

**ELANE DA SILVA BARBOSA  
AMÁLIA GONÇALVES ARRUDA  
VALESKA PORTELA LIMA**  
**(ORGANIZADORAS)**

**REFLEXÕES SOBRE  
EDUCAÇÃO E TRABALHO NA  
ÁREA DA SAÚDE**

**EDITORA INOVAR**



# **REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO E TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE**



Elane da Silva Barbosa  
Amália Gonçalves Arruda  
Valeska Portela Lima  
(Organizadora)

REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO E TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

1.<sup>a</sup> edição

MATO GROSSO DO SUL  
EDITORA INOVAR  
2020

**Copyright © dos autores e autoras.**

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

---

**Elane da Silva Barbosa; Amália Gonçalves Arruda; Valeska Portela Lima (Organizadoras).**

**Reflexões sobre educação e trabalho na área da saúde.** Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 142p.

ISBN: 978-65-86212-28-0.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-28-0.

1. Educação. 2. Trabalho. 3. Saúde. 4. Pesquisa. 5. Autores. I. Título.

CDD –610

---

**Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades dos autores e autoras.**

**Conselho Científico da Editora Inovar:**

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Katyuscia Oshiro (RHEMA Educação/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil); Guilherme Antonio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

**Editora Inovar**  
www.editorainovar.com.br  
79002-401 - Campo Grande – MS  
2020

## SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b>	<b>7</b>
Capítulo 1 <b>CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE AS PRÁTICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ÂMBITO ESCOLAR</b>	<b>9</b>
Luis Wanderley Soares da Silva Júnior Amália Gonçalves Arruda	
Capítulo 2 <b>ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS E METODOLÓGICAS PARA INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE NA ÁREA DA SAÚDE</b>	<b>21</b>
Rúbia Mara Maia Feitosa Andréa Raquel Fernandes Carlos da Costa	
Capítulo 3 <b>FATORES QUE INFLUENCIAM NA MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA ATÉ OS SEIS MESES: REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>33</b>
Geogina Candice da Silva Oliveira Amália Gonçalves Arruda	
Capítulo 4 <b>INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE</b>	<b>52</b>
Monalisa da Silva Oliveira Amália Gonçalves Arruda	
Capítulo 5 <b>O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO</b>	<b>69</b>
Ingrid Michelly Justino de Souza Jocasta Maria Oliveira Moraes Helder Matheus Alves Fernandes Elane da Silva Barbosa Pablo Ramon da Silva Carvalho Andreza Halax Rebouças França	
Capítulo 6 <b>PÓS-MORTE COMO OBJETO DE TRABALHO: CONHECIMENTO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM</b>	<b>83</b>
Davenny Crystina Silva Rebouças Amália Gonçalves Arruda	
Capítulo 7 <b>REFLEXÕES SOBRE “DAR À LUZ NO FIM DO TÚNEL”: O RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTUDANTE DE MEDICINA NO SERTÃO BRASILEIRO</b>	<b>99</b>
Lucas Fernandes da Silva Emanuelly Gomes Dario Santos Agnes Félix Jéssica Farias Ana Luiza de Oliveira e Oliveira Janine Karla França da Silva Braz	
Capítulo 8	

<b>SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: VIVÊNCIA DO IDOSO NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO</b>	<b>112</b>
Ana Paula de Araújo Rodrigues Amália Gonçalves Arruda	
Capítulo 9	
<b>TRABALHO DE PARTO: COMPREENDENDO DIFICULDADES DE MULHERES</b>	<b>124</b>
Aline Lima das Chagas Amália Gonçalves Arruda	
<b>SOBRE AS ORGANIZADORAS</b>	<b>140</b>

## PREFÁCIO

Vem-se intensificando, nos últimos anos, a discussão sobre o papel do profissional de saúde nos âmbitos da cura, da reabilitação, da prevenção de doenças e da promoção da saúde. Nessa perspectiva, entende-se que, para produzir um cuidado em saúde nas mais distintas profissões, necessita-se da educação em saúde, quer em nível individual, quer coletivo. Há, pois, uma relação, por vezes tímida, mas sempre indissociável, mesmo que às vezes fique implícita, entre trabalho em saúde e práticas educativas em saúde. Isso porque para se prestar uma assistência de qualidade, isto é, que supere o paradigma biologicista, curativista, individualista e hospitalocêntrico, em busca de uma perspectiva, integral, humanizada, que valorize as diversas dimensões que perpassam a vida do sujeito, contemplando suas necessidades, faz-se indispensável torná-lo protagonista do seu processo saúde-doença.

Para sensibilizar os sujeitos a atuarem no cuidado de si mesmos, uma das estratégias que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde é a adoção de atividades de educação em saúde, visto que possibilita que o indivíduo e/ou grupo conheçam mais acerca do que estão vivenciando e, assim, tenham subsídios para cuidarem de si mesmos. No entanto, para essa articulação entre assistência em saúde e educação em saúde, existem vários desafios, tais como: as condições de trabalho, o que por vezes dificulta ou impossibilita essa realidade; o profissional de saúde que não se encontra preparado teórica, metodológica e epistemologicamente para mediar essa proposição ampliada de cuidado, somando-se ao fato de que, historicamente, os usuários do serviço de saúde sempre estiveram em segundo plano, logo, para muitos, é um árduo exercício reconhecer a produção de um cuidado em saúde que ultrapasse a lógica medicamentosa, apostando noutras perspectivas.

Pensando em contribuir para as pesquisas e reflexões acerca desta temática, este livro congrega estudos que se reportam às discussões sobre as condições nas quais é produzido o cuidado em saúde, bem como as relações entre as atividades de trabalho, as práticas educativas e a área da saúde. Sendo assim, nas próximas páginas, teremos autores que compartilham conosco debates acerca do processo de trabalho do profissional de saúde, das práticas educativas em saúde e da formação inicial e permanente do profissional de saúde.

Agradecemos a todos os pesquisadores que confiaram seus textos para integrar esta coletânea. Acreditamos que atitudes como esta, de socialização dos conhecimentos, trata-se de um compromisso ético-político que contribui para o enfrentamento da realidade e, por conseguinte, sua transformação. Igualmente, expressamos nossa gratidão à Editora Inovar pela oportunidade, apoio e condições pertinentes para que organizássemos este livro.



Desejamos a todos uma boa leitura, com reflexões que se transmutem em ações no cotidiano dos serviços de saúde...

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane da Silva Barbosa  
Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Amália Gonçalves Arruda  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valeska Portela Lima  
*Organizadoras*

## Capítulo 1

**CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE AS PRÁTICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ÂMBITO ESCOLAR**

Luis Wanderley Soares da Silva Júnior<sup>1</sup>  
Amália Gonçalves Arruda<sup>2</sup>

**RESUMO**

A escola é um ambiente multidiversificado onde há interações de pessoas a todo o momento promovendo situações de risco que podem surgir como quedas e demais ocorrências. Com o intuito de verificar o conhecimento dos professores sobre as práticas de urgência e emergência no âmbito escolar, foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantiquantitativa realizado com 23 professores que lecionam em uma escola de ensino profissionalizante, localizada em Beberibe-Ceará, sendo os dados coletados através de um questionário, contemplando questões de vivência sobre saúde e primeiros socorros, cujos resultados foram analisados e expostos em tabelas, e discutidos com literaturas ligadas ao tema. Verificou-se que os docentes consideram relevante o estudo das práticas de urgência e emergência e de primeiros socorros, mas que os mesmos são pouco preparados nessa temática, pois sua formação acadêmica é voltada para a educação, e não para saúde em si. Destacam-se ainda a preocupação em não agravar as situações de risco, levando-se a crer que uma inserção dessas práticas, minimizem os danos causados, sendo essa a sugestão principal, visar desenvolver ações de prevenção e promoção para uma melhor saúde do estudante.

**Palavras-chave:** Professores. Urgência e Emergência. Saúde na escola.

**1 INTRODUÇÃO**

A escola é um ambiente deveras diversificado, contendo pessoas de diferentes classes sociais, etnias, credos e condições, pessoas estas que estão em constante movimentação e interação. É nessas interações que vão de pessoa pra pessoa, e pessoa pra espaço, que podem ocorrer situações de agravo, que assim venham a caracterizarem-se como urgências e emergências sendo necessária uma abordagem prática sobre essas situações, com fim de minimizar os agravos, e ter um maior sucesso no suporte da vida e no atendimento ao paciente em potencial.

É nesse âmbito onde o profissional de enfermagem é inserido, como um reconhecedor das características que divergem entre urgência e emergência, o profissional está capacitado para realizar um atendimento pré hospitalar, e garantir um suporte de vida, até que seja acionando o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) onde esse realiza a devida estabilização e o traslado do paciente para a unidade de atendimento hospitalar, finalizando assim o atendimento ao paciente.

---

1. Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade do Vale do Jaguaribe. E-mail: wandsjnr@gmail.com

2. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Professora da Faculdade do Vale do Jaguaribe. E-mail: amaliagoncalves@fvj.br

Para tal feito é importante frisar que os conceitos de urgência e emergência são estabelecidos e reconhecidos, sendo assim, obedecem à norma 55.820/98, para sua identificação, que de acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM/98): define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Dito isso, há uma necessidade de identificação das diferenças dessas duas situações, sendo necessário um profissional capacitado para tanto, nesse âmbito o profissional da saúde pode ser inserido, ou até mesmo, ser o qualificador dos demais profissionais da escola, sendo professores, coordenadores e demais funcionários, pois são práticas que requerem conhecimento científico a respeito de suas realizações, movimentarem um paciente, saber que decúbito ele pode ficar, manobras de desengasgo e demais atendimentos, levam a minimizar os riscos de sequelas caso sejam feitas nos tempos certos, mas que também, se forem feitas fora do tempo ou ordem, ou até mesmo de maneira incorreta, acarretam possíveis agravos para a vida dos alunos (SILVA et al. 2013).

Essas situações surgem, pela provável falta de noções básicas em primeiros socorros, que alguns desses profissionais não recebem na sua vida acadêmica, recebem um conhecimento acerca da formação do aluno, mas quanto às situações de risco, falta conhecimento adequado para lidar e/ou minimizar os agravos (SILVA et al. 2013; NARDINO et al. 2012).

Então, a escola é um ambiente responsável por formação cidadã, por favorecer o aprendizado, levando a ser um local perfeito para uma ação de ensino em prevenção de agravos e cuidados com a saúde e suporte de vida (COELHO, 2015).

De acordo com o Projeto de Lei nº 1689 de 07 de Agosto de 2012, Artigo 2º incisos I e II, de autoria da deputada Enfermeira Rejane de Almeida, dispõe sobre o Programa Lições de Primeiros Socorros, esse projeto, engloba uma educação básica em primeiros socorros, voltada para os alunos, para resposta rápida a situações de risco, e também discorre sobre a necessidade de capacitação dos professores e funcionários, para reagirem de maneira correta na ocorrência de acidentes com a prática de primeiros socorros (SILVA et al. 2013).

Diante desse exposto, verifica-se que as situações de agravo no âmbito escolar, e suas nuances, poderiam ser remediadas com educação em saúde, mais precisamente, com práticas de primeiros socorros, passando assim a integrar não só a vida acadêmica de professores, mas também sua rotina, e além, já que contribuiria para uma sociedade mais educada a respeito de seu bem estar, proporcionaria um cuidado maior com os alunos, e garantiria menos risco ao que diz respeito ao atendimento pré hospitalar.

Foi então que surgiram os seguintes questionamentos, que por sequência motivaram essa pesquisa: Qual o conhecimento dos professores a respeito das práticas de urgência e emergência? Quão esses

profissionais estão preparados para lidar com uma situação que precise de intervenção imediata? Que conhecimento lhes é ofertado durante sua graduação que possibilita a intervenção em momentos como esse?

Então, esse estudo apresenta como objetivo geral verificar o conhecimento dos professores sobre as práticas de urgência e emergência no âmbito escolar e como objetivos específicos identificar a relevância de ter formação básica sobre urgência e emergência na visão do professor; conhecer a conduta de professores mediante situações de urgência e emergência na sala de aula; averiguar como os professores identificam, quanto ao grau de gravidade, as situações de urgência e emergência no contexto escolar.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo exploratório descritivo com abordagem quantiquantitativa. Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória é desenvolvida com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular pressupostos precisos e operacionalizáveis.

A análise desse estudo será de natureza quantiquantitativa, que de acordo com Gil (2008) depende de muitos fatores, tais como a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearam a investigação. Pode-se, no entanto, definir esse processo como uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório.

O estudo foi realizado na Escola Estadual de Educação Profissional Pedro de Queiroz Lima (E.E.E.P.P.Q.L.), localizada no município de Beberibe, Ceará. A escola é composta por 30 professores, tanto da base comum como da base técnica, comportando em média 500 alunos de todas as localidades do município, na faixa etária que compreende ao ensino médio. Atualmente comporta os cursos de eletrotécnica, agronegócios, edificações e turismo/hospedagem.

Os sujeitos do estudo foram todos os professores da escola respeitando os seguintes critérios de inclusão: estarem devidamente lotados e que aceitem participar livremente da pesquisa. Como critério de exclusão adotou-se ser professor visitante da instituição. No total, participaram do estudo 23 professores.

A coleta de dados foi feita através da aplicação de um questionário estruturado, com questões abertas e fechadas, com o intuito de compreender as percepções dos professores a cerca do tema urgência e emergência e suas situações no âmbito escolar.

Os dados coletados foram analisados através de estatística descritiva simples, como também interpretação dos discursos apresentados, sendo expostos em quadros, buscando analisar o conhecimento sobre o tema e tomadas de decisões, interpelado pela literatura pertinente.

Para assegurar os aspectos éticos o projeto esteve de acordo com as Resoluções 466/12e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos e todos os sujeitos da



pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando assim o sigilo das informações (BRASIL, 2012).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 23 professores devidamente lotados na E.E.E.P Pedro de Queiroz Lima, Beberibe, Ceará. O estudo foi desenvolvido nesta escola, por ser um dos ambientes onde oferece integralidade no horário de aula, sendo a única escola de ensino médio integral no referido município. As respostas ao questionário permitiram conhecer suas vivências e seus conhecimentos a respeito do tema, por conseguinte discutir outras questões que contemplam os objetivos específicos.

