, independente do uso ou não de qualquer tipo de arma, a demonstração de força e poder do agressor está em constante presença, causando desconfortos, lesões, constrangimentos e mortes de inúmeras mulheres, que, por algum motivo, têm dificuldade em denunciar seu agressor. Ainda encontra-se presente em qualquer tipo de violência a soberania masculina sobre a feminina e é evidente que a denúncia não é uma escolha fácil, porém factível.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos dados colhidos na Delegacia da Mulher, foi possível compreender que a violência contra mulher ainda é ativa e os fatores que a geram são diversos. Observa-se que a Lei Maria da Penha se faz presente e possibilita uma opção para essas mulheres. Os tipos de violência sofridos pelas mulheres são diversos e vão desde o estupro até violências mais veladas, como as ameaças. A

problemática é atual, hoje e ontem, mas esforços e políticas públicas eficazes vêm sendo implementadas no sentido de coibir qualquer tipo de violência.

Considera-se que fechar os olhos para o atendimento a essas mulheres, é omitir-se enquanto cidadão de direito e de fato. No entanto, não é somente o fato de denunciar atos violentos contra a mulher, mas sim o de chamar a atenção da sociedade, para juntos criar condições necessárias para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A centralidade dessa problemática reporta-se aos direitos humanos, pois a violência contra a mulher é uma forma de violação desses direitos. Tal situação faz com que se considere que a educação em direitos humanos pode auxiliar no combate à violência contra a mulher e na diminuição de outras violações aos direitos humanos, visto que compreende etapas de sensibilização, problematização, além da promoção da educação para a justiça social e para a paz, desenvolvendo nos indivíduos uma noção ético-social em defesa da vida e da preservação da espécie humana.

Uma educação dialógica e interdisciplinar que pressuponha enquadramento do cotidiano em suas ações, possibilitando novos modos de pensar, ensinando a respeitar o outro com suas diferenças, formar hábitos e atitudes, sensibilizar para a relação com o outro, criar novos modos de convivência social, provocar mudanças para que se superem e se rejeitem as violações.

Proporcionar o desenvolvimento de atitudes como saber ouvir, aprender a respeitar as opiniões diversas, comprometimento com as mudanças, bom senso, exercício de tolerância, respeito ao saber do outro, rejeição às formas de discriminação, desenvolvimento de mecanismos de reconhecimento de si e do outro, como pessoa e como cidadão, diante de processos e práticas violadoras dos direitos humanos em um processo contínuo de humanizar o humano.

## VIOLÊNCIA CONTRA LA MUJER: UNA REALIDAD IMPROPIA

### RESUMEN

La violencia contra la mujer es una realidad presente desde hace mucho tiempo en varios países dotados de diferentes regímenes económicos y políticos. Estudio documental retrospectivo con enfoque cuantitativo, cuyo objetivo es analizar los factores desencadenantes de la violencia y el número de mujeres maltratadas atendidas en la consejería de la mujer del municipio de João Pessoa-PB. El material utilizado se compone de cincuenta procesos existentes en la consejería grabado en los meses de febrero y marzo de 2010 y 2011. Los resultados indican que la mayoría son mujeres jóvenes de 21 y 25 años (26%); la mayoría con unión estable (48%); o soltera (44%); con enseñanza primaria completa (33%); del hogar (37%). La violencia física predominó en los dos años consecutivos, la mayoría practicada en las residencias (87%). El abuso de alcohol (26%) y los celos (49%) son factores que predisponen a las agresiones. Los agresores normalmente son sus compañeros sentimentales (70%), también jóvenes (37%), que trabajan y, la mayoría, tienen algún contrato (44%). Se considera que la Ley Maria da Penha está presente y proporciona una opción para estas mujeres. La situación hace que la hipótesis de que la educación en derechos humanos puede ayudar a combatir la violencia contra la mujer y la reducción de otras violaciones de los derechos humanos, ya que comprende las etapas de conciencia, cuestionar, y promover la educación para la justicia social y la paz, el desarrollo de los individuos en una noción ético-social en defensa de la vida y la preservación de la especie humana.

**Palabras clave:** Violencia. Género. Direitos Humanos.

### REFERÊNCIAS

1. Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. Estudos Avançados 17(49); 2003. [acesso em: 30 jan. 2012] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-0142003000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-0142003000300006).
2. Brasil. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Enfrentamento à violência contra a mulher: balanço de ações 2006 - 2007. Brasília; 2007.
3. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadoli D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na pousada de Maria. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(1):126-33. [acesso em 21 jan. 2012] Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a18v44n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a18v44n1.pdf).
4. Guiraldelli R, Engler HBR. Mulher negra e violência: dilemas atuais. Serviço Social & Realidade, Franca. 2007 [acesso em 21 jan 2012] ;16(1):205-23. Disponível em: <http://periodicos.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/97/116>.
5. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2008; 42(6).

6. Lourenço Ribeiro DK, Duarte JM, Lino KC, Campos Costa da Fonseca MR. Caracterização das mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva* 2009; 35: 264-8.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília;1996.
8. Ribeiro DKL, Duarte JM, Lino KC, Fonseca MRCC. Caracterização das mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva*. 2009;06(35):264-68.
9. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violência contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):944-53.
10. Paraíba. Secretaria de comunicação. PB tem mais de 3 milhões de mulheres; Governo combate violência e incentiva emancipação feminina. [acesso em: 19 jan. 2012] Disponível em: <http://www.paraiba.com.br/2012/03/08/08052-pb-tem-mais-de-3-milhoes-de-mulheresgoverno-combate-violencia-e-incentiva-emancipacao-feminina>.
11. Jong LC, Sadala MLA, Tanaka AC. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Esc Enferm USP* 2008 [acesso em 19 jan 2012]; 42(4):744-51. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a17.pdf).
12. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludemir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*. Oct. 2007;41(5).

**Recebido em: 26.06.12**  
**Aceito em: 06.03.13**

## O LÚDICO NO ENFRENTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA

Carolina Maria Lucena de Medeiros<sup>1</sup>  
Oneide Raianny Monteiro Lacerda<sup>2</sup>  
Ilana Vanina Bezerra de Souza<sup>3</sup>  
Adriana Lira Rufino de Lucena<sup>4</sup>  
Daniela Karina Antão Marques<sup>5</sup>

### RESUMO

O nascimento de um filho gera motivos de realização e novas expectativas para as famílias. A hospitalização nessa fase da vida é um momento de dificuldades e que necessita de mecanismos diversos de enfrentamento pela família. Os objetivos desta pesquisa são analisar, na percepção da família, a importância do lúdico no enfrentamento da hospitalização da criança; identificar o conhecimento dos familiares acerca da atividade lúdica no ambiente hospitalar; verificar, na opinião da família, se o lúdico favorece a aceitação ao tratamento da criança, e se favorece a melhora do estado de saúde da criança; verificar, na opinião da família, a evolução na autoestima da criança após atividades lúdicas. Pesquisa exploratório-descritiva, quanti-qualitativa, realizada no Hospital Arlinda Marquês, em João Pessoa-Paraíba. A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução 196/96 do CNS e da Resolução 311/2007 do COFEN e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo 176/2011. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2011 com 10 familiares de crianças internadas. Analisados com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, os resultados mostram que as mães têm filhos com mais maturidade, entre 28 a 57 anos, correspondendo a 60% da amostra; e com idade entre 18 a 27 anos correspondendo a 40%. De acordo com a categoria profissional é observado que 50% das entrevistadas são do lar e as outras 50% tem sua profissão. O DSC nos revelou a importância do lúdico na hospitalização infantil, como também vista a preocupação das mães com as crianças acima de 14 anos onde elas sentem a falta de jogos, já que está idade sente menos necessidade de brincar. Após a análise percebi também, quando disponibilizado o brinquedo ou algum tipo de animação por parte do profissional, a facilidade na executar os procedimentos. Os objetivos foram alcançados.

**Palavras-chave:** Hospitalização. Criança. Família.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. End.: Rua Maestro Joaquim Pereira, Mangabeira VI. CEP: 58058-812. Tel.: (83) 8884-2600. E-mail: carolinda\_jp@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda pelo programa em Ciências da Educação, pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: ormlhta@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda pelo programa em Ciências da Educação, pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT. Enfermeira Assistencial da UTI Neonatal da Maternidade Frei Damião. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: ilanavbs@gmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda pelo Programa em Ciências da Educação, pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: adriana.lira.rufino@hotmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: danielaantao@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho gera motivos de realização e novas expectativas para as famílias. Quando nos referimos à criança, o esperado é que ela viva situações de saúde para crescer e desenvolver-se dentro dos limites da normalidade. Porém, quando nos defrontamos com ela, na condição de doente, como todo ser humano, provavelmente o comportamento muda.<sup>1</sup> Nesse sentido, a experiência de ter um filho hospitalizado gera um momento difícil para a família envolvida nessa situação.

O processo de hospitalização é uma realidade na vida de milhares de crianças brasileiras, mas o número de internações vem diminuindo ao longo dos anos.<sup>2</sup> Não podemos ignorar o impacto que a internação pediátrica provoca na vida dessas crianças e de seus familiares. A experiência da hospitalização na infância é considerada uma situação potencialmente traumática, que pode desencadear o surgimento de sentimentos diversos, como angústia, ansiedade e medo diante de uma situação desconhecida ou ameaçadora, podendo provocar alterações no desenvolvimento da criança e comprometer seu processo de interação com as pessoas e o meio em geral.<sup>3</sup>

Além disso, a hospitalização infantil repercute, não somente na vida da criança, mas também na dinâmica familiar, como separações. Porém, é importante a permanência da família unida durante o período de hospitalização, o que contribuirá, ajudando-a no enfrentamento da internação, minimizando o sofrimento e tornando a recuperação da saúde mais rápida e menos dolorosa<sup>4</sup>.

Percebe-se, então, que o hospital é um ambiente que ocasiona sensações desagradáveis, descaracterizando o paciente à medida que são impostas normas e rotinas específicas a serem seguidas pelos usuários do serviço, submetidos a situações nas quais não têm muita escolha<sup>5</sup>.