Como o estudo também apresenta dados na forma de discursos dos sujeitos, estes foram identificados por iniciais fictícias, garantindo seus anonimatos.

#### Caracterização dos professores participantes

O perfil de professores em estudo foi, em sua maioria jovem, entre 20 e 30 anos (n=12), eminentemente do sexo masculino (n=18), que cursaram Licenciatura (n=17) em sua graduação, e que possuem tempo de docência entre 1 e 18 anos.

**Quadro 1** – Caracterização dos sujeitos da pesquisa quanto à idade, gênero e formação profissional. E.E.E.P. Pedro de Queiroz Lima, Beberibe, Ceará, 2017.

IDADE	20 – 30 anos n=12	31 – 40 anos n=8	>40 anos n=3	TOTAL N=23
GENERO	Homens n=18		Mulheres n=05	
GRADUAÇÃO	Licenciatura n=17	Tecnológico n=04	Doutorado n=1	
TEMPO DE DOCENCIA	1 – 5 anos n=09	6 – 10 anos n=08	>10 anos n=06	

Fonte: Dados da Pesquisa, Beberibe, Ceará, 2017.

Após análise dos questionários considerou-se conveniente subdividir a apresentação dos resultados em três principais eixos: *Conceitos de urgência e emergência – familiarização dos docentes*, onde será discutida a familiarização dos professores quanto aos conceitos de urgência e emergência e com procedimentos de primeiros socorros; *Situações de urgência e emergência em sala de aula – conhecimento e condutas dos docentes*, onde será avaliada a conduta dos professores em possíveis situações de urgência e emergência em sala de aula, suas vivências, os assuntos de urgência que possuem maior e menor familiaridade e o reconhecimento das situações quanto à gravidade; *Relevância da temática urgência e*

*emergência na formação de docentes*, onde se discutirá os processos de formação do professor voltados para essa temática, assim como a sua percepção da relevância do tema para a sua formação e prática profissional.

### **3.1. Conceitos de urgência e emergência – familiarização dos docentes**

No que diz respeito aos conceitos de urgência e emergência 61%(n=14) docentes, referiram não serem familiarizados. Reconhece-se que conhecer minimamente o que seja uma situação de urgência e emergência auxilia os indivíduos nas tomadas de decisão, podendo trazer benefícios para pessoas em situações de risco.

Acidentes no ambiente escolar são frequentes e podem ocorrer a qualquer momento. As pausas entre as aulas ou o horário de intervalo para lanche representam um momento de tempo livre e, em geral, os alunos aproveitam para correrem e brincarem. Muitas vezes essas atividades provocam acidentes, que podem deixar sequelas irreversíveis caso não tenham o atendimento adequado (LEITE, et. al., 2013).

Quanto aos procedimentos de primeiro socorros, 44%(n=10) dos professores, responderam ter pouco conhecimento sobre como atuar em situações possíveis de ocorrer em sala de aula. Carvalho(2014) refere que os Primeiros Socorros (PS) são as medidas iniciais e imediatas dedicadas à vítima de qualquer idade, fora do ambiente hospitalar, executadas por qualquer pessoa, treinada ou leiga, para garantir a vida, proporcionar bem estar e evitar agravamento das lesões existentes.

### **3.2 Situações de urgência e emergência em sala de aula – conhecimento e condutas dos docentes**

Para que se possa prestar um socorro de emergência correto e eficiente, são necessárias que se dominem as técnicas de primeiros socorros (LEITE et. al., 2013). Foi proposta para os professores uma situação problema, de asfixia por obstrução de vias aéreas, em que era necessário uma avaliação dos achados, e ofertar em seguida, uma conduta que compreendesse a melhor solução para o problema exposto.

O número de docentes que contemplaram a alternativa que mais se adequava com o caso clínico, foi cinco (05), totalizando 22% da amostra. No item havia propostas de procedimentos parecidos, mas que não englobavam a situação como um todo. Os que responderam concordando plenamente com a alternativa adequada discordaram veementemente das demais, demonstrando estarem seguros da assertiva.

A asfixia é uma causa comum de morte após obstrução de vias aéreas (OVACE), conhecida como engasgo, por ingestão alimentos ou outros materiais. Esta obstrução pode levar à inconsciência em 2 minutos e/ou revertendo em lesões cerebrais, após 3 minutos ou até à morte. A manobra de *Heimlich* é um procedimento a ser feito em crianças e adultos nestas situações, precisando ser demonstrada para garantir a expectativa da melhora de vida (NASCIMENTO et. al., 2016).

Foi objetivado conhecer a melhor conduta em caso de OVACE, numa situação hipotética, mas que há uma margem de acontecimento, tendo em vista o ambiente escolhido para ser proposta. O caso clínico

apresentava um aluno vítima de OVACE, e alternativas com a melhor conduta, sendo que 30% (7) dos participantes responderam a alternativa que falava da manobra de *Heimlich*, em que se abraça a vítima pelas costas e aplicada compressão entre o abdome e os arcos costais, tanto em adulto como em crianças (MACIEL et al 2017).

Houve um questionamento, sobre quais situações foram enfrentadas, por parte dos docentes no ambiente de trabalho, onde os mesmos não se sentiram preparados para resolver, a fim de que se pudesse verificar sua conduta em face de um problema real. Ressalta-se que esse questionamento foi feito de uma forma aberta, onde os professores puderam mencionar as situações vivenciadas.

**Quadro 2** – Situações vividas em sala de aula onde os professores não se sentiram preparados para intervir. E.E.E.P. Pedro de Queiroz Lima, Beberibe, Ceará, 2017.

Situação vivenciada com despreparo	Número de sujeitos da pesquisa
Nunca passou por nenhuma situação de Urgência e Emergência	04
Crise convulsiva	04
Cefaléia Intensa	01
Desmaio	04
Queda	01
Fratura	03
Hemorragia	01
Crise respiratória	02
Cortes/Lesões	01
Dor Epigástrica	01
Crise Alérgica	01
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>

**Fonte:** Dados da Pesquisa, Beberibe, Ceará, 2017.

Percebe-se pela análise do Quadro 2 que as situações de urgência e emergência mais citadas na relação ocorrência e despreparo foram: crise convulsiva, desmaio e fratura.

A relação ambiente-alunos é bastante discutida em conselhos estudantis, e conselhos de classe, compostos por esses professores e membros da coordenação. Fala-se sobre aproveitamento do ambiente escolar, sobre como ser transformadores utilizando as dependências da escola. Também se fala em lotação, em superpopulação de alunos em ambiente onde possivelmente um acidente possa acontecer. Os achados acima demonstram o contato que professores tem com diversas situações, ilustrado pela fala de um dos sujeitos em estudo: *“Uma aluna sofreu com enxaqueca durante o dia quase todo, e medicamentos que ofereceram não funcionou. Não soube o que fazer depois”* (A.T.O.).

Situações assim, que começam com uma simples dor de cabeça, podem evoluir para um problema de natureza mais grave, como acidente vascular encefálico (AVE), levando a sérias complicações para o

paciente/aluno. Vale ressaltar que os docentes que menos enfrentaram situações, foram também os que têm menos tempo na docência.

Dentro dessa mesma condição, há um fator de preparo da equipe de funcionários, professores, coordenadores e demais funções, onde foi questionado se acham a equipe preparada em caso de um acidente de múltiplas vítimas como incêndios, desabamentos, explosão de gás, dentre outros dessa natureza.

Houve resposta unânime por parte dos entrevistados, 100% (23), que não consideram o corpo docente ou demais funcionários da escola preparados para um acidente de múltiplas vítimas (AMV).

Para prestar os primeiros socorros de maneira realmente eficiente, Stocco (2011) afirma que a pessoa precisa saber qual conduta servirá para cada diferente tipo de lesão que varia de cortes superficiais, pequenas contusões, até lesões mais graves. A escola torna-se um cenário propício para acontecimentos emergências, em virtude de vários móveis e brinquedos existentes. Isso faz com que haja a necessidade de contar com professores preparados para atender as mais diversas situações de risco.

A discussão sobre gravidade de situações é difundida e levantada durante toda a graduação de enfermagem, e que segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na resolução Nº 423/2012, Art. 1º No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

Tendo entendimento que os professores não gozam de conhecimento específico sobre gravidade de situações, foi questionado quando a conhecimento sobre a ocorrência de maior gravidade, e de menor gravidade, apresentando situações específicas. O intuito era apenas conhecer a percepção dos mesmos quanto à graduação da gravidade de determinadas situações de urgência e emergência.

Na opinião dos docentes em estudo, choque elétrico 52% (n=12) e queimaduras 52% (n=12), foram às situações consideradas gravíssimas enquanto que corte em região interna da coxa 17% (n=4) e desmaio 17% (n=4) foram consideradas pouco graves.

Ressalta-se que as situações apresentadas para os professores para a avaliação quanto ao grau de gravidade foram: choque elétrico, crise respiratória, dificuldade para respirar, inalação de fumaça; corte por objeto perfuro cortante em região interna da coxa; desmaio; obstrução das vias aéreas superiores por corpo estranho; queimaduras nos braços, pernas e rosto; todas as situações graves podendo se tornar letais dependendo do contexto da ocorrência e da vulnerabilidade do sujeito.

A educação em saúde apresenta-se como estratégia eficaz para enfrentamento do déficit de conhecimento dos professores acerca da temática (GALINDO NETO et. al. 2017). Em face aos enfrentamentos diários que a profissão professor carrega, encontra-se ainda o fator saúde, esse que entra como desconhecido na vida e rotina desses propagadores do saber.

Quando lhes foi perguntado sobre a temática que se sentiam mais familiarizados com o assunto, ao ponto de opinar e intervir, a reanimação cardiopulmonar foi a situação mais mencionada, 74% (n=17) e as que



demonstraram menor familiaridade foi o conhecimento de protocolos operacionais padrão em casos de acidentes de múltiplas vítimas, 30% (n=7), que responderam nunca terem ouvido falar a respeito.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil e no mundo, segundo dados do Ministério da Saúde, sendo os infartos e os acidentes vasculares cerebrais responsáveis por grande parte dessa mortalidade (SIQUEIRA et.al., 2017). Muitos casos seriam revertidos caso a população realmente tivesse conhecimento de como intervir em determinadas situações, não sendo essa ação exclusiva dos profissionais de saúde.

### 3.3. Relevância da temática urgência e emergência na formação de docentes

Dos docentes questionados, 74% (17) afirmaram não ter cursado nenhuma disciplina referente ao assunto Urgência e Emergência durante sua graduação.

Os docentes, durante a sua formação, recebem conhecimento a cerca da formação do aluno, no entanto quanto a noções básicas em primeiros socorros, não há preparação acadêmica específica, faltando conhecimento adequado para lidar e/ou minimizar os agravos (SILVA et.al. 2013; NARDINO et al. 2012).

Quando perguntado se o local de trabalho, onde o professor está inserido, já promoveu cursos referentes ao tema, ou realizou ações de prevenção de acidentes no decorrer do ano letivo, um total de 74% (n=18), responderam que não.

Tais situações poderiam ser evitadas se estes fossem providos de competências das noções básicas de primeiros socorros e recebessem em sua formação acadêmica um suporte adequado para lidar com situações de risco para seus alunos (SILVA et. al., 2013).

Considerou-se importante conhecer a relevância da formação em urgência e emergência para os sujeitos em estudo, descrita no Quadro 3, a seguir:

**Quadro 3** – Descrição sobre a relevância da formação em urgência e emergência, para professores.E.E.E.P. Pedro de Queiroz Lima, Beberibe, Ceará, 2017.

RELEVÂNCIA	Transcrição dos discursos	
ESCOLA COMO ESPAÇO FAVORAVEL A ACIDENTES.	<i>“Se faz necessário, pois em uma escola há muitos elementos que podem ocasionar um acidente”</i>	<i>“Lidamos com pessoas e situações adversas de perigo, que se nos familiarizarmos em como proceder, minimizariamos os danos”</i>
PROFESSORES EFICIENTES EM EVENTUAL ACIDENTE	<i>“É bom preparar a equipe docente para que estes possam agir de forma rápida e eficaz em um eventual acidente”</i>	<i>“É de fundamental importância, pois este profissional é o primeiro elo de contato com o estudante, devendo estar preparado para uma eventual ocorrência”</i>
FORMAÇÃO BASICA E CONTINUADA	<i>“Serie interessante se todos os professores tivessem formação básica e continuada sobre o assunto”</i>	<i>“É preciso que o conjunto de professores esteja a par do assunto.”</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, Beberibe. Ceara, 2017.

Os sujeitos em estudo reconhecem à relevância da formação na temática devido, principalmente, a escola ser um espaço onde há aglomeração de adolescentes, favorecendo os acidentes; bem como a efetividade de professores na atuação de situações de urgência e emergência no âmbito escolar como também a necessidade de formação básica nesse assunto, uma vez que faz parte de suas realidades profissionais.

Diante da efetividade na realização de treinamento sobre os primeiros socorros para professores, destaca-se a importância da realização de estudos que contribuam com a educação em saúde voltada para tais profissionais (GALINDO NETO et. al., 2017). Como dito por um dos sujeitos da pesquisa:

*“Se faz necessário (uma formação específica sobre o tema), pois em uma escola, há muitos elementos que podem ocasionar um acidente, nesse caso, é bom preparar a equipe docente para que estes possam agir de forma rápida e eficaz em um eventual acidente” (A.T.O.).*

Sabe-se que a efetividade de intervenções educativas em saúde é influenciada por diversas variáveis, dentre elas a disponibilidade de materiais que possam ser utilizados como recurso didático (GALINDO NETO et al 2017).

Partindo-se do princípio de que o ambiente escolar é uma constante e ampla sala de aprendizagem, foi perguntado para os docentes, que ações eles acreditavam poderem ser implantadas para uma melhor educação em saúde, sobre o tema urgência e emergência, estando descrito no Quadro 4, a seguir.

**Quadro 4** – Sugestões de ações a serem implementadas para melhor formação em urgência e emergência para professores E.E.E.P. Pedro de Queiroz Lima, Beberibe, Ceará, 2017.