Cada criança internada tem a necessidade de afastar-se dos pais, da casa, dos irmãos, da escola, dos amigos, bichos de estimação, dos brinquedos. Os acompanhantes, em sua maioria, a família, estão presentes, mas há angústia em seus semblantes. Por tudo isso, as crianças ficam muito tristes, e a internação torna-se um momento no qual, além da doença, a criança vivencia a separação das pessoas com as quais possui vínculo afetivo. Ainda mais porque, durante a

internação, são submetidas a procedimentos terapêuticos invasivos, dolorosos, causando-lhe medo e emoções de sofrimento ou morte. Partindo dessas alterações, ocorridas repentinamente na vida da criança, nota-se a importância de projetos que incluam uma assistência adequada e que visem, através de ações lúdicas, minimizar os efeitos da hospitalização e prevenir sofrimentos mentais psicológicos na criança.<sup>6</sup>

Considerando que a criança exige maior atenção e cuidados, e que qualquer desestruturação em sua faixa etária interfere na qualidade de vida e em seu pleno desenvolvimento, aponta-se que a inserção das atividades lúdicas no processo de cuidar em Enfermagem Pediátrica pode contribuir para a diminuição dos efeitos estressores da hospitalização e tornar a assistência prestada, consideravelmente, mais humanizada.<sup>7</sup>

O brincar no hospital, felizmente, vem sendo valorizado, como se pode verificar na Lei nº. 11.104, de 21 de março de 2005, a qual apresenta a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. De acordo com o Art. 2º, considera-se brinquedoteca, para os efeitos dessa lei, o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinados a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.<sup>8</sup>

Estudo revela o lúdico como uma medida terapêutica, que promove a continuidade do desenvolvimento infantil e possibilita o restabelecimento físico e emocional, por tornar a hospitalização menos traumatizante. O brincar ainda reduz tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade, e funciona como atividade-meio entre a criança e o profissional, pois facilita a se atingir os objetivos anteriormente estabelecidos.<sup>7</sup>

Os brinquedos e as brincadeiras não são meros divertimentos, pois servem como suporte para que a criança atinja seu desenvolvimento - emocional e cognitivo, propiciando-lhe interação dos conteúdos nas diferentes formas de pensar, e facilitando a assimilação e entendimento de muitos conceitos.<sup>9</sup>

As atividades lúdicas proporcionam alterações no ambiente hospitalar, favorecendo uma melhor aceitação ao tratamento e promovendo interações entre clientes, profissionais e familiares. O lúdico deve ser utilizado como ferramenta diária nas atividades da equipe de saúde, contribuindo para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade.<sup>10</sup>

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada no Hospital Arlinda Marques, situado no Município de João Pessoa, Paraíba. A escolha deste local se deve ao fato do mesmo possuir crianças internadas e ser desenvolvido o projeto com lúdico para criança. Dessa forma, os entrevistados tiveram respaldo maior para responder as questões inerentes ao objetivo deste estudo. A população deste estudo foi constituída por todos os familiares que estavam acompanhando a criança. A amostra foi constituída por 10 familiares que concordaram em participar da pesquisa, assim que tomaram conhecimento da mesma e seus objetivos. Para seleção da amostra foi seguido os seguintes critérios: familiar que estava acompanhado a criança durante o tempo de internação; aceitar participar do estudo; ser maior de 18 anos; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado com questões referentes às condições socioeconômicas dos familiares que aceitaram participar do estudo, assim como questões relacionadas aos objetivos propostos.

A coleta de dados foi formalizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo 176/2011, da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, além do encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso para a instituição, local da pesquisa, comunicando a pretensão da mesma.

A pesquisa foi realizada em dias úteis no turno da manhã, no mês de outubro de 2011, onde houve dois momentos: o primeiro foi o contato prévio com os participantes, onde foram passados os objetivos da pesquisa, a sua importância na mesma, e a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O segundo momento foi a realização das entrevistas, no qual foram esclarecidos os objetivos do estudo, garantia do anonimato e procedimento para coleta, ficando à disposição da entrevistada para quaisquer dúvidas sobre a pesquisa. Foi utilizado gravador para obter as informações relatadas pelos familiares.

As questões acerca dos dados socioeconômicos foram analisadas estatisticamente pelo método quantitativo, agrupados e distribuídos em forma de tabelas que contêm números absolutos e percentuais. As questões subjetivas foram

analisadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Esta pesquisa foi realizada com base nos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96 CNS/MS Art. II: Dos aspectos éticos que trata do envolvimento de seres humanos em pesquisa,<sup>11</sup> como também o que rege a Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem,<sup>12</sup> que trata do código de ética dos profissionais de enfermagem.

## ANÁLISE DOS DADOS

As tabelas apresentadas a seguir são referentes aos dados sócio-demográficos coletados na pesquisa, que envolve: faixa etária, sexo, profissão e vínculo familiar. Os dados revelaram que a maioria dos entrevistados, 4 (40%), encontravam-se na faixa etária de 18 a 27 anos; 3 (30%) deles entre 28 e 37 anos; 2 (20%) de 38 a 47 anos e 1 (10%) de 48 a 57 anos, totalizando 10 (100%) entrevistados, essas informações podem ser observadas na Tabela 1:

**Tabela 1** - Distribuição dos entrevistados por faixa etária, João Pessoa – PB, 2011.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>18 a 27</b>	<b>4</b>	<b>40%</b>
<b>28 a 37</b>	<b>3</b>	<b>30%</b>
<b>38 a 47</b>	<b>2</b>	<b>20%</b>
<b>48 a 57</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa de Campo

De acordo com o sexo, observa-se que todos os entrevistados, 10 (100%), são do sexo feminino.

Em relação à categoria profissional, as participantes da coleta foram distribuídas da seguinte forma: 1 (10%) autônoma, 1 (10%) agricultura, 1 (10%) diarista, 5 (50%) do lar, 1 (10%) técnica de enfermagem, 1 (10%) professora, esses dados podem ser visualizados na tabela 2:

**Tabela 2** - Distribuição dos entrevistados por categoria profissional, João Pessoa – PB, 2011.

<b>Categoria</b>	<b>Nº de profissionais</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Autônoma</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Agricultora</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Diarista</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Do lar</b>	<b>5</b>	<b>50%</b>

<b>Técnica de enfermagem</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Professora</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa de Campo

a distribuição dos entrevistados por vínculo familiar ocorreu da seguinte forma: 7 (70%) mãe, 1 (10%) madrasta, 1 (10%) tia e 1 (10%) avó, como mostra a Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição dos entrevistados por vínculo familiar, João Pessoa – PB, 2011

<b>Vínculo familiar</b>	<b>Nº de entrevistados</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Mãe</b>	<b>7</b>	<b>70%</b>
<b>Madrasta</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Tia</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>Avó</b>	<b>1</b>	<b>10%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa de Campo

Os dados subjetivos referentes ao objetivo proposto serão apresentados e analisados a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como veremos abaixo:

**Quadro 1** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes, em resposta a pergunta: Como você percebe a importância do lúdico no enfrentamento da hospitalização do seu filho?

<b>Ideia Central 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Os acompanhantes percebem a mudança com a terapêutica lúdica.	[...] é muito importante... [...] é bom né, porque eles esquecem um pouco da dor... [...] ótimo, contribui muito na recuperação dele... [...] ele fica muito feliz... [...] ótimo, importante, ele fica melhor quando brinca, fica triste quando levam o brinquedo... [...] quando ele brinca ele fica melhor... [...] ele gosta muito...

Segundo o DSC apresentado no Quadro 1, pode-se constatar que todas as 10 entrevistadas perceberam grande importância do lúdico relacionada à recuperação do seu filho. Através do Discurso Sujeito Coletivo percebesse o quanto é essencial a presença da terapêutica lúdica no ambiente hospitalar, pois todas as entrevistadas relataram que perceberam a melhora de saúde do seu filho, com sendo a terapêutica lúdica um meio de facilitação para a comunicação entre os

pacientes. Com isto, a terapêutica lúdica tanto ajuda na recuperação quanto colabora para criação de novos vínculos pessoais.

Muitas crianças hospitalizadas não conseguem verbalizar seus desejos e necessidades dentro de um ambiente tão hostil como o hospital. Geralmente, elas ficam inquietas, ansiosas, sofrendo as consequências da doença que elas muitas vezes desconhecem a causa, e a terapêutica lúdica minimiza os reflexos negativos do ambiente hospitalar. Uma das entrevistadas relatou que “ele fica triste quando levam o brinquedo!”, evidenciando a importância do brincar no hospital.<sup>13</sup>

Percebemos, então, que através do brincar as crianças experimentam sensações de prazer e de felicidade, adquirem conhecimento sobre o mundo, aprendem espontaneamente e desenvolvem a comunicação.<sup>14</sup> O brincar pode oferecer uma fuga da realidade triste e solitária, a qual o ambiente hospitalar oferece. Todos esses benefícios contribuem para que as crianças aumentem a defesa imunológica, minimizem os prejuízos da hospitalização, a apatia e a irritabilidade, contribuem para uma maior rapidez na recuperação e ajudam no resgate da alegria do mundo infantil.

Buscando avaliar a participação do lúdico junto a procedimentos de rotina do tratamento, foi feito o seguinte questionamento:

**Quadro 2** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes, em resposta a pergunta: Você acha que os procedimentos de enfermagem ou exames executados, foram facilitados com o lúdico?

<b>Ideia Central 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Algumas mães percebem a importância do lúdico, quando relacionado aos procedimentos de enfermagem como exames, administração de medicamentos...	[...] sim, a uma facilidade quando dão o brinquedo na hora dos procedimentos.. [...] no começo ele fica tristonho, mas quando dá o brinquedo ele esquece... [...]ele fica quietinho... [...] facilita quando dão brinquedo...
<b>Ideia Central 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Algumas mães relatam que o brinquedo não é disponibilizado.	[...] eles não dão brinquedo... [...]eles não dão brinquedo só na hora de brincar... [...] não deixam o brinquedo... [...] nunca vi...
<b>Ideia Central 3</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Algumas mães relataram que não houve sucesso nos procedimentos junto à terapêutica lúdica.	[...] ele começa a chorar quando vê alguém, o brinquedo não adianta. [...] não houve sucesso com o brinquedos ...

--	--

De acordo com o DSC do Quadro 2, o lúdico facilita e minimiza os reflexos desagradáveis dos procedimentos atribuídos ao tratamento prescrito para as crianças. Quatro entrevistadas relatam que há a facilidade nos procedimentos, quando disponibilizam o brinquedo para a criança; quatro relatam que não disponibilizam brinquedos neste período; duas relatam que a disponibilidade de brinquedos não facilita.

As entrevistadas que relataram o uso dos brinquedos junto aos procedimentos relacionados ao tratamento do filho dão ênfase à importância dos brinquedos neste momento. Algumas mães enfatizam que o brinquedo ou comportamentos que denotem brincadeiras chama a atenção da criança e diminui a tensão que, muitas vezes, é adquirida no momento em que a criança se depara com procedimentos invasivos, administração de medicação ou até mesmo procedimentos mais simples com uma verificação de temperatura. Com isto, faz-se primordial a utilização do lúdico na realização de procedimentos para melhor êxito e diminuição do stress na criança.

O lúdico fornece oportunidades para modelar comportamentos da criança, maximizando reflexos positivos e minimizando consequências negativas. Além disso, o brincar também facilita os procedimentos de enfermagem, fazendo com que a criança se sinta mais confiável e distraída.<sup>15</sup>

A adequação à hospitalização e aos procedimentos depende se a criança internada sente dor. Isso porque, embora alguns procedimentos sejam para acalmar sua dor, e seu sofrimento, de certo modo, será minimizado, a criança que é hospitalizada sem dor, geralmente não se adapta e não aceita facilmente a hospitalização. Automaticamente, sofre mais com os procedimentos sem saber o motivo de estar ali.<sup>16</sup>

O ato de brincar possui muitas características do ponto de vista da criança. O interesse e o uso da brincadeira devem-se, principalmente, ao efeito imediato que têm ao se divertir, bem como o domínio que a criança exerce sobre o brinquedo, transformando-o em instrumento de domínio de situações penosas, difíceis, traumáticas, sentindo-se mais forte e segura para superar situações desagradáveis no hospital.<sup>15</sup> Assim, elas alteram o ambiente hospitalar a uma realidade mais próxima de seu cotidiano, surtindo efeitos positivos neste período.

Buscando perceber se houve mudança no estado de saúde da criança, foi feita a seguinte pergunta:

**Quadro 3** - Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes, em resposta a pergunta: Você percebeu melhora no estado de saúde do seu filho após intervenções do lúdico. Quais?

<b>Ideia Central 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Perceberam mudança no estado de saúde do paciente pediátrico.	[...] sim, ele fica mais alegre... [...] o brinquedo tá deixando ele mais animado... [...] ele chorava, eu mostrei o brinquedo ele se calou... [...] ele tá mais alegre... [...] ele não pede mais para ir para casa quando brinca... [...] ele fica mais alegre, eu trouxe brinquedo de casa... [...] ele pedi para sentar e brincar, melhou muito...

De acordo com as informações expostas no DSC do Quadro 3, todas as entrevistadas, ou seja, 10 perceberam melhora na saúde do seu filho após a terapêutica lúdica. Em uns dos relatos, a entrevistada declarou que “o brinquedo tá deixando ele mais animado!”. Outro relato que chamou a atenção foi uma acompanhante relatar que “antes ele pedia para ir para casa, agora ele não pede mais!”, deixando bem claro que, após as intervenções do lúdico, a criança tornou-se mais adepta ao tratamento.

Percebe-se também que a terapêutica lúdica torna o ambiente hospitalar mais aconchegante. Uma vez que a criança passa a brincar e a se comunicar mais com outras crianças hospitalizadas, ela se torna mais próxima do mundo o qual teve que deixar devido à hospitalização, o mundo infantil.

Literaturas afirmam que os reflexos negativos que a hospitalização pode causar à criança estão ligados ao fato de que, no processo da internação, a criança está afastada de seu ambiente familiar, de sua vida acadêmica e, algumas vezes, sem a companhia dos pais,<sup>17,16,18</sup> tendo também seu corpo exposto a procedimentos dolorosos, invasivos e desagradáveis. A função dos brinquedos no hospital é de distrair a criança, reconhecendo a sua utilidade no tratamento de patologias.<sup>19</sup>

Pesquisa expõe que a reabilitação e o brincar devem fazer parte da normalização da vida da criança no hospital. Além da atenuação do sofrimento psíquico da criança decorrente da hospitalização, o brincar, aparentemente, demonstra uma preocupação com a humanização do ambiente hospitalar, possibilitando uma aproximação com a vida normal da criança.<sup>21</sup>

Para perceber se os acompanhantes dos pacientes tinham algum conhecimento sobre o lúdico hospitalar, foi feito o seguinte questionamento:

**Quadro 4** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes, em resposta á pergunta: O que você conhece sobre a atividade lúdica no ambiente hospitalar?

<b>Ideia Central 1</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Algumas entrevistadas declaram conhecer sobre o lúdico.	[...]sei que é um momento de descontração... [...] é brincar no hospital... [...] é quando dão brinquedo a ele...

<b>Ideia Central 2</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Algumas entrevistadas declaram que não tem conhecimento sobre o lúdico.	[...]conheço nada... [...] não sei o que é...

De acordo com as informações expostas no DSC do Quadro 4, 6 dos entrevistados declaram que o lúdico é brincar no hospital e 4 dos entrevistados declararam que não sabem nada sobre o lúdico. Com este resultado, percebe-se o baixo conhecimento não somente do brincar no hospital, mas também do significado da palavra 'lúdico' e dos benefícios que o brincar no hospital traz para o paciente da ala pediátrica. Isto é um dado preocupante, pois o entendimento do que é o lúdico e suas finalidades é importante para o conhecimento de quem acompanha o paciente, uma vez que a participação do acompanhante é importante para o aumento do vínculo afetivo.

A hospitalização infantil pode ser considerada uma experiência excessivamente invasiva e traumática. Sendo assim, a criança hospitalizada tem maior risco de sofrer graves deformações e prejuízos no seu desenvolvimento. Neste sentido, evidencia-se a necessidade de que sejam minimizados os prejuízos que a hospitalização pode causar à criança. Portanto, é imprescindível tornar os ambientes hospitalares mais humanos, orientar e mobilizar os profissionais para prestar cuidados à criança, de maneira menos traumática, ressaltando a importância da presença da família, do psicólogo e do brincar nesse processo.<sup>21</sup>

Brincar é a atividade de extrema importância na vida da criança e é crucial para seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É a forma pela qual ela se comunica com o meio em que vive e expressa, ativamente, seus sentimentos, ansiedades e frustrações. Através do brincar no hospital, a criança adquire o domínio da situação, utilizando a brincadeira e a fantasia.<sup>22</sup>

Em relação ao papel dos pais na assistência à criança, percebe-se que os mesmos acabam adoecendo, pois qualquer hospitalização é estressante para a criança e para a sua família. A perda de controle, o medo de traumatismo corporal, a dor, o estresse da separação da família, tanto quanto as incertezas em relação ao tratamento contribuem para a ansiedade da criança e da família.<sup>23</sup>

Com relação à percepção da melhora da autoestima da criança, após o lúdico, foi realizado o seguinte questionamento.

**Quadro 5** - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes, em resposta à pergunta: Você percebeu melhora na autoestima da criança após as atividades lúdicas?

<b>Ideia Central 01</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Entrevistadas declaram que houve melhora na autoestima da criança após a terapêutica lúdica.	[...]sim e muito... [...] ele tá mais alegre...[...]muita... [...]ele chora menos que antes... [...] ele conversa mais com os outros... [...] ele fica maia animadinho... [...] ele se anima mais um pouquinho...
<b>Ideia Central 02</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</b>
Entrevistada declara que não houve melhora na autoestima da criança após a terapêutica lúdica.	[...]ele fica normal,não muda nada.

De acordo com as informações expostas no DSC do Quadro 5, 9 relataram que perceberam melhoria na autoestima da criança e apenas 1 relatou que não percebeu mudança. Uma das entrevistadas relatou que “meu filho chegou aqui nem andava, agora ele já tá até andando”. O brincar no hospital ajuda a criança a se comunicar com outras através das brincadeiras, colaborando com seu crescimento social. Conseqüentemente, a criança torna-se mais independente, refletindo positivamente em sua autoestima.

O ato de brincar coloca ao alcance da criança uma diversidade de atividades que, além de possibilitar a ludicidade individual e coletiva, permite também que ela construa seu espaço.<sup>8</sup> Para tanto, com o objetivo de resgatar o ambiente o qual a criança teve de deixar devido à hospitalização, oferece-se a ela o espaço lúdico, onde a criança demonstra notável melhora no seu estado de saúde.

Sendo possível, desta forma, afirmar que atividades lúdicas contribuem para a recuperação da criança; possibilitam a compreensão e elaboração da situação de hospitalização tanto para a criança hospitalizada quanto para seus familiares;

promovem a humanização, colaboram para a desmistificação do hospital, frequentemente entendido como invasivo e agressivo; é uma forma de expressar a ansiedade, bem como de administrar a agressividade; estimula a aproximação dos acompanhantes com essas crianças, o que contribui para a diminuição dos aspectos negativos refletidos pela hospitalização.<sup>15,16</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Atualmente, muitos estudos são dedicados à compreensão do lúdico e das brincadeiras, como fatores fundamentais ao desenvolvimento humano.

Contudo, o DSC revelou que é evidente a importância do lúdico na hospitalização infantil. Percebe-se que, quando disponibilizado o brinquedo ou algum tipo de animação por parte do profissional, há uma facilidade maior em executar os procedimentos hospitalares com as crianças. Isso ocorre devido à distração que a animação oferece.

O questionamento que buscou saber se existia a compreensão do significado do termo lúdico pelos acompanhantes evidenciou que, embora tenha sido a porcentagem menor, entrevistadas relataram não saberem o que significa. Ainda assim, apresenta-se como um dado preocupante, já que a participação da família se faz importante para a recuperação da criança, e também o conhecimento sobre a terapêutica lúdica e seus benefícios.

Os objetivos da pesquisa foram contemplados, pois foi possível observar a importância do lúdico para a recuperação da criança, uma vez que este serve de instrumento que facilita e minimiza os reflexos desagradáveis dos procedimentos atribuídos ao tratamento prescrito para as crianças.

## **THE PLAYFUL IN COPING THE HOSPITALIZATION: PERCEPTION OF FAMILY**

### **ABSTRACT**

The birth of a child generates motives of fulfillment and new expectations for families. The hospitalization during this stage of life is a moment of difficulties that requires several coping mechanisms of the family. The objectives this research are: to analyze, in the family's perception, the importance of ludic in coping with the child's hospitalization; to identify the family's knowledge about the ludic activity inside the nosocomial environment; to verify, in the family's opinion, if the ludic favors the child's acceptance of the treatment, and if it favors the improvement of the child's health status; to verify, in the family's opinion, the evolution of the child's self-esteem after ludic activities. Research exploratory-descriptive, quantitative and qualitative,

performed in the Arlinda Marques Hospital, in João Pessoa-Paraíba. The research complied with the ethical principles from the Resolution 196/96 by CNS and the Resolution 311/2007 by COFEN, being approved by the Ethic Committee in Research, protocol 176/2011. The data collection was performed in October/2011 with 10 relatives of hospitalized children. The results were analyzed using the Discourse of the Collective Subject technique and showed mothers have children with more maturity, between 28 and 57 years old, representing 60% of the sample; and between 18 and 27 years old, representing 40%. In terms of professional category, it is observed that 50% of the interviewed mothers are housewives and the other 50% have a profession. The DCS revealed the importance of the ludic during the child hospitalization, as well as the mothers' concern about the children over 14 years old, who miss age appropriate games, as this age range feels less need to play. After the analysis, it was noticed that, when a toy or amusement is provided by the professional, there is a facility in performing the procedures. The objectives were accomplished.