AÇÕES	NÚMERO DE MENÇÕES
Palestras	05
Oficinas	07
Divulgações Midiáticas	02
Curso de Formação	11
Formação com Profissionais de Saúde	03
Adaptação no Calendário Escolar	03
Ações Preventivas	01

Fonte: Dados da Pesquisa, Beberibe, Ceará, 2017.

Galindo Neto et.al. (2017) referem que, devido à formação voltada somente para a educação, os professores possuem insegurança e despreparo para prestar os primeiros socorros. O reflexo disso é o dado obtido na resposta, onde há menção de 47% (11) dos docentes, sobre a necessidade de cursos de formação em urgência e emergência, ainda ressaltando a necessidade de inserção na grade curricular de uma disciplina referente ao tema deste estudo.

*“Anexar a grade curricular da escola, uma formação a professores e/ou alunos, acerca das praticas de primeiros socorros” (A.F.C.F)*

*“Formação de professores neste sentido, assim como mini cursos ministrados por profissionais da saúde, para os alunos e funcionários da escola, não somente professores” (J.P.F.R)*

Além de cursos específicos de primeiros socorros, houve menções sobre oficinas 30% (n=7), palestras 23% (n=5), e sobre realizar a inserção no planejamento escolar, de uma agenda anual, onde será pautado o tema com a devida importância.

Galindo Neto et al. (2017) afirma que um estudo realizado na China investigou o conhecimento de professores seis meses, nove meses e quatro anos após a realização de treinamento sobre primeiros socorros pediátricos e concluiu que, apesar do conhecimento reduzir com o decorrer do tempo, a intervenção educativa melhorou a apreensão do conhecimento a curto e longo prazo. Levando assim a crer que educação em saúde nas escolas, como disciplina inserida na grade, e sendo pauta de calendário escolar, é efetivo em promover um conhecimento acerca do tema proposto.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito deste estudo foi verificar o conhecimento dos professores sobre as praticas de urgência e emergência no âmbito escolar e para isso buscou-se identificar a relevância de ter formação básica sobre urgência e emergência, assim como conhecer a conduta de professores mediante situações de urgência e emergência na sala de aula.

Diante dos resultados apresentados percebeu-se a necessidade de uma política educacional mais eficaz, no sentido de educação em saúde, com enfoque nas urgências e emergências. Verificou-se também que há uma grande lacuna sobre as práticas de educação em saúde nas escolas, quanto a prevenção de doenças e promoção de saúde.

Verifica-se, uma vez que o autor da pesquisa também está inserido no universo estudado, que há tentativas por parte de alguns docentes, em suprir os alunos com conhecimento científico sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST's), por exemplo, com intuito de promover educação em saúde e o bem estar estudantil.

Como observador e integrante do local do estudo, pode-se verificar que a escola em questão conta com uma rotina diferenciada, devido seu período integral, dispondo de recursos incentivadores, inclusive exclusividade por parte dos professores, além de incentivo a criação de projetos que modifiquem a realidade da escola.

Como fator modificador dessa realidade, acredita-se que possa ser implementado na grade curricular dos alunos, como também no calendário escolar, compreendendo o ano letivo, ações que incentivem a construção do saber científico, da elaboração de eventos voltados para a prevenção de acidentes, conhecimento sobre anatomia, sobre estudo dos locais de atendimento de cada ocorrência, números de referência dos serviços de socorro.

Percebe-se também que o ambiente necessita de mudança física, a escola precisa dispor de treinamento de pessoas para situações de risco, como incêndios, por exemplo, onde os alunos aprenderiam como devem sair de forma uniforme e sem pânico, a fim de evitar agravos nas situações de risco.

O planejamento mensal ou anual deve ser pautado na ideia de uma equipe, como se essa equipe fosse uma brigada de saúde, onde os membros estariam sempre buscando inovações, mudanças físicas na estrutura, sinalizações, treinamentos, e conhecimento básico para ser passado no decorrer do ano letivo, já que os horários pedagógicos dispõem de disciplinas voltadas para a vivência de mundo, como mundo do trabalho e projeto de vida, matérias essas em que os conteúdos sobre primeiros socorros poderiam ser facilmente inseridos.

O estudo demonstrou uma preocupação crescente, ocasionada por um grande número de jovens aglomerados em um único espaço físico, com interações de várias naturezas, por mais de oito horas diárias, levando assim a situações propensas a acidentes.

Foi relevante ressaltar nesse estudo, que os professores, por terem uma formação voltada para a educação, não necessariamente dispõem de conteúdo relativo ao tema de estudo na sua grade acadêmica. Os docentes se deparam com ocorrências que não sabem como proceder de maneira a minimizar os danos, ou evitá-los por completo.

Verificar esta realidade foi considerado importante, pois quando se conhece a origem da problemática, pode-se aplicar uma solução, que pode ser a implementação da formação acadêmica dos professores, fazendo assim uma graduação mais completa voltando o saber para situações de realidade prática, diferentes do que rotineiramente se apresenta nos currículos da educação.

Então, diante do exposto e discutido, ainda surgem algumas questões: o professor deve ser o único responsável para cuidar do aluno, no sentido de socorrer em situação de risco? Quais as implicações, na conduta dos professores, da sua baixa remuneração, de dificuldades financeiras, afetivas e de reconhecimento profissional? A formação em urgência/emergência deve ser algo obrigatório para o professor, mediante o pensamento de suas várias necessidades de saberes e habilidades?

Acredita-se que o conhecimento em áreas do universo da saúde não devam ser obrigatórias para o universo de docentes, uma vez que o princípio da obrigatoriedade, geralmente promove a rejeição, e sim que se deva ofertar o direito de escolha, fazer com que sejam disciplinas opcionais no curso, na perspectiva de que



o professor possa buscar atividades que o completem profissionalmente mas que também o façam sentir-se bem.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, Luana Silva et al. A abordagem de primeiros socorros realizada pelos professores em uma unidade de ensino estadual em Anápolis-GO, Sistema de Información Científica. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, Anapolis, v. 18, n. 1, p. 25-30, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de diretoria clínica**. São Paulo: Cremesp; 2000.

COELHO, Jannaina Pereira Santos Lima. Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.1, p. 01 – 15, jan., 2015.

GALINDO NETO, Nelson Miguel et al. Primeiros socorros na escola: construção e validação da cartilha educativa para professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, jan.-fev., p. 87-93, 2017.

NARDINO, Janaine et.al. Atividades educativas em primeiros socorros. **Revista contexto e saúde**, Ijuí, RS, v12, n.23, p. 88-92, jul/dez., 2012.

LEITE, Andreza Carla Queiroz et al, Primeiros socorros nas escolas, **Revista Extendere**, Mossoró, v. 02, n. 1, jul. a dez.,2013.

RESOLUÇÃO COFEN N° 424/2012, Conselho Federal de Enfermagem(COFEN), Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4242012\\_8990.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4242012_8990.html) Acesso em 13 dez. 2017.

RESOLUÇÃO COFEN N° 423/2012, Conselho Federal de Enfermagem(COFEN), Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4242012\\_8990.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4242012_8990.html) Acesso em: 13 dez. 2017.

ROMANI, Humberto Menon et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 41-53, 2009.

SILVA, Havila Thaysa Ferreira da et al. A importância da aplicação do treinamento e desenvolvimento nas organizações. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.3, jul., 2013.

SIQUEIRA A. S. E. et.al. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 01, p. 39 – 46, 2017.

## Capítulo 2

**ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS E METODOLÓGICAS PARA INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE NA ÁREA DA SAÚDE****PEDAGOGICAL AND METHODOLOGICAL STRATEGIES FOR INTEGRATION TEACHING, SERVICE AND COMMUNITY IN THE HEALTH AREA**Rúbia Mara Maia Feitosa<sup>1</sup>Andréa Raquel Fernandes Carlos da Costa<sup>2</sup>**RESUMO**

A integração ensino-serviço-comunidade possibilita aos acadêmicos problematizarem o saber/fazer na área da saúde, fortalecendo práticas pautadas nas necessidades de saúde da comunidade. O objetivo é relatar as vivências do processo de integração ensino, serviço e comunidade, enfatizando estratégias pedagógicas e metodológicas utilizadas com os acadêmicos para a realização das práticas de promoção à saúde no território da Estratégia de Saúde da Família. Estudo descritivo, decorrente do relato de experiência realizado por docentes da Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN, durante o semestre letivo de 2018. Participaram das atividades 172 acadêmicos dos diversos cursos da área da saúde. Foram realizadas quatro etapas para a operacionalização da integração ensino, serviço e comunidade: análise dos dados do território, elaboração de jogos educativos e aplicação da ação em saúde na comunidade escolar. As estratégias e metodologias utilizadas nas oficinas permitiram que os acadêmicos vivenciassem dialeticamente momentos de (des)construção dos saberes. Os acadêmicos interagem com as docentes para tirar dúvidas sobre a articulação e coesão do referencial teórico com as etapas dos jogos educativos e do planejamento para a ação em saúde. As práticas pedagógicas e as metodologias permitiram aos acadêmicos construir elementos para o desenvolvimento de práticas educativas pautadas na promoção à saúde.

**Descritores:** Formação. Saúde. Metodologias

**ABSTRACT**

The teaching-service-community integration makes it possible for academics to problematize knowledge / doing in the health area, strengthening practices based on the community's health needs. The objective is to report the experiences of the teaching, service and community integration process, emphasizing pedagogical and methodological strategies used with academics to carry out health promotion practices in the territory of the Family Health Strategy. Descriptive study, resulting from the experience report carried out by professors from the Nova Esperança Faculty of Mossoró / RN, during the 2019 academic semester. 172 academics from different health courses participated in the activities. Four steps were taken to operationalize the teaching, service and community integration: analysis of the territory's data, elaboration of educational games and application of health action in the school community. The strategies and methodologies used in the workshops allowed the students to dialectically experience moments of (de) construction of knowledge. The academics

<sup>1</sup> Faculdade Nova Esperança de Mossoró. Docente dos Cursos da Saúde. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: rubiamara@facenemossoro.com.br. Endereço: Rua Cicero Aires de Lima, 52. Bairro: Aeroporto. CEP: 59.607-390. Mossoró/RN. Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade Nova Esperança de Mossoró. Docente dos Cursos da Saúde Doutora em Engenharia Agrícola pela Universidade Federal Rural de Pernambuco. E-mail: andreacosta@facenemossoro.com.br. Endereço: Antônio Vieira de Sá, 01. Bairro: Nova Betânia. CEP: 59612-100. Mossoró/RN. Brasil.

interacted with the teachers to clarify doubts about the articulation and cohesion of the theoretical framework with the stages of educational games and planning for health action. Pedagogical practices and methodologies allowed academics to build elements for the development of educational practices based on health promotion.

**Descriptors:** Training. Health. Methodologies

## INTRODUÇÃO

O ensino superior caminha na perspectiva de formar profissionais de saúde que estejam em consonância com os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A sua constitucionalização, em 1988, sinalizava a necessidade de mudança no modo de conceber e produzir saúde, considerando-a como direito de todos e dever do Estado, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (AGUIAR, 2015).

Isso ocasionou mudanças no perfil de competências dos profissionais de saúde, possibilitando um processo de formação que fosse além das intervenções no corpo anatomopatológico, capazes de reconhecer a complexidade das necessidades de saúde da população - aspectos sociais, econômicos, ambientais etc. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) passou a investir esforços para integrar as políticas públicas aos serviços de saúde (FERREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

Outro marco histórico, teórico e metodológico importante para a transformação do perfil profissional foram as mudanças propostas nos documentos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde. Após a sua promulgação, as políticas públicas específicas à formação em saúde passaram a se entrelaçar ao novo modelo de atenção à saúde e, conseqüentemente, a serem implantadas nas instituições de ensino superior brasileira (SOARES; 2013).

A partir desse contexto, o Ministério da Saúde (MS) tem buscado relacionar a prática na graduação com a assistência prestada à população, possibilitando que os acadêmicos possam vivenciar e problematizar, a partir da realidade concreta, o saber/fazer na área da saúde. Enfatiza-se para às necessidades das mudanças de valores, de atitudes, de paradigmas na compreensão do processo saúde-doença, de organização dos serviços de saúde e do processo ensino-aprendizagem (CASATE, CORRÊA, 2012).

Dentro desse contexto, o Ministério da Saúde (MS) assumiu, a partir de 1994, como resposta intencional à essa conjuntura, a implantação da Atenção Básica em Saúde. Esta assume, o compromisso de prestar assistência resolutiva aos usuários na própria unidade de saúde, no território e no domicílio (REZENDE; BAPTISTA; AMÂNCIO FILHO; 2015). Esse modo de saber/fazer saúde implica na capacidade dos profissionais em estabelecerem relações intrínsecas entre as necessidades de saúde da população com o contexto territorial em que está inserida (área ribeirinha, área de assentados, área rural etc) bem como, identificar as condições de moradia, lazer, trabalho dos moradores da comunidade.

Pela perspectiva da vigilância em saúde, os graduandos passam a compreender o território enquanto espaço-lugar vivo e dinâmico, permite uma visão não fragmentada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos. A integração entre o ensino-serviço-comunidade fortalece as práticas de saúde pautadas no território da Estratégia de Saúde, favorecendo as ações de promoção à saúde focadas nas necessidades de saúde da população, delineando projetos que tenham o ensino voltado para a comunidade (JUSTO et al., 2017).

Nesse contexto da formação, a Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN, apresenta na grade curricular de todos os cursos da saúde, disciplinas que consolidam a Integração Ensino, Serviço em Comunidade. Assim, alguns questionamentos das docentes que ministram estas disciplinas pautaram a construção desse trabalho: Como construir estratégias pedagógicas e metodológicas para operacionalizar das práticas de promoção à saúde no território da Estratégia de Saúde da Família?

Nesta perspectiva, o presente artigo tem como objetivo relatar as vivências das docentes no processo de integração ensino, serviço e comunidade, enfatizando as estratégias metodológicas utilizadas com os acadêmicos para a realização das práticas de promoção à saúde com a comunidade. Por fim, aponta as potencialidades e os pontos críticos encontrados durante o percurso.

A proposta da disciplina da FACENE/RN dialoga com o inciso III do Artigo 200, da Constituição Federal de 1988, cuja Lei nº 8.080/908, a inserção do Sistema Único de Saúde (SUS) como formador/ordenador de recursos humanos da área de saúde. Esse tipo de relato, serve como incentivo para a mudança de práticas profissionais, a partir da reflexão sobre a realidade e a produção de cuidado, visando a modificação do modelo assistencial vigente, predominantemente voltado para ações prescritivas e médico centradas (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO; 2016).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, decorrente de um relato de experiência realizado por docentes da Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN, fruto das vivências e reflexões críticas acerca do processo de aprendizagem nas disciplinas obrigatórias de “Seminários Integradores em Ensino, Serviço e Comunidade II e III (SIESC)” e Integração Ensino, Serviço e Comunidade em Odontologia II (IESCO), ministradas durante o 2º e 3º período dos cursos de enfermagem, odontologia, farmácia, biomedicina, nutrição e educação física, durante o semestre de 2018.2. Ao total, foram 172 acadêmicos participantes do SIESC II, IESCO II e SIESC III distribuídos da seguinte forma:

**Tabela 1.** Distribuição dos alunos por curso.

Cursos	Quantidade de alunos
Nutrição	17
Educação física	17
Farmácia	51
Biomedicina	27
Enfermagem	29
Odontologia	31
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>

Conforme o Projeto Pedagógico de Curso da área da Saúde, este componente curricular propõe a aproximação dos acadêmicos com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Básica como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Os acadêmicos passam a conhecer a dinâmica, estrutura física, cobertura populacional e os processos de trabalho da equipe de Saúde da Família, fortalecendo as estratégias de vigilância em saúde, diagnóstico comunitário, análise territorial, a fim de intervir nos problemas encontrados no território vivo das comunidades por meio das ações de prevenção e promoção à saúde (FACENE, 2018).

Os assuntos do componente curricular dialogam ainda com o processo saúde-doença do indivíduo e coletividade, integrados ao contexto epidemiológico e profissional, em que se enfatize a promoção de conhecimento e das habilidades específicas, valorizando também as competências gerais associadas a um perfil profissional generalista, político, ético, reflexivo e humano (FACENE, 2018).

Para operacionalizar a disciplina e permitir a reflexão e participação ativa dos acadêmicos nos encontros teórico-práticos, fizeram-se necessários quatro momentos interdependentes, sendo a disciplina foi ministrada no período de uma semana, perfazendo um total de 20 horas.

O primeiro deles ocorreu antes de iniciarem as aulas, quando as professoras realizaram cinco visitas agendadas a três Estratégias de Saúde da Família, situadas nas regiões leste e oeste do município de Mossoró/RN. Essa fase consistiu na coleta de dados e informações que pudessem subsidiar, agregar e, ao mesmo, tempo propor o confronto da realidade com os referenciais teóricos.

Inicialmente, as professoras realizaram o reconhecimento da Unidade Básica de Saúde e do seu território de abrangência (delimitação das ruas pertencentes a cada micro área, em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde), por conseguinte, o registro fotográfico e documental do mapa da área de cobertura e

do mapa inteligente e a coleta dos dados (demográficos, socioeconômicos, sanitários, ambientais, epidemiológicos) do território, disponibilizados pelas equipes de saúde da Família.

O segundo momento caracterizou-se por uma discussão coletiva. A cada eixo temático (Atenção Básica, Processo de Territorialização, Vigilância em Saúde, Diagnostico Ambiental e Promoção da Saúde), os dados e as informações coletadas do Território eram problematizados em sala de aula. As imagens fotográficas também foram recursos utilizados para a identificação do diagnóstico ambiental e dos componentes estruturais do território visitado: micro áreas, barreira de acesso, área de concentração de grupo e equipamento social.

Após a problematização, os acadêmicos foram requisitados a elaborarem propostas de intervenções em escolas situadas em área de vulnerabilidade social da Estratégia de Saúde da Família: população ribeirinha, famílias com baixo poder aquisitivo, desempregadas, submetidas a situação de violência e uso e abuso de drogas. Desta forma, as ações em saúde foram realizadas em 03 escolas filantrópicas de ensino infantil (300 alunos) e 01 escola municipal de ensino infantil e fundamental (250 alunos). Os temas foram escolhidos com base nos dados coletados do território (Tabela 2 e 3).

**Tabela 2.** Temas abordados na intervenção em saúde na Escola Municipal Dinarte Mariz

TEMAS	ESCOLA
1. Meio ambiente e sustentabilidade	Escola Municipal Dinarte Mariz (Próxima ao Rio Mossoró/RN).
2. Coleta Seletiva	
3. Rio Mossoró	
4. IST	
5. Violência	
6. Álcool e Drogas	
7. Arboviroses	
8. Saúde bucal	
9. Bulling	

**Tabela 3.** Temas abordados na intervenção em saúde nas Escolas pertencentes ao Lar da Criança Pobre

TEMAS	ESCOLA
1. Meio ambiente e sustentabilidade	Escola Santa Terezinha – Estrada da Raiz Escola Santa Bernadete – Abolição IV Escola Santo Antônio – D. Jaime Câmara
2. Coleta Seletiva	
3. Arbovirose	
4. Nutrição saudável+	
5. Circuito com operações matemáticas	

Em cada sala de aula ficava alocado um grupo de acadêmicos abordando uma temática. De modo que, durante um tempo pré-determinado ocorria o rodízio dos escolares nas salas de aula, permitindo-os



participarem de todas as atividades propostas. Por fim, ao final das ações nas escolas foi entregue doação de material escolar e alimentício para o Lar da Criança Pobre de Mossoró/RN, responsável pela administração das escolas filantrópicas.

## RESULTADOS

Antes de iniciar as disciplinas, os acadêmicos dos diversos cursos da área da saúde interrogavam as professoras nos corredores da Faculdade sobre a proposta da disciplina e sua configuração. Esta curiosidade advinha da inserção destes em uma nova matriz curricular, em que as disciplinas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade estavam alocadas em uma semana específica do semestre. Durante a semana, os professores das demais disciplinas suspenderam suas atividades, momentaneamente, e se inseriram na dinâmica do SIESC e IESCO.

A proposta da disciplina remete a concepção didático-pedagógica da FACENE/RN pela busca pressupostos metodológicos que transformam a sala de aula em ambiente dialógico, em que o conteúdo passa a ser visto sob o enfoque de problematização, exigindo do aluno reflexão e decisão na sua contextualização, como forma de dar significação ao conhecimento e à vivência da realidade. Instiga a construção processo de aprendizagem evidenciada por conceitos significativos, desenvolvidos constantemente e não de forma isolada, fragmentada e sem vínculos com a realidade concreta das comunidades (PDI, 2015).

Nos encontros em sala de aula, as docentes perceberam o envolvimento dos acadêmicos nas discussões coletivas, fazendo indagações acerca do funcionamento e o papel dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. As indagações mais calorosas estavam relacionadas ao território de abrangência de uma unidade de saúde, no que diz respeito a sua delimitação geográfica e a sua implicação direta como princípio doutrinário (universalidade) do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns acadêmicos questionavam se a veiculação de uma área delimitada não infringia o acesso da população, localizados em outros bairros, aos serviços de uma unidade de saúde.

Para essas inquietações foi posto em cena a compreensão do espaço-território, como sendo muito além de um simples recorte político e operacional do sistema de saúde. Este deve ser compreendido como local onde se verifica a interação população-serviços em nível local. Tem-se que problematizar que neste território vive uma população específica, com modos de viver em tempo e espaço singulares, submetidos a situações de risco e agravo, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma delimitação geográfica, há imerso nele um perfil demográfico, epidemiológico, ambiental, social, político, cultural, dentre outros que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. O território

especialmente na ESF, deve ter como objetivo conhecer as condições de vida da população e ampliar o acesso (TETEMANN; TRUGILO; SOGAM; 2016).

Nesta perspectiva, foi apresentado para os acadêmicos que a Estratégia de Saúde da família (ESF) está embasada em promover o acesso universal apoiada no conceito da territorialização (COUTO; BACK; HILLESHEIM, 2014). Entretanto, a compreensão e o emprego de uma concepção equivocada de território na organização da atenção em saúde comprometem o princípio de universalidade do SUS. Assim, os profissionais de saúde, por meio da ESF podem estabelecer um contato próximo com a comunidade, identificando situações de riscos e agravos, bem como as necessidades de saúde dos moradores do território, criando estratégias diferenciadas para intervir sobre a realidade.

Nas ESF o processo de reconhecimento do território surge como uma atividade essencial para que se possa entender a dinâmica social local e a interação dos indivíduos com os serviços de saúde. A territorialização apresenta-se como um pressuposto do trabalho na ESF, possibilitando o reconhecimento de toda a área que a unidade de saúde é responsável (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Dessa forma, por meio das imagens fotográficas e vídeos, os acadêmicos visualizaram que o território onde iria ocorrer as intervenções em saúde realizadas por eles, eram marcados por comunidades com diferentes perfis epidemiológicos, com presença de moradores em áreas de risco e de grande vulnerabilidade social e econômica. De modo geral, nas três áreas de abrangência das Estratégias de Saúde da Família os domicílios eram de alvenaria com cômodos pequenos e muitas pessoas morando nestes, havia trechos da área em que a população possuía casas ainda mais simples, como por exemplo, de madeira e papelão. Outros trechos casas amplas e bem estruturadas, o que ressaltava a presença de desigualdades sociais locais.

Observou-se também que as áreas de abrangência das três unidades visitadas possuíam ruas pavimentadas e dispunham de um sistema de abastecimento de água; com relação ao saneamento básico, constatou-se que algumas ruas possuíam esgoto a céu aberto, apontado para um fator de risco à saúde, acúmulo de lixo em bueiros, próximos as margens do Rio Mossoró. Evidenciou-se ainda, que há coleta de lixo, porém diversas ruas encontravam-se poluídas, confirmando um certo descaso por parte da população quanto ao sistema de coleta. Não havia praças ou espaços adequados para lazer e recreação e índice de desemprego, violência e drogas em alguns trechos foram verificados.

Com relação as patologias, observou-se nas comunidades moradores com diabetes e hipertensão, em sua grande maioria. No entanto, há registros confirmados de casos de arboviroses, tuberculose, hanseníase, pessoas com sofrimento psíquico, aqueles que faziam uso de psicotrópicos sem receita, em virtude de traumas ocasionados pela violência na micro-área, crianças e adolescentes obesos que passaram a ser recrutados pelo Programa Saúde na Escola (PSE) para desenvolvimento de atividades educativas. Os pais destas crianças e adolescentes também estavam imersos nos encontros ofertados por uma equipe multiprofissional atuantes no PSE e, também, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Diante desses elementos apresentados por meio das fotos, vídeos e dados coletados, os acadêmicos passaram a debater conceitos significativos sobre a importância dos profissionais terem dados reais sobre os principais riscos, agravos e adoecimento da população: como coletar esses dados? Quem faz o registro desses dados, professoras? Foram indagações que surgiram e iam atrelando a outras perguntas acerca da prevenção e promoção à saúde. Com esses dados podemos realizar ações de saúde direcionadas para os problemas da comunidade? Como o profissional de saúde da Atenção Básica pode criar estratégias para desenvolver esses tipos de ações com a comunidade?

Nessa segunda parte da discussão coletiva, as docentes apresentaram para os acadêmicos as concepções da Vigilância em Saúde, na qual está apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas de saúde e práticas de saúde. Sabe-se que a análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas, principais patologias e a seleção de problemas prioritários para as intervenções (MOYSES; FRANCO, 2014).

Conhecer os locais que apresentam riscos à saúde da população é essencial, pois pode-se traçar planos e intervenções pertinentes, podendo estes serem representados no mapa de risco do território em questão. Ressalta-se ainda que a existência de áreas ambientais pode ser identificada, ao mesmo tempo, como situações de agravos a saúde da população ou como áreas para encontros de lazer e interação entre os moradores, ampliando assim a qualidade de vida destes (GRUBA et al., 2014).

As docentes trouxeram para os acadêmicos diferentes propostas de elaboração do mapa inteligente como recurso metodológico de atuação dos profissionais de saúde, explicando a sua finalidade - conhecer as situações de risco, agravos, a distribuição das principais patologias no território, áreas de concentração de grupo, equipamento social, barreiras de acesso de uma micro área.

Se antes os alunos questionaram o sentido da área de abrangência de uma unidade de saúde, ao final da discussão sobre territorialização, estes começaram a perceber que a área delimitada possibilita os profissionais de saúde conhecerem as particularidades do território e da população local, além de estreitar a construção de vínculo entre os profissionais e os moradores residentes daquele território.

De acordo com Faria (2013) é possível alcançar uma maior efetividade das ações de saúde quando se conhece as reais necessidades da comunidade, pois o planejamento e tomada de decisões na atuação diária dessas equipes tornam-se mais direcionados para os fatores de riscos, e ainda prioriza a parcela de indivíduos que necessitam de uma intervenção de forma mais rápida ou efetiva, garantindo assim o princípio da equidade.

O terceiro embate teórico ocorreu com as professoras trazendo discussões acerca do Programa Saúde na Escola (PSE). Para o Ministério da Saúde o PSE tem como objetivo oferecer um leque de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, com o

fortalecimento e a sustentação da articulação entre as escolas públicas e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da realização de ações dirigidas aos escolares (BRASIL, 2011).

Ao final da discussão teórica as professoras instigaram os acadêmicos a pensarem nos temas das intervenções em saúde, a partir das necessidades de saúde identificadas no território, para serem executadas nos espaços escolares inseridos dentro das áreas de abrangência visitadas. Para essa etapa, as docentes exibiram fotos das escolas públicas e filantrópicas das áreas visitadas para que os acadêmicos pudessem conhecer a estrutura física e os recursos disponíveis para a realização da intervenção em saúde.

O quarto momento, caracterizou-se pelo protagonismo dos acadêmicos na criação e elaboração dos jogos educativos. Um dos desafios alegados pelos acadêmicos era como articular o tema a um jogo educativo que possibilitassem as crianças, de diversas faixas etárias, vivenciarem o processo de aprendizagem de forma interativa e lúdica. Desse modo, a proposta de elaborar o jogo educativo fez com que os acadêmicos se debruçassem primeiramente sobre os referenciais teóricos dos temas. Que elementos do referencial teórico seriam elencados para serem explorados na discussão articulando-os com as situações de risco e/ou problemas de saúde aos quais a comunidade escolar está submetida? E de que modo, seriam trabalhados no jogo educativo?