**Keywords:** Hospitalization. Child. Family.

## REFERÊNCIAS

1. Holanda, ER. Doença crônica na infância e o desafio do processo de escolarização: percepção da família. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal da Paraíba; 2008. 116f
2. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Brasília, DF, 2004. [acesso em: 15 out. 2011] Disponível em: <http://www.datasus.org.br>.
3. Mitre RMA, Gomes R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciência e saúde coletiva*. 2004;12(5):77-84.
4. Pimenta, EAG. Concepções da equipe de enfermagem acerca do processo de trabalho no cuidado à criança hospitalizada e a sua família. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Centro da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2007. 153f.
5. Milanesi K, Collet N, Oliveira BRG. Sofrimento psíquico da família de criança hospitalizada. *Revista brasileira de enfermagem*. 2006; 5:769-74.
6. Pedrosa AM, Monteiro H, Links K, Pedrosa F, Melo C. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*. 2007;7(1). [acesso em: 18 out 2011] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a12v07n1.pdf>.
7. Brito TRP, Resck ZMR, Moreira DS, Marques SM. Práticas lúdicas no cotidiano de enfermagem pediátrica. Escola Anna Nery. *Revista de enfermagem*. 2009 [acesso em: 18 out 2011] ;13(4):802-08. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a16.pdf>.

8. Oliveira LDB, Gabarra LM, Marconi C. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*. 2009;19(2):306-12.
9. Barros DMS, Lustosa MAA. Ludoterapia na doença crônica infantil. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2009;12(2):114-36.
10. Simões ALA, Maruxo HB, Yamamoto LR. Satisfação de clientes hospitalizados em relação às atividades lúdicas desenvolvidas por estudantes universitários. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2010;12(1):107-12.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de outubro 1996: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
12. Cofen. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro; 2007.
13. Collet N, Oliveira BRG. Manual de enfermagem em pediatria. Goiânia: AB; 2010.
14. Soares MRZ. Estratégias de lúdicas na intervenção com crianças hospitalizadas. In: Almeida CG. *Intervenções em grupos: estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida*. São Paulo: Papyrus; 2003.
15. Gil MSC A, Rose JCC. Regras e contingências sociais na brincadeira de crianças. In: Brandão MZS, Conte FCS, Brandão FS, Ingberman YK, editores. *Comportamento e cognição*. 2003;11:383-9.
16. Chiattonne HBC. A Criança e a hospitalização. In: Camom VA, organizador. *A Psicologia no Hospital*. São Paulo: Pioneira; 2003.
17. Carvalho AM, Begnis JG. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*. 2006;11(1):109-17.
18. Straub RO. *Psicologia da saúde*. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2005.
19. Leite TMC, Shimo AKK. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. *Escola Anna Nery*. 2007;11(2):389-95.
20. Pimentel RG. Universo lúdico no hospital: perspectivas da recreação dentro do ambiente hospitalar infantil com base no processo sócio-histórico-cultural. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 1999;2(21):761-7.
21. Fota MA, Gurgel AA, Pinheiro MCD. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2007;12(1):69-75.
22. Oliveira RR, Oliveira ICS. Os Doutores da Alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*. 2008;12(2): 230-6.

23. Calvett PÜ, Silva LM, Gauer GJC. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. Psicologia. Revista da Vetor Editora. 2008;9(2):229-34. [acesso em: 12 out. 2011] Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n2/v9n2a11.pdf>.

**Recebido em: 04.06.12**  
**Aceito em: 23.10.13**

## O LÚDICO NA HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DE MÃES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS QUANTO AO PROJETO DE EXTENSÃO “ANJOS DA ENFERMAGEM”<sup>1</sup>

Déa Silvia Moura da Cruz<sup>2</sup>  
Shayra Mello Leonel da Rocha<sup>3</sup>  
Daniela Karina Antão Marques<sup>4</sup>

### RESUMO

Em decorrência do sofrimento vivenciado pela criança durante a hospitalização e visualizando no ludismo uma estratégia que poderia aliviar tal sofrimento, foi criado em 2003 o projeto de extensão “Anjos da Enfermagem”, que tem como objetivo trabalhar a educação em saúde através do lúdico, garantindo a milhares de crianças com câncer o direito de brincar, mesmo em situações adversas, como a hospitalização. O estudo teve por objetivo conhecer a percepção das mães com relação à atuação dos Anjos da Enfermagem durante a hospitalização da sua criança. Foi uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quantitativa, realizada no Hospital Pediátrico Arlinda Marques, no município de João Pessoa-PB, com 10 mães escolhidas aleatoriamente. Os dados foram coletados no mês de agosto de 2011, através de um roteiro de entrevista visando atingir os objetivos propostos. Obedeceu aos princípios éticos constantes na Resolução 196/96 do CNS - Ministério da Saúde. Como resultados, observou-se que metade 5 (50%) das mães tinham entre 25 e 30 anos; a maioria, 4 (40%) eram mulheres casadas, do lar (7-70%) e tinham 2 filhos (6-60%). Quanto à percepção das mães com relação à atuação dos Anjos da Enfermagem, 10 (100%) referiram como muito importante para as suas crianças, pois, através do brincar, os “Anjos” conseguem aliviar o sofrimento, diminuindo assim os traumas gerados pela hospitalização, transmitindo-as mais confiança. Tal percepção vem favorecendo o sucesso do Projeto “Anjos da Enfermagem” e contribuindo para a continuidade desta prática tão importante para a saúde da criança, uma vez que promove mudanças significativas no processo de adaptação da criança ao ambiente hospitalar, além de fortalecer o vínculo entre as crianças, as mães e todos envolvidos na assistência.

**Palavras-chave:** Criança. Mães. Hospitalização. Jogos e brinquedos.

<sup>1</sup> Artigo originado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Percepção de mães de crianças hospitalizadas com relação ao Projeto de Extensão Anjos da Enfermagem (2011).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da FACENE na Disciplina Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente. End.: Rua Mourise Miranda Gusmão, 775. Cristo. João Pessoa-PB. CEP: 58070-540. E-mail: deasilvia2000@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira formada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente da FACENE na Disciplina Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente. E-mail:danielantão@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

Para falar de humanização é preciso entender que ela só acontece quando realizada através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos, considerada então um processo de construção gradual.

Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade<sup>1</sup>.

O Ministério da Saúde, tendo em vista a necessidade de humanizar o cuidado, pelo número de queixas dos usuários referentes à má assistência hospitalar, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares e de saúde em geral. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no ano de 2000, com o objetivo de promover uma mudança no atendimento de saúde no Brasil.<sup>2</sup>

O padrão de mudança do PNHAH visa uma assistência qualificada e eficaz aos usuários que são assistidos por profissionais da rede de saúde pública, sendo seu fundamental objetivo melhorar cada vez mais as relações entre os profissionais de saúde quanto ao trabalho em equipe e à assistência prestada aos usuários.<sup>2</sup>

Apesar dos avanços na saúde, muitas instituições hospitalares da rede pública ainda sofrem com a falta de condições técnicas, seja de capacitação ou material, tornando a assistência desumanizante, e com baixa resolubilidade. Esta situação se torna ainda mais precária, à medida que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, agindo contrário aos preceitos éticos profissionais.<sup>3</sup>

Diante desta realidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) resolveu criar, no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização chamada de Humaniza SUS, com objetivo de efetivar os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) no

cotidiano das práticas de atenção à saúde e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando as relações solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.<sup>3</sup>

A hospitalização é uma situação estressante na vida de qualquer ser humano e, em pediatria, a situação torna-se ainda mais delicada em virtude das agressões decorrentes de um ambiente hostil, de pessoas desconhecidas e procedimentos que causam dor e sofrimento à criança, sem falar na doença em si que já é uma agressora em potencial. Com toda essa mudança, a criança torna-se vulnerável às alterações emocionais, sendo o apoio para o enfrentamento desta situação bastante restrito, tornando os pais sua única fonte de segurança.<sup>3,4</sup>

Considerando todo sofrimento vivenciado pela criança durante a hospitalização e visualizando o ludismo como estratégia de humanização da assistência que poderia aliviar tal sofrimento, foi criado, em 2003, pela então estudante de enfermagem Jakeline Duarte, o projeto de extensão “Anjos da Enfermagem”, com o objetivo de trabalhar a educação em saúde através do lúdico, garantindo a milhares de crianças com câncer o direito de brincar, mesmo em situações adversas, como no ambiente hospitalar. São objetivos do projeto o apoio à criança com câncer e seus familiares, visando a melhoria de sua qualidade de vida; a promoção da humanização no serviço de saúde, visando a melhoria das condições e qualidade de vida no trabalho e a divulgação da cultura lúdica como apoio à criança com câncer e humanização dos serviços de saúde, sendo, portanto, considerado o maior projeto de responsabilidade social da área da saúde.

Inspirado pelo filme “O Amor é contagioso” do conhecido Patch Adams, o projeto tem como participantes grupos de voluntários que atuam em diferentes hospitais públicos das 16 unidades da Federação, com meta para implantação em mais 2 estados até final do ano de 2011. Na Paraíba, foi implantado no ano de 2009, no Complexo Arlinda Marques, com a participação dos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. É, portanto, objetivo deste estudo, conhecer a percepção das mães com relação à atuação dos Anjos da Enfermagem durante a hospitalização da sua criança.

Esta pesquisa é relevante, uma vez que a mãe, como pessoa mais próxima da criança, é capaz de perceber como o trabalho desenvolvido pelos Anjos da Enfermagem pode contribuir ou não no processo de recuperação do seu filho, e ainda estimular outros alunos a participarem de projetos desta natureza, que promovam o bem estar da criança e da sua família, minimizando assim os traumas decorrentes da hospitalização.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa foi do tipo exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. Foi realizada no Hospital Pediátrico Arlinda Marques, situado no bairro de Jaguaribe, no município de João Pessoa-PB, um hospital referência para atendimento de crianças e adolescentes da Grande João Pessoa e municípios circunvizinhos, dispendo de 54 leitos nas mais diferentes especialidades. O local foi escolhido por ser desenvolvido o Projeto de Extensão “Anjos da Enfermagem”, o qual a pesquisadora participou no ano de 2009.

A população foi constituída por todas as mães de crianças hospitalizadas no Hospital Arlinda Marques e a amostra por 10 destas mães escolhidas aleatoriamente, que presenciaram a atuação dos “Anjos da Enfermagem” e que estivessem com seus filhos hospitalizados no período da coleta de dados.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa, um roteiro de entrevista, sendo essa uma conversação entre duas ou mais pessoas (o entrevistador e o entrevistado), em que perguntas são feitas pelo entrevistador para obter informações do entrevistado<sup>5</sup>.

Os dados foram coletados através de entrevista gravada, após avaliação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, sob o protocolo 85/2011 e autorização das mães participantes da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No tratamento dos dados, os objetivos referentes à caracterização da amostra foram agrupados e apresentados em tabelas contendo números absolutos e percentuais. Já as questões subjetivas foram analisadas através da Técnica do

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>6</sup>. Esta técnica consiste numa síntese redigida a partir de ideias semelhantes (expressões-chaves-ECH), ou seja, de parte dos discursos, sendo por isso considerada o fundamento do DSC. A partir das ECH, foram construídas a(s) Ideia(s) Central(is) buscando revelar sucintamente o sentido delas. Para tanto, foram realizadas leituras sucessivas dos discursos; analisadas as respostas; selecionadas as ideias centrais das expressões-chave presentes em cada um dos discursos individuais e em todos em conjunto; e a reconstituição do discurso da representação social.