Durante os dias de oficina para a elaboração das intervenções percebeu-se que as estratégias e metodologias utilizadas permitiram que os acadêmicos vivenciassem dialeticamente momentos de desconstrução e (re)construção dos saberes. Nesta fase, os acadêmicos constantemente interagiam com as docentes para tirar dúvidas e pedir opinião sobre a articulação teórica com as etapas dos jogos.

Ao analisar criticamente, as professoras solicitavam alguns ajustes, para alguns grupos as sugestões eram bem-vindas e, extremamente necessárias, porém para outros, os apontamentos tinham teor de 'falhas' e que não iriam mais rever a articulação do assunto com a estrutura dos jogos educativos. Para esta situação as docentes mencionam que, conforme Gurgel (2016) é necessário que profissional/educador, o esforço de planejar e, por ocasião, reconstruir várias vezes as metodologias utilizadas, embora constitua-se num jogo, mas ele precisa ter o cunho didático e pedagógico, baseado no prazer, na vivência e na participação das situações reais, que por meio dos jogos, os participantes conseguem trabalhar situações concretas.

Mediar conflitos e traçar objetivos em comuns no próprio grupo de acadêmicos tornou-se, também, um desafio presente no trabalho em grupo, pois tiveram a experiência de compartilhar o planejamento e a divisão de tarefas, cooperar, colaborar e interagir democraticamente, mediando os diversos saberes, interesses e necessidades.

Quando os grupos se integram a tal ponto de constituir-se em equipe, conseguem realizar atividades sem conflitos, são mais criativos e eficientes na resolução de problemas, produzem mais e com maior qualidade, desenvolvem maior autonomia e são mais motivados (NAVARRO; GUIMARÃES; GARANHANI, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente relato, percebeu-se que os jogos educativos utilizados como recurso nas ações de prevenção e promoção a saúde facilitaram o processo de ensino e aprendizagem dos escolares. Pode-se observar a importância da utilização do lúdico como forma de instigar a aprendizagem dos assuntos abordados com os escolares à medida que os participantes verbalmente expressavam que tinham gostado bastante das atividades e que os jogos educativos estimulavam o interesse deles em saber qual seria a discussão ofertada na próxima sala.

Os encontros nas escolas permitiram a vivência dos acadêmicos em contextos de vida, social e econômico complexos e desafiadores, contribuindo um olhar crítico para a saúde e fortalecendo a relevância das políticas públicas, refletindo-se na formação de profissionais de saúde com perfil para atuar no Sistema único de Saúde (SUS), como recomendam as Diretrizes Curriculares Nacionais.

A experiência dos acadêmicos dos cursos da área da saúde da FACENE/RN, ultrapassaram as características de um processo de formação vinculado ao atendimento individual e curativo, aguçaram o olhar crítico reflexivo frente à situação-problema vivenciada e, com base nessa reflexão, atuaram na dificuldade identificada.

Necessário avançar não apenas no preparo de um profissional técnico, mas acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor, a construir, a desenvolver um olhar crítico-reflexivo que possibilite transformação das práticas, tendo em vista a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Foram elencados dois pontos para serem potencializados nos semestres seguintes. O primeiro deles diz respeito a: solicitar dos acadêmicos a elaboração de manual instrutivo dos jogos educativos, auxiliando a comunidade escolar para a aplicação futura em sala de aula, na medida em que os jogos educativos após a realização das ações foram fornecidos como material didático-pedagógico para as escolas.

O segundo ponto refere-se à operacionalização de ações em saúde interprofissionais, já que a Faculdade oferta disciplinas de integração ensino, serviço e comunidade em períodos correspondentes, proporcionando práticas de saúde interprofissionais.

O SIESC e IESCO conseguiu mobilizar toda a comunidade escolar, por meio de metodologias de caráter participativo e democrático, pautando-se nos princípios da interdisciplinaridade, num convite à consolidação de reflexões e ações com vistas à construção de uma sociedade sustentável e saudável.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- BRANDÃO, E.R.M; SAULO, V.R.S; SILVA, S.S. Práticas de Integração Ensino-Serviço Comunidade: Reorientando a Formação Médica. *Rev. Brasileira de educação médica*. 37 (4):573 – 577, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- CASATE, J. C. C.; CORRÊA, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Rev Esc Enferm.*, v. 46, n. 1, p. 219-26, 2012.
- COUTO, C.; BACK, L. A.; HILLESHEIM, B. Estratégias de saúde da família: território e vínculo sob a perspectiva nômade. *Revista Jovens Pesquisadores*. Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 141-150, 2014.
- FACULDADE NOVA ESPERANÇA. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Mossoró, 2018.
- FARIA, R. M. Territorialization of the primary health care at sus and construction of a perspective of adequacy of services for the territory profiles. *Hygeia*, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, 2013.
- GRUBA, C. et al. Processo de territorialização e mapeamento em saúde da família. *Revista do Curso de Enfermagem*. v. 3, 2014.
- MOYSES, S. T.; FRANCO DE SÁ, R. Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidade (s) construída (s) no território. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4330, 2014.
- NAVARRO, A.S.S; GUIMARÃES, R.L.S; GARANHANI, M.L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *Rev Min Enferm*. 17(1): 61-68, 2013.
- PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.
- PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, v. 9, n. 17, p. 523- 536, 2011.
- REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F.; AMÂNCIO FILHO, A. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersetorialidade. *Trabalho, Educação e Saúde*. v. 13, n. 2, p. 301-322, 2015.
- SANTOS, A.L; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde*. v.8, n. 3, p. 387- 406, 2010.
- SOARES, V. Avaliação acadêmica das habilidades e competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais de cursos de Graduação da Saúde [dissertação]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2013.
- TETEMANN, E. C.; TRUGILO, S. M.; SOGAM, L. C. *Textos e Contextos*. v. 15, n. 2, p. 356 - 369, 2016.



VASCONCELOS, A. C. F, STEDEFELDT, E., FRUTUOSO, M. F. P. An experience of teaching-service integration and change of professional practices: healthcare professionals speak out. *Interface*, v. 20, n. 56, p. 147-158, 2016.

## Capítulo 3

**FATORES QUE INFLUENCIAM NA MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA ATÉ OS SEIS MESES: REVISÃO DA LITERATURA**Geogina Candice da Silva Oliveira<sup>1</sup>Amália Gonçalves Arruda<sup>2</sup>**RESUMO**

A gestação é um momento marcante na vida de uma mulher que corresponde ao período estabelecido entre a concepção até o momento do parto do bebê. Após o momento do parto as mulheres também sofrem alterações e buscam se adaptar aos diversos processos que estão relacionados a ela e ao bebê. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo realizar um levantamento da literatura sobre os principais fatores que influenciam na amamentação exclusiva até os seis meses, a fim de refletir sobre melhorias na atuação do profissional enfermeiro. Com relação a metodologia, tratou-se de uma revisão de literatura, cuja a amostra envolveu artigos científicos, que foram acessados nas seguintes bases de dados: Scielo e LILACS. Foram incluídos ao trabalho artigos publicados em revistas de enfermagem, que apresentaram pelo menos um enfermeiro como autor, que corresponderam a temática sobre a amamentação até seis meses e que mencionaram fatores que favorecem a amamentação. Além disso, que tenham sido publicados nos últimos cinco anos, no período de 2014 à 2019 e tinham a língua portuguesa como idioma predominante. Os descritores utilizados foram: amamentação exclusiva, desmame precoce, aleitamento materno. Foi realizada uma leitura analítica com a intenção de classificar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitaram o alcance de respostas a problemática da pesquisa. Com relação aos resultados, foi possível encontrar 546 artigos que após serem analisados, de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa, foram selecionados 24 artigos, após refinamento final. Contudo, diante das evidências desse estudo, foi possível identificar que os principais fatores que influenciam a manutenção da alimentação exclusiva são de cunho cultural, social, fisiológico e de vínculo com profissionais de saúde. Além disso, notou-se que a implementação de programa educativos com foco na Política Nacional de Humanização, assim como a valorização de programas já existentes como Hospital Amigo da Criança, Projeto Mãe Canguru, Estratégia de Saúde da Família, dentre outros, podem minimizar o desafio da manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

**Palavras-chave:** Desmame precoce. Amamentação Exclusiva. Aleitamento materno.

**1 INTRODUÇÃO**

A gestação é um momento marcante na vida de uma mulher que corresponde ao período estabelecido entre a concepção até o momento do parto do bebê. Durante o período gestacional o corpo da mulher sofre diversas alterações fisiológicas, biomecânicas e hormonais, alterando a dinâmica corporal. Geralmente as gestantes podem apresentar todas ou somente algumas características que se fazem presentes nesse processo (FERREIRA; NAKANO, 2015).

Essas alterações geralmente ocorrem em sequência, nos primeiros meses, sendo que as primeiras mudanças fisiológicas na gravidez acometem o sistema urinário. Nessa etapa o alargamento uterino provoca

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Vale do Jaguaribe, 2019.candice096543@gmail.com

<sup>2</sup> Professora da Faculdade do Vale do Jaguaribe. Mestra em saúde pública. Orientadora da Pesquisa. amaliagoncalves@fvj.br

um refluxo da urina para fora da bexiga, por esse motivo, as gestantes possuem uma maior probabilidade de desenvolverem infecções urinárias. Além disso, o sistema respiratório também sofre alterações, pois o volume corrente aumenta, diminuindo a capacidade pulmonar. Quanto ao sistema cardiovascular, o tamanho do coração aumenta resultando em taquicardia e também ocorre uma amplificação do volume sanguíneo circulante, a fim de suprir o organismo (WENZEL; SOUZA, 2014).

Ainda nesse contexto, após o momento do parto as mulheres também sofrem alterações e buscam se adaptar aos diversos processos que estão relacionados a ela e ao bebê, dentre eles um que ganhou muito destaque nos últimos anos foi o aleitamento materno. Esse método é considerado a melhor via de alimentação do bebê por ter seu caráter altamente nutritivo e por permitir o contato físico e visual da mãe com o filho (FERREIRA et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o aleitamento materno deve ser específico até os seis meses de vida do recém nascido. Depois dessa etapa, a criança pode preencher suas ausências nutricionais complementado com outros elementos, com nutrientes ricos em ferro e vitaminas, o qual se encontra agregados ao leite materno ou não, mesmo que este seja uma fonte indispensável de nutrientes. Diante disso, a suplementação alimentar faz-se viável, quando a criança tem maturação neurológica e fisiológica suficiente (BRASIL, 2015).

Somando-se a isto, o aleitamento materno possui muitos benefícios tanto para a mãe quanto para o filho, dentre eles destacam-se: prevenção contra problemas gastrintestinais, respiratórios, alérgicos, cardiovasculares e favorece o crescimento e o desenvolvimento mental e motor infantil. As mães também são privilegiadas quando conseguem realizar a amamentação, pois essa alteração ajuda diminuir os casos de neoplasias mamárias e de ovário e ajuda prevenir á osteoporose. Também está relacionada à redução de peso durante o puerpério e a ciclos mais demorados de amenorreia, ajudando prolongar os intervalos de gestação atuando como anticoncepcional natural com 98% de eficiência (BRASIL 2016).

Apesar de possuir diversas vantagens, ainda existem fatores que podem influenciar na amamentação e podem estar presentes em qualquer etapa do período gestacional, pois durante esse momento, as gestantes principalmente as primíparas, tendem a apresentar sentimentos que contribuem para o aparecimento de conflitos na vida pessoal e familiar que pode comprometer a prática da amamentação. Além disso, os maus hábitos diários como o consumo de álcool e drogas, a má alimentação, o sedentarismo e a falta de estimulação precoce também podem dificultar esse quadro, assim como a falta de informações e apoio familiar (ARAÚJO et al., 2014).

Dessa forma, faz-se necessário que sejam dadas orientações a essas gestantes na tentativa de minimizar as alterações que são sofridas durante esse período, pois uma mãe bem orientada no decorrer da gestação e no puerpério conserva o aleitamento exclusivo por um período mais prolongado. Essa intervenção

só é considerada eficaz se a mulher tiver como suporte um profissional especializado no assunto, seguido do apoio familiar (NIÑO, 2016).

Porem, existem grandes barreiras que limitam os profissionais de saúde a orientar sobre a prática da amamentação, sendo necessária a atuação de uma equipe ágil e que apresente conhecimento no cuidado prestado as gestantes. Além disso, os profissionais devem estar capacitados para auxiliar a amamentação, procurando extrapolar o alcance do biológico e entender a nutriz e todo contexto e com isso apadrinhar a prática do aleitamento materno (MOREIRA; MURARA, 2014).

Assim, destaca-se a atuação do profissional enfermeiro, que presta uma assistência habilitada, facilitando a identificação dos fatores de risco para o desmame, ajudando a estipular a manutenção do aleitamento materno. Além disso, o enfermeiro busca desenvolver a capacidade e a experiência técnica, procurando passar confiança e auxílio as emoções das puérperas, apreciando seu contexto sociocultural e familiar (MORENO; SCHMIDT, 2014).

Partindo desse aspecto, esse trabalho justifica-se pela importância e necessidade de estudos que busquem compreender a complexidade que envolve os cuidados maternos com relação a amamentação, assim como a atuação de enfermagem e de outros profissionais de saúde na promoção desta prática. Além disso, vale ressaltar que a prática da enfermagem durante as orientações quanto as novas adaptações, após o momento do parto, buscam promover soluções eficazes e duradouras, garantindo uma melhoria do estilo de vida das mães com relação aos seus bebês.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo geral realizar um levantamento da literatura sobre os principais fatores que influenciam a amamentação exclusiva até os seis meses, a fim de refletir sobre melhorias na atuação do profissional enfermeiro.

## 2 METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão de literatura, que permite ao pesquisador a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), tendo como produto final o estado que buscou entender quais fatores influenciam a manutenção da amamentação exclusiva até os seis meses.

A amostra foi composta por artigos científicos. Os estudos relacionados a temática foram acessados nas seguintes bases de dados: SciELO e LILACS. Os descritores utilizados para essa busca foram: Desmame precoce. Amamentação Exclusiva. Atuação da Enfermagem.