A pesquisa respeitou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS)<sup>7</sup> e a Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem<sup>8</sup>, que fazem referência aos Aspectos Éticos Legais em Pesquisa e ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, respectivamente.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Inicialmente, os dados objetivos relativos à caracterização da amostra, no que se refere à faixa etária, estado civil, profissão e número de filhos, serão apresentados através de números absolutos e percentuais.

Em relação à faixa etária, observou-se que 01 mãe (10%) encontrava-se entre 19 a 24 anos; 05 mães (50%) entre 25 a 30 anos; 02 mães (20%) entre 31 a 35 anos; 01 mãe (10%) entre 36 a 40 anos; e 01 mãe tinha mais de 40 anos. Quanto ao estado civil, 4 mães (40%) eram casadas; 1(10%) era viúva; 1(10%) era divorciada; 2(20%) eram solteiras e 2(20%) mantinham união estável. Quanto à profissão, 07 mães (70%) eram do lar; 02 (20%) eram agricultoras e 01(10%) estudante. Com relação ao número de filhos, observou-se que 3 mães (30%) tinham 3 filhos; 2 (20%) 3 filhos; 6 (60%) 2 filhos e 2 (20%) 1filho.

Buscando atingir os objetivos propostos, apresentaremos nos quadros que se seguem os dados subjetivos analisados conforme a Técnica do DSC, sendo em seguida discutidos, utilizando-se a literatura pertinente ao tema.

De acordo com as Ideias Centrais apresentadas no Quadro 1, observa-se que todas as mães consideram a atuação dos Anjos da Enfermagem muito importante para as suas crianças, pois através do brincar, os “Anjos” conseguem aliviar o sofrimento, diminuindo assim os traumas gerados pela hospitalização. As mães, percebendo a alegria dos seus filhos, sentem-se mais animadas e confiantes na recuperação deles. Elas são percebidas pelos filhos como fonte de segurança e apoio, principalmente nesse momento difícil de suas vidas. Assim, é de grande importância que elas estejam com sua autoestima fortalecida, para poder transmitir o apoio necessário a sua criança.

**Quadro 1** - Ideia Central e DSC quanto ao questionamento: Como você percebe a atuação do grupo Anjos da Enfermagem?

<b>IDEIA CENTRAL 1</b>	<b>DSC 1</b>
O grupo é importante no hospital, porque eles transmitem alegria à criança, aliviando o sofrimento através das brincadeiras, melhorando assim a condição delas.	Eu acho muito importante pra criança, porque ela fica muito só, aí quando vocês aparecem ela fica alegre, participa, dança, brinca, aí eu acho muito importante isso. Importante, é um desenvolvimento [...] pra melhora deles. Percebo que eles estão incentivando muito na melhora dos pacientes do Hospital Arlinda Marques, [...] essa alegria que eles estão transmitindo para elas. A criança se sente em casa e feliz. Eu acho bom, porque as crianças se alegram, ficam presas demais, mas quando vocês aparecem, alegram as crianças, elas se divertem mais um pouquinho, e esquece de tanto sofrimento. [...] porque em hospital as pessoas ficam muito tristes, aí eu acho bom por causa dele. [...] é uma forma deles se alegrarem com a presença de vocês. [...] são pessoas que tentam, [...] fazer as crianças, rirem, deixam elas mais alegres, e porque o riso transmite paz, e muita tranquilidade.
<b>IDEIA CENTRAL 2</b>	<b>DSC 2</b>
O grupo é importante porque traz alegria e ânimo não só às crianças, mas também às mães.	Pra mim foi bom, [...] porque vocês trazem muita alegria pra eles e pra gente também. Eu achei importante, porque as mães passam um tempo no hospital, o grupo dá uma animada [...], acho importante a participação deles.

**FONTE:** Pesquisa de campo, 2011.

Os “Anjos da Enfermagem”, através de suas visitas semanais, conseguem, por meio da atividade lúdica, proporcionar tanto às crianças como a suas mães, momentos de descontração, felizes, diferentes da rotina hospitalar, pois através do brincar, o vínculo entre mãe e filho é fortalecido, e a criança sente-se livre para criar, transformar, viver e sonhar o seu “mundinho” particular.

Segundo autores<sup>9</sup>, as mães também se veem internas com seu filho, pois assim como a criança, ela sofre com a mudança de rotina, deixa suas atividades, como seu trabalho, afazeres domésticos, e vivenciam a dor, a incapacidade e outros sintomas vivenciados pelo seu filho no adoecimento. Essa mudança, além de provocar um desgaste físico e psíquico para a mãe, provoca também uma desestruturação familiar. Apesar disso, muitas vezes, seus sentimentos não são priorizados, nem considerados, sendo a atenção máxima voltada só para a criança. Essa falta de apoio à mãe aumenta sua fragilidade, dificultando sua participação como fonte de apoio e segurança ao filho.

Ainda referem que a existência de redes de apoio é fundamental para dar suporte quanto ao acolhimento e adaptação da mãe e seu filho no processo da mudança de rotina e internação. Esta rede inclui a família, os amigos, a comunidade, os profissionais de saúde e também grupos de apoio e associações.

É fundamental a corresponsabilidade e a troca de experiências entre as pessoas, pois ajudam no desenvolvimento de estratégias para enfrentar as dificuldades do processo de adoecimento e hospitalização da criança.

Dividir os cuidados da criança com a mãe pode não ser algo fácil para os profissionais de saúde, porém, necessário, considerando que a permanência da mãe, durante a hospitalização do filho, é uma estratégia que possibilita a redução do estresse, tanto da criança como da família, favorecendo a adaptação e a aceitação do tratamento. Obtem-se, assim, respostas terapêuticas positivas, minimizando os fatores estressantes da doença, ao mesmo tempo em que contribui para a diminuição do tempo de internação.

A criança e sua família devem ser igualmente consideradas clientes de uma unidade pediátrica, devendo, portanto, serem atendidas as suas necessidades de igual

modo. Considera-se que o bem-estar da família afeta diretamente a criança, devendo portanto, a assistência à criança envolver a família.<sup>10</sup>

As Ideias Centrais do Quadro 2 evidenciaram que, com a participação dos “Anjos da Enfermagem”, as mães perceberam melhora no estado emocional das suas crianças, uma vez que elas apresentaram-se mais animadas e menos queixosas. Além disso, observou-se que a presença do grupo foi fonte de alívio das tensões provocadas pelos procedimentos (punção venosa). Através do lúdico, a criança sente-se mais alegre; descontraída; participativa; comunicativa; tornando-se perceptível a melhora do seu estado de saúde, de tal maneira que substitui a dor pelo sorriso alegre e feliz.

**QUADRO 2** - Ideia Central e DSC quanto ao questionamento: Você percebeu melhora no estado de saúde da sua criança após a participação do grupo Anjos da Enfermagem no hospital?

IDEIA CENTRAL 1	DSC 1
Sim, as crianças reagem melhor à condição da doença (mais animadas) e da hospitalização.	Sim. Não só da minha, como das outras crianças, elas ficam bem mais animadas. Sim [...] Porque eles ficam animados, quando vê (o grupo), brincam. Eu percebi, porque ele tava tão triste, caladinho, e quando os meninos começaram a brincar com ele, ele ficou sorrindo, até levantou e veio aqui pra fora, [...] coisa que ele não queria. Muita melhora, ela conta os dias para vocês vim ver ela. Achei, porque minha criança é muito fechada, ele não é muito de se enturmar, e é bom porque ele se alegrou, brincou um pouquinho. [...] ele é bebezinho, mas ele fica prestando atenção, olhando as brincadeiras que eles fazem né. Percebi, porque ele fica mais contente, não fica tristonho mais, não fica aperreando pra ir pra casa. Sim ficou feliz, porque ele adora palhaço, [...] Eu acho que é um belíssimo trabalho que vocês fazem.
IDEIA CENTRAL 2	DSC 2
As crianças conseguem superar melhor a dor, através da brincadeira.	Percebo Sim. Melhoras, é, crianças mais animadas, e também mães mais otimistas com o tratamento do seu filho. Eu percebi, porque ele foi muito furado, a hora que vocês chegaram ele acabou de ser furado, aí quando ele viu vocês, já abriu um sorriso nele e já parou de chorar, ficou alegre, ele até falou com vocês, acho que sim.

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2011.

Quando a criança adoece e precisa ser hospitalizada, a mãe e toda a família vivenciam um momento de desgaste muito grande, pois passam por experiências de sofrimento, angústia, além de uma total desorganização no cotidiano. Para a família e, principalmente, para as mães é imprescindível proporcionar estratégias que as ajudem a enfrentar as situações complexas da rotina hospitalar.

As mães relataram que a visita semanal dos “Anjos da Enfermagem” proporcionava alegria e, conseqüentemente, bem-estar a elas e as suas crianças. O brincar contribui para a minimização dos traumas decorrentes da hospitalização; estimula a continuidade do desenvolvimento da criança hospitalizada e ainda favorece a interação entre as crianças, mães, funcionários e voluntários, elemento indispensável para o cuidar em pediatria.

O brincar é de fundamental importância para a criança, pois essa prática é uma forma eficaz de minimizar o estresse provocado pela hospitalização. Quando a criança brinca, ela transforma a realidade em que está vivendo, em um mundo novo, sendo esse só seu, onde ela sente-se à vontade para explorar seus limites, passando a criar e reinventar seus desejos; suas fantasias, liberando assim sua criatividade e extravasando suas emoções.<sup>11</sup>

A brincadeira não serve só para passar o tempo das crianças, é muito mais que isso, facilita o desenvolvimento das mesmas, promovendo a socialização, a descoberta do novo e, conseqüentemente, do aprendizado. Com a brincadeira, é possível oferecer à criança possibilidades para que ela consiga ir superando os problemas existentes e encontrar meios de se desenvolver em um espaço que seja exclusivamente seu.<sup>11</sup>

A brinquedoteca deixa de ser apenas um depósito de brinquedos quando é acessível às crianças e conduzida por profissionais capacitados. É importante ressaltar que os brinquedos que são disponibilizados, as instalações, móveis e decorações devem ser expostos de forma a chamar a atenção e despertar o interesse do brincar e de se expressar individualmente ou em grupos, devendo a criatividade e as práticas sociais serem estimuladas.<sup>12</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A assistência humanizada à saúde envolve a percepção do ser humano em toda sua dimensão. Para tanto, não basta a qualificação dos profissionais e sim o envolvimento destes com o paciente e sua família. Nesse sentido, a criança hospitalizada necessita, para sua assistência, de profissionais competentes e sensíveis às suas necessidades, que envolvam a família no cuidado, promovendo assim o fortalecimento do vínculo mãe e filho.

A presença materna durante o processo doença e hospitalização da criança colabora para sua recuperação, por ser ela fonte de apoio e segurança. A motivação da mãe para os cuidados com sua criança deve então ser fortalecida, tanto pela equipe de profissionais, quanto pelos grupos de apoio, como os Anjos da Enfermagem.

A pesquisa permitiu observar que as mães consideravam muito importante a atuação dos “Anjos da Enfermagem” na unidade hospitalar, uma vez que, através das atividades lúdicas, eles proporcionavam alegria às suas crianças, minimizando os traumas decorrentes da hospitalização e favorecendo a condição de saúde das mesmas. Além disso, o grupo foi percebido como fonte de alegria também para as mães que, mais animadas, passaram a transmitir maior segurança aos seus filhos.

### **THE PLAYFUL AND THE HOSPITALIZATION: PERCEPTIONS OF MOTHERS OF HOSPITALIZED CHILDREN ABOUT “ANJOS DA ENFERMAGEM” PROJECT OF EXTENSION**

#### **ABSTRACT**

Due to the suffering experienced by the child during hospitalization and playfulness in visualizing a strategy that could alleviate such suffering, was created in 2003 the extension project "Angels of Nursing," which aims to work in health education through playful, ensuring thousands of children with cancer the right to play, even in adverse situations such as hospitalization. The study aims to identify the perceptions of mothers with respect to the performance of the Angels of Nursing during the hospitalization of their child. Was an exploratory descriptive study, quantity held in Pediatric Hospital Arlinda Marques, the city of João Pessoa, with 10 randomly selected mothers. Data were collected in August 2011, through a structured interview aimed at achieving those goals. Following the ethical principles contained in Resolution 196/96 of the CNS - Ministry of Health As a result, it was observed that 5 half (50%) of the mothers were

between 25 and 30 years, most of whom 4 (40%) were married women, home (7-70%) and had 2 children (6-60%). Regarding the perception of mothers about the performance of the Angels of Nursing, 10 (100%) reported as very important for their children because through play, the "Angels" can alleviate suffering, thereby decreasing the traumas generated by hospitalization, conveying the most reliable such a perception has favored the success of the project "Angels of Nursing," and contributing to the continuation of this practice so important to a child's health, as it promotes significant changes in the process of adapting the child to the hospital, and to strengthen the bond between children, mothers and everyone involved in care.

**Keywords:** Child. Mothers. Hospitalization. Games and toys.

## REFERÊNCIAS

1. Baremblytt G. Que se entende por humanidade e humanização? In: Baremblytt G, organizador. Manual de orientação do agente multiplicador. Belo Horizonte (MG): PNHAAH Regional Centro Oeste; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. PNHAAH. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2. ed. Brasília (DF); 2002a.
3. Collet N, Oliveira BRG, Vieira CS. Humanização da assistência à criança hospitalizada. In: Collet N, Oliveira BRG, Vieira CS. Enfermagem Pediátrica. 2. ed. Goiania (GO): AB; 2010. p.62-70.
4. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BR). Brasília; 2001.
5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso de Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento). Caxias do Sul: EDUSC; 2005.
7. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. [acesso em: 18 jul.2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução 311 em 12 de maio de 2007.
9. Molina RCM. A percepção das famílias sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo (SP); Set. 2009; 43(3).

10. Jansen MF, Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS). Jun. 2010 [acesso em 2011 abr. 20] ; 31(2):247-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).

12. Vieira CS. Técnicas de Enfermagem em Pediatria. In: Collet N, Oliveira BRG. Manual de Enfermagem em Pediatria. Goiânia; 2010. p.139-41.

13 Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. Rev.bras enferm [periódico na internet]. 2008 [acesso 2011 ago 20];61(1):61-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/09.pdf>.

<p><b>Recebido em: 15.04.13</b> <b>Aceito em: 22.07.13</b></p>
--

## PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA CEREBRAL: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APÓS A REANIMAÇÃO

Stefanny Faunny Mota de Souza<sup>1</sup>  
Glaydes Nely Sousa da Silva<sup>2</sup>

### RESUMO

A parada cardiorrespiratória cerebral é definida pela cessação abrupta das funções circulatória, respiratória e cerebral. Diante do exposto, iremos trabalhar os cuidados de enfermagem pós-reanimação, para conhecermos as condutas prestadas ao paciente por enfermeiros que trabalham no setor de urgência e UTI. O presente estudo tem por objetivo geral conhecer a assistência de enfermagem prestada aos pacientes após a reanimação cardiorrespiratória cerebral. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, na qual a população foi constituída por Enfermeiros pertencentes à equipe de enfermagem do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho, no município Santa Rita-PB. A amostra foi constituída por 06 Enfermeiras. Os dados foram analisados de modo quantitativo, com o intuito de possibilitar uma integração entre as questões objetivas e subjetivas. Os dados encontrados foram agrupados e distribuídos segundo frequência e apresentados em gráficos e tabelas para que, sequencialmente, sejam analisados com base na literatura pertinente ao conteúdo abordado. Após análise e discussão dos dados, chegamos aos seguintes achados: na caracterização profissional, obtemos os seguintes dados, que 50% dos profissionais entrevistados concluíram o curso há cerca de 01 a 02 anos; 67% dos enfermeiros entrevistados responderam que trabalham no setor de Urgência e Emergência; analisou-se também que 50% dos profissionais entrevistados responderam que possuem apenas 01 ano de trabalho na Urgência e Emergência; 67% responderam que não possuem nenhuma especialização. Aos demais objetivos tivemos 100% dos profissionais entrevistados respondendo que sim, que atendem com frequência vítimas de parada cardíaca; 83% afirmaram que não existe pós-parada; enquanto que 83% responderam que não têm conhecimento de ter um protocolo no hospital; 83% responderam que encontram dificuldades na assistência aos pacientes vítimas de parada cardiovascular. Conclui-se que o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à assistência de enfermagem ao paciente após a reanimação não é totalmente satisfatória. Apesar dos profissionais da Urgência e Emergência e UTI afirmarem ter conhecimento sobre os procedimentos a serem realizados ao paciente pós-reanimação.

**Palavras-Chave:** Parada cardiorrespiratória. Reanimação Cardiopulmonar. Cuidados de enfermagem.

---

<sup>1</sup> Enfermeiro. Graduação pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. End.: Rua Elísio Pereira de Paiva, S/N, Qd. 56 Lt. 28, Mangabeira VIII – Cidade Verde. João Pessoa-PB. Tel.: (83) 8710-5394. E-mail: faunny3@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: glaydesnely@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

O primeiro relato de caso de parada cardiorrespiratória (PCR) descrito remota à antiguidade, sendo registrado na Bíblia Sagrada, que cita o sucesso do profeta Eliseu no processo de reanimação do filho da mulher sunamita. Posteriormente, outros relatos foram identificados, mas somente no final do século XX, é que surgiram estudos mais detalhados, partindo-se do relato do professor Schiff, que realizou massagem cardíaca com tórax aberto em cães<sup>1</sup>.

A parada cardiorrespiratória cerebral é definida pela cessação abrupta das funções circulatória, respiratória e cerebral. É a cessação de pulso em grandes artérias e da ventilação espontânea ou presença de respiração agônica, ocorrendo a perda da consciência, devido à deficiência abrupta de oxigenação tissular. Tudo isso ocorre simultaneamente em um indivíduo<sup>2</sup>.

Pacientes pós-PCR devem ser internados, monitorizados e tratados em unidades de terapia intensiva. Os cuidados envolvem a manutenção da pressão sistólica maior que 100mmHg. Caso o ritmo cardíaco da PCR tenha sido FV/TV, a administração de um fármaco antiarrítmico deve ser iniciada ou continuada (amiodarona ou lidocaína). Caso o ritmo pós-PCR seja idioventricular ou bloqueio AV de terceiro grau, com ritmo de escape ventricular, não devem ser iniciados antiarrítmicos. Minimizar as sequelas neurológicas: manter a pressão arterial efetiva no período posterior à PCR, evitando o agravamento do eventual dano cerebral por meio de reposição de volume e/ou vasopressores. Nesse período, o paciente deve também se manter normoglicêmico. Evitar a infusão de soluções glicosadas de rotina, mantendo-se níveis glicêmicos próximos do normal<sup>3</sup>.

De modo geral, o enfermeiro(a) deve enfatizar alguns pontos. O tratamento após a PCR destina-se a preservar as funções orgânicas (em particular a cerebral), evitando a progressão da lesão e mantendo adequada a pressão de perfusão nos diversos territórios vasculares. A abordagem inicial deve incluir eletrocardiograma, para identificação da causa da PCR e de disritmias intercorrentes, radiografia de tórax, para exclusão de iatrogênicas associadas às manobras de reanimação, como pneumotórax e fraturas de costelas e gasometria com dosagem de eletrólitos e ácido láctico<sup>4</sup>.

Em situações de hipertensão intracraniana, o paciente deverá ser hiperventilado, sendo mantida a elevação da cabeceira do leito a 30°; nestes casos, a restrição hídrica e o uso de diuréticos deverão ser feitos de acordo com a necessidade de cada caso. Mais tarde, em situações específicas, poderá ser avaliada a implantação de um aparelho de desfibrilador implantável no paciente, para prevenção de novos episódios de fibrilação ventricular e de arritmias potencialmente malignas<sup>5</sup>.

Após a PCR, o aumento da Pressão Intracraniana (PIC), mesmo temporário, pode contribuir para a lesão cerebral. A PIC aumenta a obstrução e a drenagem do sangue pelas veias jugulares internas, devendo ser evitada a cateterização destes vasos ou a rotação cervical mantida. Preferencialmente, a cabeça deve permanecer alinhada com o tronco e a cabeceira da cama elevada a 30°. A sedoanalgesia, por diminuir a resposta simpática, e os bloqueadores neuromusculares, por diminuírem o reflexo da tosse e o esforço respiratório, podem minimizar a elevação da pressão torácica, relacionada com a aspiração de secreções brônquicas, com as manobras de recrutamento alveolar e com a PEEP elevada (superior a 8 cmH<sub>2</sub>O)<sup>4</sup>.

Na Glicemia, após a PCR à hiperglicemia, quer na admissão no hospital, quer mantida nas primeiras 24 horas, agrava-se independentemente do prognóstico. Em ensaio clínico realizado num único centro, em UTI de pacientes cirúrgicos, o controle da glicemia capilar com um nível de corte de 110 mg/dL diminuiu a mortalidade, bem como a incidência de neuropatia. O valor recomendado dependerá da experiência da UTI e da sua capacidade de monitorização, pois o uso agressivo de insulina para manter a glicemia em níveis baixos está associado ao aumento do risco de hipoglicemia e neuroglicopenia, as quais podem, por seu lado, agravar a lesão neurológica<sup>4</sup>.

Outra medida terapêutica clínica no período pós-PCR é a hipotermia induzida (temperatura central 32 – 34C) por 12 a 24 horas de duração. Quando iniciada até 6 horas após a reversão da PCR, a hipotermia determina melhor prognóstico neurológico bem como de mortalidade. Por outro lado, a hipertermia deve ser evitada a todo custo, assim como a hiperventilação. Caso ocorra quadro convulsivo, o uso de anticonvulsivantes é recomendado<sup>6</sup>.