Foram incluídos ao trabalho artigos publicados em revistas de enfermagem, que apresentaram pelo menos um enfermeiro como autor, que corresponderam a temática sobre a amamentação até seis meses e

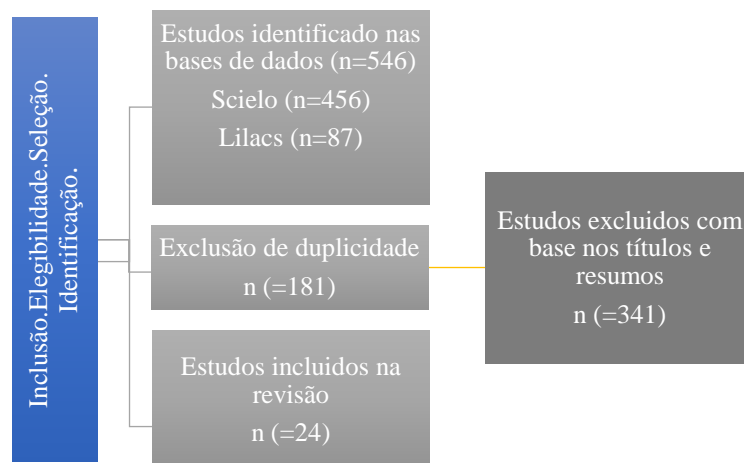
que mencionaram fatores que favorecem a amamentação. Além disso, foram selecionados os publicados nos últimos cinco anos, no período de 2014 à 2019 e que tinham a língua portuguesa como idioma predominante.

Em seguida foi realizada uma leitura exploratória a partir do título e do resumo. Após, foram selecionados artigos com aprofundamento do material que mostrava-se relevante para a construção do trabalho sendo extraídas informações específicas como: autores, ano de publicação, nomes das revistas, método de estudo, resultados e conclusões. Por fim, foi realizada uma leitura analítica com a intenção de classificar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitaram o alcance de respostas a problemática da pesquisa.

O estudo manteve o compromisso de mencionar todos os autores citados na pesquisa, indo de acordo com as normas brasileiras de regulamentação da Associação Brasileira de Normas Técnicas 6023 (ABNT, 2002), que dispõe sobre os elementos de inclusão e orientação na produção de referências.

O processo de seleção dos artigos, pode ser observado na Figura 1, onde encontram-se em destaque quantos artigos foram encontrados inicialmente nas duas bases de dados, quantos foram excluídos e quantos foram incluídos na revisão.

**Figura 1:** Processo de seleção e identificação dos artigos para análise final.



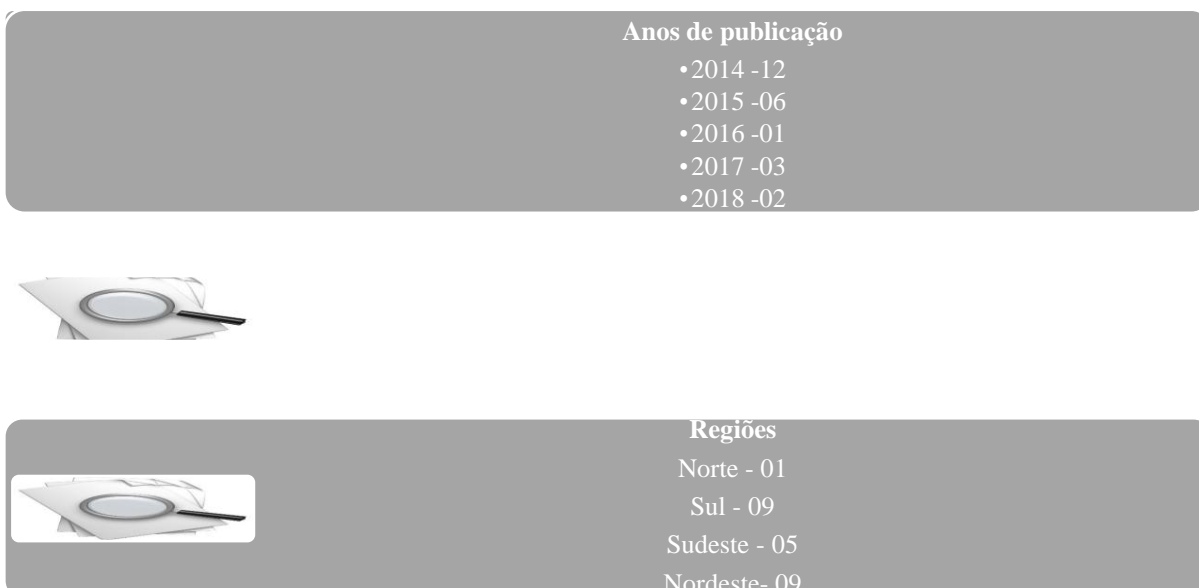
Fonte: Dados da pesquisa. 2019.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação aos fatores que influenciam na amamentação exclusiva, foi possível encontrar 546 artigos, que após serem analisados de acordo com os critérios da pesquisa, foram selecionados 24 artigos após refinamento final.

A distribuição dos estudos selecionados pode ser observada na figura 2, onde estão em destaque as bases de dados, quantos artigos foram selecionados em cada uma delas, os anos de publicação onde prevaleceu os anos de 2014 e 2015 (12 e 06 estudos respectivamente) e as regiões onde foram publicados, na qual a região Sul e Nordeste se destacaram, com 09 estudos cada uma.

**Figura 2:** Distribuição dos artigos quanto base de dados, anos de publicação e regiões.



Fonte: Dados da pesquisa. 2019.

Após a leitura minuciosa dos artigos foi elaborado o Quadro 1 onde está exposto o refinamento com os principais fatores que interferem na amamentação, de acordo com os autores estudados. Observa-se que o trabalho materno; as crenças e tabus; a influência da família; relação entre o profissional de saúde e a mãe e escolaridade da mãe foram os fatores mais mencionados nos artigos estudados sendo referidos em 10, 09, 09, 08 e 07 estudos, respectivamente, como apresentado no Quadro 1, a seguir. Estes fatores serão discutidos, na apresentação das categorias temáticas, logo mais adiante.

**Quadro 1:** Quantitativo de artigos com a apresentação de fatores que interferem na amamentação.

Fatores mencionados e autores	Quantitativo de artigos	Fatores mencionados	Quantitativo de artigos
<b>1. Trabalho materno</b> (OLIVEIRA et al., 2015; ROCCI; FERNANDES, 2014; BARBOSA et al., 2018; MARGOTTI, 2017; CAMPOS, 2015; MORENO; SCHMIDT, 2014; SALDAN et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017; SOUZA et al., 2015; MACHADO, 2014).	10	<b>12. Objetos para acalantar (chupetas, mamadeiras, dentre outros)</b> (ROCCI; FERNANDES, 2014; MORAES et al., 2016; PERS; PEGORARO, 2014; MORENO; SCHMIDT, 2014; SOUZA et al., 2015).	05



<b>2. Crenças e tabus</b> (OLIVEIRA et al., 2015; ROCCI; FERNANDES, 2014; MORAIS et al., 2016; AMARAL et al., 2015; FERREIRA et al., 2018; CAMPOS et al., 2015; LIMA et al., 2014; SALDAN et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017).	09	<b>13. Despreparo dos profissionais ou serviços</b> (AMARAL et al., 2015; PERS; PEGORARO, 2014; OLIVEIRA et al., 2017).	03
<b>3. Influência da família</b> (OLIVEIRA et al., 2015; ROCCI; FERNANDES, 2014; MARGOTTI 2017; FERREIRA et al., 2018. ; PERS; PEGORARO, 2014; GUSMÃO; CARVALHO, 2014; CAMPOS et al., 2015; SOUZA et al., 2015; MACHADO et al., 2014).	09	<b>14. Morbidade do RN</b> BELO et al., 2014; AMARAI et al., 2015; SASSÁ et al., 2014).	03
<b>4. Relação entre o profissional de saúde e a mãe</b> (OLIVEIRA et al., 2015; SILVA et al., 2014; AMARAL et al., 2015; FERREIRA et al., 2018; GUSMÃO; CARVALHO, 2014; MORENO; SCHMIDT, 2014; GUIMARÃES et al., 2017; SOUZA et al., 2015).	08	<b>15. Oferta de fórmulas</b> OLIVEIRA et al., 2015; MORAES et al., 2016).	02
<b>5. Escolaridade da mãe</b> ROCCI; FERNANDES, 2014; BARBOSA et al., 2018; MARGOTTI; 2017; PERS; PEGORARO, 2014; WENZEL; SOUZA, 2014; GUIMARÃES et al., 2017; BASTOS et al., 2014).	07	<b>16. Renda familiar</b> BARBOSA et al., 2018; BENEDETT et al., 2014).	02
<b>6. Idade materna</b> CONDE et al., 2017; ROCCI; FERNANDES, 2014; MARGOTTI; 2017; WENZEL; SOUZA, 2014; SASSÁ et al., 2014; MACHADO et al., 2014).	06	<b>17. Idade do RN</b> BARBOSA et al., 2018; BASTOS et al., 2014).	02
<b>7. Amamentação na 1ª hora de vida</b> BELO et al., 2014; GUSMÃO; CARVALHO 2014; MORENO; SCHMIDT, 2014; SALDAN et al., 2015; SASSÁ et al., 2014).	05	<b>18. Morbidade materna</b> (BELO et al., 2014)	01
<b>8. Falta de conhecimento sobre amamentação</b> OLIVEIRA et al., 2015; ROCCI; FERNANDES, 2014; BARBOSA et al., 2018; AMARAL et al., 2015; CAMPOS et al., 2015).	05	<b>19. Via de parto</b> (BELO et al., 2014)	01
<b>9. Alteração física da mama</b> OLIVEIRA et al. 2015. SILVA et al 2014. BARBOSA et al 2018. MORENO, SCHMIDT 2014. SOUZA et al 2015.	05	<b>20. Cor da pele</b> MORAES et al 2016.	01
<b>10. Autoeficácia/experiência</b> CONDE et al 2017.	05	<b>21. Uso de anticoncepcionais</b> CAMPOS et al 2015	01

ROCCI, FERNANDES 2014. AMARAL et al 2015. GUIMARÃES et al 2017. SILVA et al 2014			
<b>11.Técnica de amamentar</b>  ROCCI, FERNANDES 2014. BARBOSA et al 2018. GUSMÃO, CARVALHO 201. MORENO, SCHMIDT 2014 SILVA et al 2014.	05	22. Lazer  LIMA et La 2014.	01
<b>TOTAL DE ARTIGOS ANALISADOS</b>		<b>24</b>	

Fonte: Dados da pesquisa. 2019.

Após a identificação dos fatores que interferem na amamentação, estes foram compilados em grupos, na elaboração de quatro (04) categorias temáticas de análise, como apresentados no Quadro 2:

**Quadro 2:** Compilação, em categorias temáticas, dos fatores que interferem na amamentação.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FATORES QUE INTERFEREM NA AMAMENTAÇÃO
<b>Fatores culturais</b>	Crenças e tabus; Oferta de fórmulas; Objetos para acalantar (chupetas, mamadeiras, dentre outros); Uso de anticoncepcionais; Auto eficácia/experiência.
<b>Fatores sociais</b>	Idade materna; Escolaridade da mãe; Cor da pele; Renda familiar; Trabalho materno; Lazer; Influência da família.
<b>Fatores fisiológicos</b>	Morbidade materna; Morbidade do RN; Idade do RN; Alteração física da mama; Via de parto; Amamentação na 1ª hora de vida.
<b>Fatores de vínculo com profissionais de saúde</b>	Falta de conhecimento sobre amamentação; Técnica de amamentar; Relação entre o profissional de saúde e a mãe; Despreparo dos profissionais ou serviços.

Fonte: Dados da pesquisa. 2019.

### Fatores culturais

Na análise dos artigos selecionados verificou-se que os principais fatores culturais que influenciam na continuidade da amamentação foram as crenças e os tabus, a oferta de fórmulas, o uso de objetos para acalantar os bebês como mamadeiras e chupetas, o uso de anticoncepcionais e a experiência/autoeficácia das mães, que são discutidos a seguir.

Apesar das comprovações a respeito dos benefícios que o leite materno oferece e que a mulher é capaz de produzir a quantidade necessária para suprir a necessidade do RN, muitas lactantes deixam-se ser influenciadas por fatores culturais (OLIVEIRA et al., 2015). Os relatos feitos pelas lactentes que leite é fraco ou insuficiente para nutrir seu filho contribui para que a mãe ofereça águas e chás no intuito de acalantar ou matar a sede do RN (CAMPOS et al., 2015; MORAES et al., 2016).

Essas alegações são vistas como fatores significativos para que ocorra o desmame precoce, onde o mingau é um alimento considerado pela família como algo seguro e eficiente para saciar o bebê, contribuindo para a recusa do leite ao seio. Fica explícito que a mãe, muitas vezes, não está segura para que a amamentação aconteça, o que pode ser prejudicado por costumes culturais relacionados a mitos e tabus de que o aleitamento materno não seja capaz de nutrir a criança satisfatoriamente, principalmente quando este chora quando colocado ao seio, motivando a introdução precoce de diferentes alimentos, além da oferta de chupetas e mamadeiras (AMARAL et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017; MORAES et al., 2016).

A despeito das incertezas a respeito da quantidade de leite verificou-se que as nutrizes não buscam ajuda profissional para esclarecer suas dúvidas. É perceptível que os fatores da interrupção estão vinculados a falta de conhecimento às questões fisiológicas da gestação. As alegações feitas indicam o despreparo na busca de soluções para os problemas encontrados no ato de amamentar. Oliveira et al., (2017) verificaram que, muitas vezes, a oferta de alimentos se dá no primeiro mês de vida das crianças aumentando gradativamente, já que os mitos e crenças estão muito presentes no cotidiano das famílias acarretando um grande desafio a ser enfrentado pelos profissionais (OLIVEIRA et al., 2017).

Moraes et. al., (2016) mostra que a introdução de leites lácteos ainda no âmbito hospitalar favorece ao término da amamentação. O fato justificado pelas genitoras é que o lactente não obtinha uma boa sucção do seio materno, desde a internação pós parto, vinculando essas falhas ao uso de chupetas, posição incorreta na amamentação e alterações físicas do mamilo, dentre outros fatores. Assim as mães visam nas fórmulas um meio mais rápido e acessível e que satisfaz a vontade da mesma em alimentar seu filho. Estas são ainda mais fortalecidas quando a introdução é realizada por profissionais de saúde, em âmbito hospitalar por razões múltiplas (MORAES et al., 2016).