Após retorno da circulação espontânea, alguns pacientes evoluirão com insuficiência respiratória, dependendo de ventilação mecânica invasiva e frações

elevadas de oxigênio inspirado. Devem-se realizar exame físico completo e radiografia de tórax para avaliação da posição adequada do tubo traqueal, detecção de complicações relacionadas às manobras de reanimação cardiopulmonar e identificação de prováveis causas desencadeantes ou patológicas preexistentes (classe III)<sup>7</sup>.

Após avaliar esses parâmetros, será iniciado o suporte farmacológico dando início à sedação após PCR. Esta conduta facilita a adaptação do paciente à prótese ventilatória e/ou a instituição de manobras terapêuticas, em particular a hipotermia. Podem ser usados benzodiazepínicos ou propofol, preferencialmente titulados por escalas de sedação, de forma a evitar o efeito cumulativo<sup>4</sup>.

Os distúrbios eletrolíticos são comuns após a PCR, consequência da ausência de circulação e das manobras de reanimação, incluindo o aporte de soluções e adrenalina. A diminuição da concentração de potássio, igualmente agravada pela migração intracelular deste cátion durante a hipotermia, está associada ao aumento de disritmias, devendo a sua concentração estar entre 4 e 4,5 mEq/L. A sua infusão facilita a hipotermia terapêutica e diminui a incidência de disritmias<sup>4</sup>.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa é descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa científica é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para os problemas propostos, mediante o emprego de métodos científicos<sup>8</sup>. A pesquisa descritiva é caracterizada pela descrição exposta por uma população ou um determinado fenômeno<sup>9</sup>.

A população deste estudo foi constituída por Enfermeiros pertencentes à equipe de enfermagem do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho (Santa Rita). A amostra foi composta por 6 enfermeiros, cuja seleção adotou os seguintes critérios: fazer parte da equipe de enfermagem dos setores de urgência e emergência e de terapia intensiva; ter no mínimo um ano de experiência nos referidos setores e aceitarem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pela banca examinadora e pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da FACENE/FAMENE. Foi encaminhado um ofício à direção da Faculdade solicitando autorização para efetivar a coleta. O projeto também foi aprovado pelo NEP (Núcleo de Educação Permanente) do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho. A pesquisa levou em consideração a Resolução nº 196/96 CNS/MS, no tocante aos aspectos éticos que retratam o envolvimento de seres humanos em pesquisa, assim como a Resolução nº 311/2007 COFEN, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem<sup>10</sup>.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Os dados obtidos com a presente pesquisa serão demonstrados a seguir em dois momentos: inicialmente serão expostas as informações referentes à caracterização dos enfermeiros entrevistados quanto ao tempo que concluiu a graduação de enfermagem, setor que trabalha, quanto tempo trabalha no referido setor e se possui alguma qualificação ou capacitação. No segundo momento, serão apresentadas as informações referentes aos demais objetivos.

**Tabela 1** – Caracterização dos profissionais entrevistados quanto ao tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem (n = 06).

<b>Tempo de graduação</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
1 a 2 anos	03	50
4 a 6 anos	02	33
10 anos	01	17
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

De acordo com os dados demonstrados na Tabela 1, 50% dos profissionais entrevistados concluíram o curso há cerca de 1 a 2 anos; seguido por 33% dos que concluíram há cerca de 4 a 6 anos; e 17% há 10 anos. Observa-se entre os enfermeiros entrevistados que, apesar de exercerem suas funções em setores que necessitam de experiência, a metade deles possuía graduação concluída há um tempo relativamente pequeno.

**Gráfico 1** - Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com o setor que trabalham (n=06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Segundo o Gráfico 1, 67% dos enfermeiros entrevistados responderam que trabalham no setor de Urgência e Emergência; e 33% dos entrevistados responderam que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A Enfermagem no setor de urgência/emergência tem como função primordial oferecer a manutenção das funções fisiológicas vitais do indivíduo, tendo como “foco do cuidado a preservação da vida, evitando a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido”<sup>11</sup>.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o setor do hospital que reúne recursos mais adequados ao tratamento de pacientes em estado grave; aquela que necessita de vigilância constante e intensiva. Na UTI, há uma equipe de profissionais treinados, em plantão permanente de 24h, a serviço da recuperação do paciente; médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas constituem a equipe básica de atendimento. Nutricionistas, psicólogas, acadêmicos de medicina, auxiliares administrativos e de higienização completam o “time” de apoio<sup>11</sup>.

**Gráfico 2** - Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com o tempo que executam as funções nos setores de Urgência e emergência e UTI (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Conforme repostas obtidas e a representação no Gráfico 2, observa-se que 50% dos profissionais entrevistados responderam que possuem apenas 1 ano de trabalho na Urgência e Emergência; e 50% responderam que trabalham há mais de 2 anos, sendo uma com 4 anos e 6 meses, a segunda com 8 anos, e a terceira com 10 anos, exercendo suas funções no mesmo setor.

A experiência profissional é algo importante, permitindo maior habilidade e conhecimento. Por exemplo, para se conseguir um emprego, muitas vezes, é solicitada uma experiência anterior. Muitas empresas utilizam esse critério para minimizar gastos com treinamento de novos funcionários, por isso, a importância de se qualificar para uma melhor experiência sobre o setor em que trabalha. A experiência contribui para que haja uma competição saudável entre a equipe, para uma melhor assistência aos pacientes.

**Gráfico 3**– Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com possuir ou não cursos de qualificação ou capacitação (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Conforme o Gráfico 3, 33% responderam que sim, que tem um curso de qualificação ou capacitação, onde ambas tem o curso de Especialização de Enfermagem em UTI; e 67% respondeu que não, que não possuem nenhuma especialização. Portanto, podemos observar que a maioria das enfermeiras dos setores não estão qualificadas para assumirem os setores em que trabalham com a devida competência que os devidos setores necessitam.

É muito importante que os profissionais de enfermagem estejam sempre à procura de se qualificarem, de modo a aperfeiçoarem os seus conhecimentos para desempenhar uma assistência com segurança e melhor conhecimento do serviço prestado; como também proporcionar uma melhor assistência de enfermagem aos pacientes, de modo que o enfermeiro é um membro essencial da equipe de enfermagem para a delimitação de tarefas e supervisão de serviços prestados aos pacientes.

**Gráfico 4** - Distribuição dos dados referentes à frequência do atendimento a vítimas de parada cardíaca (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

O gráfico 4 representa a distribuição dos dados obtidos referentes ao questionamento feito sobre o atendimento frequente a vítimas de parada cardíaca, que se mostra da seguinte forma: 100% dos profissionais entrevistados responderam que sim, que atendem com frequência vítimas de parada cardíaca.

É esperado que os enfermeiros entrevistados executem suas funções no setor que haja frequência no atendimento de vítimas de PCR. Portanto, o resultado obtido foi o esperado. Sendo constantes os atendimentos, mesmo assim, não há uma porcentagem satisfatória para reanimações nos setores de Emergência Urgência e UTI.

**Gráfico 5** - Distribuição dos dados obtidos de acordo com a afirmativa de reanimações às vítimas de parada cardíaca bem sucedidas (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Segundo o Gráfico 5, a amostra apresenta-se da seguinte forma: 17% (1) respondeu que sim, que é possível ter êxito positivo pela assistência imediata, mas 83% (5) afirmaram que não. Estas citaram diversos motivos: “Pelo estado geral”, “Os nossos clientes são idosos, acometidos de várias patologias”, “Os pacientes geralmente chegam com muito tempo de parada”, “Pois a maioria dos casos há demora no atendimento, em relação ao transporte da vítima de casa para o hospital” e “Pois, a grande maioria dos pacientes que atendemos são idosos, que, por sua

vez, já recebemos com estado geral e nutricional bem debilitado, o que, na grande maioria das vezes, contribui para uma RCP sem sucesso”.

A maioria das mortes após reanimação ocorre nas primeiras horas pós-retorno à circulação espontânea. Por isso, toda a atenção deve ser voltada na monitorização e tratamento desses pacientes. O manuseio do paciente pós-parada cardíaca é complexo e deve tratar vários problemas importantes simultaneamente. As questões a serem abordadas incluem a determinar e tratar a causa da parada cardíaca; minimizar a lesão cerebral; manusear a disfunção cardiovascular; corrigir os problemas que possam surgir a partir da isquemia global e lesão de reperfusão<sup>12</sup>.

**Gráfico 6**– Distribuição dos dados de acordo com a existência de um protocolo de atendimento para pacientes após a reanimação cardiorrespiratória cerebral (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

De acordo com o Gráfico 6, a amostra apresenta-se da seguinte forma: 17% (1) enfermeira afirmou que sim, que há um protocolo; enquanto que 83% (5) responderam que não têm conhecimento de ter um protocolo no hospital.

De certa forma, os profissionais já estão sem uma qualificação digna de prestar atendimento eficaz, pois ainda existe outro problema que é a não existência de um protocolo na instituição. Pela coleta dessa pesquisa, as enfermeiras apontam o hospital por não ter um protocolo para dar uma melhor assistência, mas, por outro lado, as enfermeiras poderiam procurar se qualificar para um maior entendimento dos procedimentos realizados por elas com o paciente. É uma responsabilidade coletiva.

**Tabela 2** – Distribuição das condutas de enfermagem nas primeiras 24h após a reanimação das vítimas de parada cardíaca (n =06).

**SSVV constantemente; ECG; manter VA abertas; Monitorização mais Oximetria.**

---

**Não temos protocolo algum, pois, após parada e posterior reanimação os pacientes são conduzidos à UTI onde recebem cuidados mais intensos.**

**As condutas adotadas são: monitorização, gasometria exames específicos, monitorização do sistema respiratório, cardiovascular e neurológico.**

**Observação contínua; medicação; monitorização; exames específicos; cuidados de enfermagem e possível transferência.**

**Verificação de sinais vitais; Realizar aspiração de secreção quando necessária. Realizar gasometria, PVC, balanço hídrico, instalação das drogas em Bic (Noradrenalina, Bicarbonato, Dobutamina), etc.**

**Monitorização, exames laboratoriais, gasometria arterial, medicações prescritas, balanço hídrico, SSVV.**

---

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Observa-se na Tabela 2 que os procedimentos citados com maior frequência foram a monitorização e a realização da gasometria arterial. 4 dos seis enfermeiros entrevistados referiram essa conduta; 3 enfermeiros falaram em gasometria arterial e verificação de SSVV; e 2 em balanço hídrico, vias aéreas pérvias; apenas 1 citou que a conduta era transferir para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois este executa suas atividades profissionais no setor de urgência e emergência.

De acordo com os dados obtidos junto aos enfermeiros, podemos enunciar algumas condutas ou procedimentos após a reanimação.

A monitorização cardíaca é o primeiro procedimento feito após a admissão do paciente em uma unidade de terapia intensiva. Sua importância vai além da verificação da frequência cardíaca e do diagnóstico dos distúrbios hidroeletrólíticos.