Outro fator relevante é a falta de conhecimento a respeito do uso de chupetas danificando a continuação do aleitamento exclusivo, uma vez que há agregação estatística relevante entre uso de chupetas favorecendo para o desmame precoce. A introdução desses determinantes pode ser explicada pelos costumes culturais e tabus que intervêm na amamentação. A oferta de bico/chupeta e mamadeira também está relacionada a necessidade de algo para acalantar o bebê uma vez que o leite materno é fraco, que é produzido em pouca quantidade ou que o lactente não quis pegar o peito, comprovando a dúvida da mãe diante do processo de amamentação (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Outro fator mencionado que pode prejudicar a amamentação é a utilização de anticoncepcional injetável feito mensalmente. NARDI et al. 2014) relata que o uso deste é inapropriado e arriscado quando as gestantes desejam amamentar, já que a utilização eleva o índice do fracasso em amamentar, contribuindo para a oferta de fórmulas. A associação se faz quando mães relatam que o uso do anticoncepcional reduz a produção de leite favorecendo a interrupção da amamentação antes do terceiro mês

Os estudos de Conde et al. (2017) e Moraes et al. (2016) mostram o alto índice de eficácia onde mães mais jovens amamentaram de forma exclusiva seu filhos no período gestacional e no puerpério. Essa pesquisa esta relacionada as variações recorrentes nas complicações durante a gravidez, ou até mesmo no momento do parto onde a habilidade da gestante em amamentar está ligada as condições emotivas e físicas de vida, todavia as vivências como sofrimento exaustão, depressão, inquietação diminui a segurança dessa parturiente.

Múltiplas mencionaram que as vivências passadas ajudam na escolha de amamentar novamente. Esse conhecimento está associado a gestação anterior e convívio familiar, assim como o apoio oferecido pelos profissionais de saúde na gestação e no puerpério, favorecendo a eficácia dessas mães em amamentar (AMARAL et al., 2015; SILVA et al., 2014). Percebe-se assim que quando há uma cultura estabelecida de amamentação de geração a geração, esta é facilitada e promovida de forma mais eficiente e tranquila.

### **Fatores sociais**

Na análise dos artigos selecionados averiguou-se que os principais fatores sociais que interferem na amamentação foram: idade materna; escolaridade da mãe; cor da pele; renda familiar; trabalho materno; lazer; influência da família.

Rocci e Fernandes (2014); Margotti (2017); Wenzel e Souza (2014) compararam a autoeficácia de amamentação entre mães adolescentes e adultas e observou que a idade materna é fator significativo para o desmame precoce. Os dados encontrado revelou que as adolescentes estão mais propensa a interromper a amamentação por se sentirem menos segura para realização desta prática. Já as adultas tendem a amamentar por mais tempo, por serem mais experientes e que possivelmente tiveram mais informações sobre amamentação (ROCCI; FERNANDES, 2014; MARGOTTI, 2017; WENZEL; SOUZA, 2014).

Quanto a escolaridade, observa-se que a interferência na amamentação está associada ao nível escolar. Mulheres com baixo nível de estudo interrompem a amamentação mais cedo, recorrente da falta de informação sobre os benefícios que o leite materno traz para seu filho (GUIMARÃES et al., 2017). Já as que têm maior grau de escolaridade buscam sempre aprimorar o conhecimento sobre a prática de amamentar, por vários meios de estudo, tirando suas dúvidas e aperfeiçoando seu conhecimento. Através disso elas se sentem mais seguras e confiantes, mantendo a amamentação por mais tempo ( BASTOS et al., 2014).

Moraes et al., (2016) mencionam que a cor da pele materna tem influência na manutenção da amamentação exclusiva, no qual, em seu estudo, as mães declaradas de pele escura foram mais propensas a suspender a AME quando comparadas às mães brancas onde foi observado a permanência do AME até o sexto mês de vida do lactente (MORAES et al., 2016).

Outro fator de risco apresentado que favorece o desmame precoce foi a renda familiar. Esse ato é justificado pelo fato de mães com alto poder aquisitivo introduzir formulas lácteas na alimentação de seu filho, devido as condições favoráveis de ter gasto financeiro com a nutrição de seu filho (BARBOSA et al., 2018; SILVA et al., 2014).

Já no estudo de Benedett et al., (2014) as mães de baixa renda familiar tendem a amamentar seus filhos por mais tempo, pois a oferta do seu leite materno não contem gastos, diferente das fórmulas que além de não serem o alimento ideal para o lactente são de alto custo no mercado. Por outro lado, a falta de recursos financeiros podem fazer com que essa mãe tenha que trabalhar sendo este fator contribuinte para o desmame, uma vez que essa mulher, muitas vezes, não saiba como conciliar a amamentação e o trabalho.

De acordo com os estudos de Oliveira et al., (2015) e Rocci et al. (2014) observam-se que o trabalho materno fora do lar é identificado como um fator negativo e positivo para a amamentação. As justificativas encontradas como fator negativo se dá em relação ao fato da lactente ter que retornar ao trabalho ficando mais tempo longe do RN, e positivo quando as mulheres que trabalham fora do lar ficam mais abertas a informações, nas quais inclui a ordenha feita pela parturiente, vista como uma opção recomendado, que garante a prática de amamentar mesmo a mãe estando fora de casa, apesar de ser uma prática pouco utilizada (MARGOTTI et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2015; ROCCI et al., 2014; MORENO; SCHMIDT, 2014).

Mesmo as empresas garantindo o direito de tempo reduzido de trabalho para que as mães possam amamentar seus filhos, algumas nutrizes ainda optam por oferta de fórmulas lácteas na alimentação dos mesmos. Quando a mãe tem disponibilidade de ficar mais tempo em casa, a amamentação torna-se mais prolongada, assim como também o risco de oferta de mamadeiras e chupetas, protegendo contra a introdução de outros alimentos e objetos (LIMA et al., 2014; CAMPOS et al., 2015).

No entanto, verifica-se que a permanência da mulher em casa pode ser o oposto, contribuindo para a oferta de outros alimentos antes dos seis meses de vida por estas estarem vulneráveis às influências na oferta de outros alimentos atribuindo para o desmame precoce (MACHADO et al., 2014; LIMA, et al., 2014).

Os estudos de Margotti et al. (2017); Ferreira et al. (2018) e Campos et al. (2015) mencionam ainda que o suporte oferecido pelo esposo tem referência positiva para a sustentação e permanência do aleitamento materno sem o auxilio de águas, chás, ou complemento de formulas lácteas. Este estudo afirma que as parturientes precisam ser acolhidas desde a gestação ate o pós-parto tanto pela família, como pelo profissional de saúde, pois a desinformação apresenta-se como fator relevante para o desmame precoce. Além disso, as mães mais jovens e inexperientes estão mais vulneráveis às influências familiares na utilização de outros

alimentos prejudicando a prática da amamentação. Isso mostra que o apoio do companheiro e da família junta a equipe de saúde diminui os riscos do desmame precoce (MARGOTTI et al., 2017; CAMPOS et al., 2015; FERREIRA et al., 2018).

### **Fatores fisiológicos**

Quanto aos fatores fisiológicos que interferem na amamentação, os mencionados nos estudos analisados foram: morbidade materna; morbidade do RN; idade do RN; alteração física da mama; via de parto; amamentação na 1ª hora de vida.

De acordo com os estudos de Belo et al. (2014) pode-se observar que um dos fatores ligado a interrupção do aleitamento logo após o nascimento do bebê é o distúrbio hipertensivo durante a gestação, o que eleva as incidências de cuidados específicos ao RN, impossibilitando a amamentação ao seio. Dentre as alterações no pós-parto a pré-eclâmpsia grave é um dos motivos para a permanência hospitalar das nutrizes nas unidades obstétricas intensivas o que causa a interrupção do aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido (BELO et al., 2014).

As complicações na saúde dos RN influenciam negativamente na técnica do aleitamento materno. Essas alterações fazem com que o bebê fique isolado da mãe contribuindo para o término precoce da amamentação no primeiro momento de vida, uma vez que o aleitamento na primeira hora de vida do RN é visto como um fator que contribui significativamente para a amamentação exclusiva (AMARAL et al., 2015).

Outro fator fisiológico que interfere na amamentação é o peso da criança ao nascer. No estudo de Sassá et al. (2014) observou-se uma diminuição da amamentação nos bebês de baixo peso quando comparado aos que nasceram com peso adequado. Esses achados mostram que essa situação requer maior atenção da equipe de saúde para identificar as dificuldades e dúvidas das mães de bebê de baixo peso, não só no período de permanência hospitalar, como também após a alta hospitalar. Esse apoio deve ser voltado para diminuir os riscos do desmame precoce seguido de orientações e incentivo para a prática de amamentar, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento da criança (SASSÁ et al., 2014).

A idade do RN também apresenta uma ligação estatística significativa relacionado ao desmame precoce. A pesquisa de Bastos et al. (2014) mostra que bebês de 21 dias ou mais de vida, tiveram grande interrupção do AME, sendo esses quatro vezes mais disposto a suspender o aleitamento materno exclusivo ainda no primeiro mês de vida comparado aos que tinham de 10 a 20 dias de vida.

Nos estudos de Moraes et al. (2016) verificaram-se que é comum que a partir dos três meses de vida as mães já introduzam na nutrição dos bebês sucos, chás e legumes, o que vai aumentando linearmente com a idade, com redução gradativa da amamentação.



Oliveira et al., (2015) mencionam que as disfunções mamárias estão entre os principais fatores que atuam na interrupção do desmame, como por exemplo o tipo do mamilo que pode influenciar na técnica de amamentar, apesar de não a impedir. As nutrizes que sofrem com mastite lactacional, trauma mamilar, abscesso e fissura mamário, hipertermia, revelam sinais que dificultam a técnica de amamentar. Apesar de não serem bons sinais, quando diagnosticados e solucionados precocemente, associados com a técnica apropriada de amamentar, pode ocorrer diminuição dos agravos dos casos. Percebe-se assim que as puérperas necessitam de atenção especializada, orientações e estímulos para encoraja-las na permanência da amamentação (OLIVEIRA et al., 2015; SILVA et al., 2014; ROCCI et al., 2014).

Estudos realizados por Moreno e Schmidt et al. (2014) e Souza et al. (2015) evidenciam que a alteração mamária com eventual queixa no começo da amamentação é o desconforto mamilar ou dor, ocorridos no início da amamentação, podendo indicar obstáculos relacionados a pega e posicionamento inapropriado do RN. Além disso, foi evidenciado que problemas identificados no âmbito hospitalar como, bebê com pescoço torcido, queixo comprido, lábio inferior virado para dentro, dispuseram como variáveis relevantes com risco negativo sobre o AM (SOUZA et al., 2015; MORENO; SCHMIDT et al., 2014).

Outra questão significativa é a via de parto que pode ser vista como um fator que influencia para que o aleitamento não ocorra na primeira hora de vida, visto que em 40% dos partos cirúrgicos, evidenciados nos estudos de Belo et al. (2014) não houve amamentação logo após o nascimento do bebê, por conta das reações anestésicas que impediram o contato imediato entre mãe e filho. Já nos casos de parto vaginal as condições são mais favoráveis para que essas mulheres iniciem a amamentação na primeira hora de vida, com promoção de contato mãe e filho logo após o nascimento, facilitando a ocorrência da amamentação (BELO et al., 2014).

No estudo de Peres e Pegoraro (2014); Gusmão et al., (2014) e Sassá et al. (2014) as mães alegaram que viram seus filhos por volta de duas horas depois do nascimento, isso retratando a falta de contato pele a pele logo após o nascimento. Esse contato deve ser feito ainda na sala de parto, não somente por ser incentivo para que a amamentação ocorra de forma livre, mas também como sobrevivência neonatal constituindo o quarto passo da iniciativa do hospital amigo da criança. Assim sendo, é importante evitar separações desnecessárias o que pode prejudicar a prática da amamentação.

A separação mãe-bebê logo após o parto é tida como necessária em alguns casos, como em bebês prematuros ou que nasceram com alguma patologia que necessite de cuidados mais específicos e de suporte mais avançado como as UTIs (PERES; PEGORARO, 2014; GUSMÃO et al., 2014; SASSÁ et al., 2014).

### **Fatores de vínculo com profissionais de saúde**

Foram observados nas leituras realizadas que alguns fatores favoráveis ou desfavoráveis a amamentação também dizem respeito ao vínculo entre a mãe e os profissionais de saúde configurados em: falta de conhecimento sobre amamentação; técnica de amamentar; relação entre o profissional de saúde e a mãe; despreparo dos profissionais ou serviços.

Oliveira et. al. (2015) referem que a falta de experiência relacionado ao baixo conhecimento sobre aleitamento materno, podem estar associados de forma indireta ou direta na decisão materna em usar seu leite como alimento exclusivo para o seu filho, e até mesmo tentar achar recursos para essa alternativa, assegurando o seguimento dessa prática. Além disso, verifica-se que no tempo do puerpério as mães sofrem muitas influências das rotinas da família, assim como crenças, otimizadas pelo déficit de conhecimento oferecido pelos profissionais de saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Faz-se necessário implementar programas educativos de forma bem elaborada e dinâmica, que busque a participação das gestantes desde o pré-natal até o puerpério, disposto a habilitar e assegurar a essas mulheres as informações cruciais para manter a alimentação do seu filho. Pesquisa feita por Conde et.al. (2017), realizada no Nordeste com 172 mães jovens, revela o domínio da autaeeficácia básica para aleitar em 84% das participantes, apesar disso exibiram falta de conhecimento a respeito dos benefícios da amamentação para a saúde da mãe e do bebê, além de pouco conhecimento para o complemento alimentar, usando fórmula de leite para o RN de forma insegura, como também na prática de amamentar em ambientes públicos (CONDE et al., 2017; BELO et al., 2014).

Silva et al. (2014) mostra que quando há incompreensão e pouco tempo oferecido pelos profissionais de saúde nas orientações sobre a prática do aleitamento materno, pode favorecer o complemento de outros alimentos durante a amamentação e até mesmo a interrupção da amamentação. Assim sendo há necessidade de implantar campanhas de acompanhamento e orientação no puerpério, como também nos primeiros três meses de vida, buscando conhecer os problemas e efetuar as intervenções básicas (SILVA et al., 2014).