A oximetria de pulso é um método não invasivo de interpretação da relação oxi-hemoglobina e desoxi-hemoglobina (expressa em porcentagens), medida por pletismografia óptica e espectroscopia por transiluminação do leito capilar pulsátil. É utilizado um sensor colocado no dedo ou no lóbulo da orelha (parte translúcida do corpo) que transmite comprimentos de onda, sendo possível determinar a taxa de concentração de oxigênio por meio da absorção<sup>13</sup>.

Em relação à monitorização, cabe ao enfermeiro muito mais do que habilidade em manipular o sistema de monitorização, é importante que saiba utilizar a disponibilidade da monitoragem para identificação dos níveis pressóricos e das ondas anormais emitidas e registradas graficamente, a fim de intervir rápida e efetivamente nos tratamentos que visam diminuir este evento, assim como adequar

aqueles procedimentos de enfermagem que, por associação, podem aumentar a hipertensão intracraniana<sup>14</sup>.

A gasometria arterial é um exame invasivo que mede as concentrações de oxigênio, a ventilação e o estado ácido-básico. Os valores gasométricos são obtidos quando o quadro clínico do paciente sugere uma anormalidade na oxigenação, na ventilação e no estado ácido-básico. Os níveis dos gases arteriais também são obtidos para avaliar alterações na terapia que podem afetar a oxigenação, tal como a mudança na concentração de oxigênio inspirado (FiO<sub>2</sub>), níveis aplicados de pressão expiratória final positiva (PEEP), pressão das vias aéreas, ventilação ou equilíbrio ácido-básico. Normalmente, essa amostra é coletada na artéria radial, perto do punho, mas também poderá ser coletada pela artéria braquial ou femoral. Através da amostra de sangue arterial, o laboratório pode determinar as concentrações de oxigênio e de dióxido de carbono, assim como a acidez do sangue, que não pode ser mensurada em uma amostra de sangue venoso<sup>15</sup>.

Pacientes vítimas de PCR, normalmente, têm infusão de líquidos em excesso logo após a reanimação, portanto, é necessário realizar o balanço hídrico. O balanço hídrico já faz parte da rotina das unidades de terapia intensiva, sendo de extrema importância o lançamento adequado desse dado nos controles, para que a equipe possa adequar a volemia do paciente<sup>13</sup>.

Na parada cardiorrespiratória, a hipoperfusão tissular e pulmonar associada à hipoventilação resulta em acúmulo de gás carbônico (acidose respiratória). A consequência acidemia diminui o limiar da fibrilação, reduz a contratilidade miocárdica, diminui a taxa de despolarização espontânea do sistema de condução, diminui a possibilidade de sucesso da desfibrilação e atenua a resposta agonista beta-adrenérgica<sup>16</sup>.

A adrenalina é a droga mais utilizada no tratamento da PCR. Seu efeito estimulante beta-adrenérgico provoca intensa vasoconstrição periférica (artéria e venosa), aumento da pressão aórtica e da perfusão coronária e, por consequência, melhora o automatismo do nó sinusal, cronotropismo e inotropismo cardíaco. Existe também a possibilidade de a epinefrina transformar a fibrilação ventricular fina em grossa (maior amplitude), o que a torna mais sensível à desfibrilação<sup>16</sup>.

A dobutamina é um agente inotrópico de ação direta. Sua atividade primária resulta da estimulação dos receptores beta 1 do coração; tem poucos efeitos em

receptores alfa 1 (vasoconstritor) e beta 2 (vasodilatador). A ação da dobutamina, ao contrário da dopamina, não depende da liberação de norepinefrina endógena e, portanto, não depende das reservas cardíacas desse mediador. A dobutamina e a medicação que não produz um aumento da frequência cardíaca e uma menor diminuição da resistência vascular periférica do que o isoproterenol. Em pacientes com depressão da função cardíaca, a dobutamina e o isoproterenol aumentam o débito cardíaco até níveis semelhantes<sup>17</sup>.

**Gráfico 7** – Distribuição dos dados referentes à existência de dificuldades durante a assistência prestada após a reanimação das vítimas de parada (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Segundo o Gráfico 7, 17% (1) dos entrevistados afirmaram que encontraram dificuldades durante a assistência. Segundo uma destas enfermeiras, “nosso serviço não tem referência para patologias cardiovasculares, então há uma dificuldade no sentido de transferência dos mesmos”; 83% (5) não encontram dificuldades em uma assistência aos pacientes vítimas de parada cardiovascular.

Referente às respostas das enfermeiras, existem, de fato, dificuldades em dar um suporte mais adequado aos pacientes pós reanimação, por se tratarem de idosos, principalmente, que necessitam do auxílio de reanimação. As enfermeiras acreditam que, para ter uma melhora no atendimento, seria necessária uma equipe para acompanhar o paciente do início da parada até seu término, na sua estabilização. Particularmente, concordamos que a presença de uma equipe treinada para agir e estar de prontidão seria a mudança mais eficaz para a melhora desse quadro. Consequentemente, a assistência seria muito mais satisfatória, pois a equipe teria conhecimento dos procedimentos realizados nas etapas anteriores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à assistência de enfermagem ao paciente após a reanimação não é totalmente

satisfatória. Apesar dos profissionais da Urgência e Emergência e UTI afirmarem ter conhecimento sobre os procedimentos a serem realizados ao paciente pós-reanimação, ainda não está bastante claro sobre a real situação.

De acordo com os enfermeiros (as) entrevistados, os fatores que interferem para que essa assistência não aconteça rapidamente é a falta de uso de um protocolo na instituição, a ausência da capacitação e educação continuada dos profissionais e o estado geral dos pacientes.

Através desta pesquisa, foi possível chegar às seguintes conclusões. A maioria dos profissionais da equipe de enfermagem necessitam de maior conhecimento acerca da problemática citada. Algumas soluções seriam a existência de um protocolo nos setores de atuação onde a situação está mais crítica; oferta de cursos de capacitação às equipes para um melhor atendimento; obrigatoriedade de reciclagem anual para uma melhor capacitação dos profissionais; a existência de uma equipe para acompanhar desde a parada até a reanimação e estabilização das funções vitais do paciente, ocasiões em que muitas vidas podem ser salvas e sequelas evitadas.

De acordo com os objetivos dessa pesquisa, podemos observar que existe deficiência tanto institucional quanto profissional, quanto à hipótese de que as condutas de enfermagem adequadas que devem ser adotadas após a reanimação do referido paciente.

As enfermeiras responderam, de forma unânime, que não há um protocolo na instituição, o que dificulta muito a assistência aos pacientes. Além disso, outro agravante é a idade e a gravidade patologias dos pacientes.

Chegamos à conclusão que os enfermeiros não estão qualificados, adequadamente, para desempenhar ou, até mesmo, assumir setores que necessitam de profissionais capazes de prestar assistência a pacientes com quadros clínicos de maior complexidade. Porém, considera-se o fato de que, mesmo sem a existência de um protocolo, as respostas foram semelhantes e coerentes para a assistência de enfermagem aos pacientes pós-reanimação.

## CARDIORESPIRATORY BRAIN FREEZE: NURSING CARE AFTER LIFE SUPPORT

### ABSTRACT

Cardiac arrest is defined by cerebral sudden ceasing of circulatory, respiratory and brain. Given the above will work in nursing care post-resuscitation, to know the behaviors provided to patients by nurses working in the sector of emergency and ICU. The present study aims to generally know the nursing care provided to patients after cardiopulmonary-cerebral resuscitation. This is a descriptive research with quantitative approach, where the population consisted of nurses belonging to the nursing staff of the Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho, municipality Santa Rita - PB. The sample consisted of 06 nurses. Data were analyzed quantitatively, in order to facilitate integration between the objective and subjective questions. Data were pooled and distributed according to frequency, and presented in graphs and tables that are sequentially analyzed based on literature related to content covered. After review and discussion of the data, we come to the following findings: the characterization professional get the following data, that 50% of professionals interviewed, completed the course at about 01-02 years old, 67% of respondents said nurses who work in the sector of Urgency and Emergency; analyzed also that 50% of professional respondents who only have 01 years working in the Emergency Department, 67% responded that they have no expertise, the other goals we had 100% of professional respondents answering yes, that meet often the victim of cardiac arrest, 83% said that there is post-arrest, while 83% said they have no knowledge of having a protocol in the hospital, 83% responded that they have difficulties in patient care cardiovascular arrest victim. It is concluded that the knowledge of nursing staff in relation to the nursing care of patients after resuscitation is not entirely satisfactory. Despite the professional Emergency Department and ICU claiming to have knowledge of the procedures to be performed to the patient post resuscitation.

**Keywords:** Cardiopulmonary arrest. Cardiopulmonary resuscitation. Nursing care.

### REFERÊNCIAS

1. Silva AR. Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.
2. Bartholomay E, Dias FS, Torres FA, Jacobson P, Mariante A, Wainstein R, et al. Impacto das Manobras de Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral em um Hospital Geral. Fatores Prognósticos e Desfechos. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo. Ago. 2003 [acesso em: 10 fev. 2013];81(2):182-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2003001000007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2003001000007&lng=en&nrm=iso).
3. Nasi LA. Rotinas em pronto socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
4. Pereira JCRG. Abordagem do Paciente Reanimado Pós-Parada cardio-respiratória. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. abr./jun. 2008;20(2):190-6.

5. Pires MTB. et al. Erazo: Manual de Urgências em Pronto-Socorro. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
6. Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB, editores. Pronto-socorro: condutas do hospital das clínicas da faculdade de medicina da universidade de São Paulo. Manole, Barueri; 2007.
7. Pires MTB, Starling SV. Manual de Urgência em Pronto-Socorro, 9. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2010.
8. Andrade MM. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 4. ed. São Paulo: Atlas; 1998.
9. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre ética e pesquisa com seres humanos. 2. ed. São Paulo; 2004.
11. Smeltzer SC. et al. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
12. Tallo FS, Moraes Junior R, Guimaraes HP, Lopes RD, Lopes AC. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. Revista Brasileira Clínica Médica - Medicina de urgência, São Paulo. 2012;10(3):194-200.
13. Jerônimo RAS. Técnicas de UTI. São Paulo: Riddel; 2010.
14. Marinho M. Cuidados de enfermagem na PVC. [acesso em: 20 maio 2013]. Disponível em: [www.mm cuidadosintensivos.com.br](http://www.mm cuidadosintensivos.com.br).
15. Presto BV, Presto LDN. Fisioterapia Respiratória: uma nova visão. Rio de Janeiro: Bruno Presto; 2003.
16. Guimarães HPL. et al. Parada Cardiorrespiratória. São Paulo: Atheneu; 2005.
17. Dobutrex: dobutamina. [acesso em: 21 maio 2013]. Disponível em: <http://portalpharmacia.com/wp-content/uploads/2011/07/Dobutamina1.pdf>.

<b>Recebido em: 17.07.13</b> <b>Aceito em: 22.07.13</b>
--