O objetivo dessa assistência é enriquecer a confiança da parturiente e dos familiares na promoção da amamentação materna exclusiva e segura, uma vez que algumas mães tendem a desmamar seus filhos após a alta hospitalar. Percebe-se que os fatores associados ao desmame precoce está também relacionado a falta de conhecimento dos aspectos fisiológico da gestação, no qual as mães relatam crer que não produzem leite suficiente ou que o leite é fraco, contribuindo para a oferta precoce de água e chás (AMARAL et al., 2015; CAMPOS et al., 2015).

É importante que o profissional de saúde esteja habilitado para proporcionar suporte teórico e prático as puérperas na primeira mamada e nas próximas assegurando uma boa sucção do RN, já que alguma

mulheres tem dificuldades de posicionar o bebê logo no primeiro contato, gerando momentos de desconforto para as mães (PERES; PEGORARO, 2014; GUSMÃO et al., 2014).

Oliveira et. al. (2015) em seu estudo sobre a relação de suporte oferecido pelos profissionais de saúde a respeito do AM, reconheceram que as parturientes procuram os profissionais para resolver suas dificuldades a respeito do aleitamento, no entanto os regulamentos e as normas propostas pelo profissionais são contrárias a realidade, e isso termina acarretando dúvidas e temor nas mães. Relatam que nem sempre o acolhimento prestado pelos profissionais é uma ocasião prazerosa e confiável. As mães do estudo relataram que o diálogo com esses profissionais vem associado de medo, aflição, tristeza e dúvidas. Um achado negativo para o conhecimento e segurança da parturiente (OLIVEIRA et al., 2015; SILVA et al., 2015).

Identifica-se que, algumas vezes ocorre déficit de informação relacionado à amamentação, supondo que as mães não tiveram as devidas orientações sobre o AM durante o pré-natal, ou que estas foram inadequadas. Esses argumentos revelam que a comunicação pode ser um bloqueio entre clientes, familiares e os profissionais de saúde induzindo as gestantes e os familiares a compreenderem o AME de forma inadequada. Além disso, verifica-se que não é satisfatório obter essas instruções apenas no puerpério (AMARAL et al., 2015; OLIVEIRA, et al., 2017).

Sendo assim conclui-se que as nutrízes necessitam de apoio tanto profissional como familiar no pré-natal, no puerpério e nos primeiros meses de vida, diante aos problemas encontrados na amamentação. Também fica evidente que os profissionais devem estar preparados e habilitados para acolher essas mulheres e garantir a prática do AME de forma humanizada e singular. Essa é uma medida viável e eficaz que busca diminuir os riscos de desmame precoce oferecendo maior suporte as mães que estão vulneráveis a interromper o AM nas primeiras 72h após o parto, ou um pouco mais adiante (GUIMARÃES et al., 2017; SOUZA et al., 2015; MORENO; SCHMIDT, 2014).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos resultados desse estudo, foi possível identificar que os principais fatores que influenciam na manutenção da alimentação exclusiva são de ordem cultural, social, fisiológica e de vínculo com profissionais de saúde.

O aleitamento materno apresenta-se intimamente ligado ao contexto sociocultural da lactente e à sua rede social; em que os dois servem de apoio ou causadores de conflitos, influenciando nas atitudes das mães frente à amamentação. A amamentação é uma prática ensinada, transmitida de geração à geração e influenciada por fatores culturais, no qual estas experiências são resultantes do conhecimento adquirido ao longo da vida e geralmente repassadas no período do puerpério.

Verificou-se que os principais aspectos culturais estão voltados para a necessidade de introduzir outros alimentos precocemente na dieta do bebê devido ao entendimento de que o leite materno não é capaz de suprir as necessidades da criança, uma vez que muitos choram sendo alimentados ao seio, ou mesmo apresentam grande dificuldade na pega, fazendo a mãe e a família recorrerem a objetos que auxiliem no acalanto dos bebês, como chupetas e mamadeiras, que também prejudicam a amamentação.

Quanto aos aspectos sociais verificou-se que a idade materna, a escolaridade, a renda, o apoio familiar tanto podem influenciar positivamente como negativamente, dependendo do contexto que a mesma se encontre. Percebeu-se que a autoeficácia adquirida com a experiência da mãe ou de outras mulheres da família auxiliam significativamente na permanência do AME.

Os fatores fisiológicos que mais influenciam na permanência da amamentação, de acordo com a leitura dos artigos foram: morbidade materna como DHEG, morbidade do RN associada ou não a prematuridade, dor mamária, fissuras, ingurgitamento. Percebeu-se a importância da mãe estar ciente dos possíveis problemas relacionados a amamentação, ainda no pré-natal, para que a mesma esteja mais segura e capaz de superar as dificuldades que possam advir no pós parto.

Constatou-se que o empenho dos profissionais de saúde, apoiando e acompanhando as mães é indispensável na prática do estímulo ao aleitamento materno. Mesmo que este não seja exclusivamente o fator determinante, a ausência ou ineficiência da assistência do profissional no manejo das dificuldades relacionada ao aleitamento materno pode contribuir para o comprometimento dessa prática.

Diante disso é notório que o acompanhamento feito por um profissional qualificado possibilita identificar os fatores de risco frente ao desmame precoce e manejo dos problemas relacionados a manutenção do AM. Para tanto, o profissional deve ter habilidade, conhecimento técnico e afinidade, para que possa transmitir segurança gerando apoio aos sentimentos da puérpera, valorizando o contexto sociocultural e familiar. Além disso, notou-se que a deficiência de conhecimento e de informação a respeito da amamentação, contribui para que ocorra o desmame precoce, sendo o profissional de saúde, elemento fundamental no repasse de conhecimentos seguros.

Percebeu-se que as mães necessitam de profissionais de saúde empáticos, capazes de desenvolver escuta ativa e comunicação eficaz que as auxiliem em suas dificuldades. Verificou-se que a burocracia, o tecnicismo e a falta de humanização de alguns profissionais foram fatores favoráveis a falta de vínculo e consequente desmame precoce.

A implementação de programas educativos e humanizados em saúde podem minimizar os riscos do desmame precoce e consequentemente promover mais saúde às mães e aos bebês. É importante fortalecer estratégias já existentes na Política Nacional de Humanização, Rede Cegonha, Hospital Amigo da Criança, projeto canguru, visitas das equipes de saúde da família, acompanhamento constante dos agentes comunitários de saúde, dentre outros.

A relevância desse estudo para a enfermagem diz respeito a melhor compreender os fatores que envolvem a manutenção do AME para fins de reflexão e mudança de atitude em alguns casos. Esclarece sobre a importância da educação em saúde acrescida de ações de acolhimento, atendimento singular, escuta ativa, vínculo e corresponsabilidade, além de respeito e valorização da família e seus costumes.

Dessa maneira, nota-se que é necessário novos estudos sobre o período gestacional e puerperal que favoreçam a atuação da enfermagem compondo uma equipe multidisciplinar, que tornem mais eficazes a atuação para a manutenção do AME.

Reconhece-se a limitação deste estudo por haver sido realizado em apenas duas bases de dados eletrônicos tendo apenas a literatura brasileira como fonte de pesquisa, ressaltando-se a necessidade de estudos mais ampliados quanto a questão estudada.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Luna Jamile Xavier ;SALES, Sandra dos Santos ;CARVALHO, Diana Paula de Souza Rego Pinto, et al . Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 36, n. 7, p. 210 – 215, dez. 2015. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500127](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500127)> .Acesso em: 29 Abril 2019.

ARAÚJO,Olívia Dias ; CUNHA,Adélia Leana ; LUSTOSA, Lidiana Rocha, et al.. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 61, n. 4, p. 488 – 492, ago. 2014.<Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400015)> . Acesso em: 24 nov. 2018.

BARBOSA,Gessandro Elpidio Fernandes;PEREIRA, Janeide M. Pereir; SOARES,Marianne S,et al.. Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e impacto na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. Recife, v.18, n.3, p. 527-528 537, set. 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292018000300517&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300517&lng=pt&tlng=pt)> . Acesso em: 29 Abril 2019.

BASTOS, Eneida Fardin Perim; SOUZA, Renilsa Silveira Amorim; PEREIRA, Taísa Sabrina Silva, et al.. Aleitamento materno e práticas alimentares em crianças menores de um ano em Vitória-ES. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde**, Vitória, v.16, n.2, p. 101-108, jun. 2014. disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=783345&indexSearch=ID>> . Acesso em: 12 março 2019.

BELOMércia Natália Macêdo;AZEVEDO,Pedro Tadeu Álvares Costa Caminha de ;BELO,Marcela Patricia Macêdo,et al.. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. Recife, v. 14, n.1, p. 65-72, mar. 2014. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292014000100065](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000100065)> . Acesso em: 05 Março 2109.

BENEDETT, Alcimara; SILVA, Isilia Aparecida; FERRAZ, Lucimare;. et al I. A DOR E DESCONFORTO NA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO. **Revista Cogitare Enfermagem**. São Paulo, v.19, n. 1, p. 136 – 140, mar. 2014. Disponível em:< <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-725218>> . Acesso em: 10 Maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : **Aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2015.<Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>>. Acesso em: 2 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: **Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília; 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-132>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

CAMPOS,Alessandra Marcuz de Souza ;CHAOUL,Camila de Oliveira ; CARMONA, Elenice Valentim ,et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Revista Latino-Am Enfermage**. Ribeirão Preto, v. 23, n.2, p. 102 – 108, abr. 2015. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000200014&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200014&lng=en&tlng=pt)> Acesso em: 15 maio 2019.

CONDE,Raquel Germano;GUIMARÃES, Carolina Maria de Sá;SPONHOLZET, Flávia Azevedo Gomes, et al. Autoeficácia na amamentação eduração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 208 – 212, ago. 2017. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0383.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0383.pdf) > . Acesso em: 10 Abril 2019.

FERREIRA Cristine Homsj Jorge Ferreira; NAKANO Ana Márcia Spanó. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. **Revista Latino Am-Enfermagem**. São Paulo, v. 9, n.3, p. 95 – 100, fev. 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000300015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abril 2019.

FERREIRA,Thelen Daiana Mendonça; POCCINI, Luciana Dantas;QUEIROZ , Patricia Helena Breno, .et al. Influência das avós no aleitamento materno exclusivo: estudo descritivo transversal. **Revista EINSTEIN**. São Paulo, v. 16, n. 4, p. 100 – 122, out. 2018. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n4/pt\\_1679-4508-eins-16-04-eAO4293.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v16n4/pt_1679-4508-eins-16-04-eAO4293.pdf)>. Acesso em: 05 Maio 2019.

GUIMARÃES, Carolina Maria de Sá; CONDE,Raquel Germano; BRITOBruna Cremasco de Brito, et al . Comparação da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de ribeirão preto, brasil. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v.26, n. 1, p. 120 – 131, mar. 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000100310&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100310&lng=pt&tlng=pt)> . Acesso em: 22 Abril 2019.

LIMA,Ana Paula Esmeraldo;JAVORSKI, Marly;AMORM, Rosemary de Jesus Machado, et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 67, n. 6, p. 210 – 216, dez. 2014. Disponível



em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000600965](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600965)> . Acesso em: 14 Maio 2019.

MACHADO, Adriana Kramer Fiala; ELERT ,Vanessa Winkel ; PRETTO ,Alessandra Doumid Borges et al. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 19, n. 7, p. 1983-1989, dez. 2014. <Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n7/1983-1989/>>. Acesso em: 30 agosto 2018.

Mendes, Karina Dal Sasso ; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira Silveira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto & Contexto - enfermagem**. Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dez. 2008 . Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 15 setembro 2018.

MARGOTTI, Edficher; MARGOTTI, Willian, et al. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. **REVISTA SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 860-871, set. 2017. Disponível em: [www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/860-871/pt](http://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n114/860-871/pt)> . Acesso em: 02 Maio 2019.

MORAIS, Bruna Alibio; GONÇALVES, Annelise de Carvalho ; STRADA, Juliana Karine Rodrigues Strada et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.37, n. 20, p. 230 – 239, jul. 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000500424](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500424)> . Acesso em: 15 Abril 2019.

MOREIRA, Aline Sobania Hiittener ; MURARA, Adriana Zadrozny. Aleitamento. Aleitamento materno, desmame precoce e hipogalactia: O papel do nutricionista. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica**. Paraná, v. 2, n. 2, p. 51-61, jun. 2014. <Disponível em: <http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/view/47>> . Acesso em: 14 set. 2018.

MORENO , Patrícia de Fátima Bucu Busto; SCHMIDT , Kayna Trombini. Aleitamento materno e fatores relacionados ao desmame precoce. **Revista Cogitare Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 531 – 537, set. 2014. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32366>

> . Acesso em: 24 set. 2018.

NARDI, Adriana Lüdke; GUSMÃO Renata Castro; CARVALHO, Nilson Maestri Carvalho<sup>3</sup>, et al. Estudos de caso sobre amamentação: da gestação aos seis meses de vida. **Revista Cogitare Enfermagem**. São Paulo, v.17, n. 4, p. 507 – 515, dez. 2014. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2091/845>>. Acesso em: 24 Março 2019.

NIÑO , Rosa NIÑO; SILVA , Gioconda; ATALAH , Eduardo. Fatores Associados a Maternidade Exclusiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 83, n. 2, p. 161 – 169, set. Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062012000200007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007)> . Acesso em: 21 agosto 2018.



OLIVEIRA, Carolina Sampaio de ;IOCCA,Fátima Aparecida ;CARRIJO,Mona Lisa Rezende Carrijo, et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.36, n. 6, p. 320 – 328, dez. 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500016)>. Acesso em: 10 Março 2019.

OLIVEIRA, Ailkyanne Karelly Pereira de; MELO, Rosana Alves de ; MACIELET, Luciana Pessoa, et al. Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 5, p. 200 – 210, dez. 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n3/0121-4500-aven-35-03-00303.pdf>> . Acesso em: 03 Abril 2019.

PERES Patricia Lima Pereira ; PEGORARO, Olinto Antônio. Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 278 – 285, abr. 2014. Disponível em:< <https://docplayer.com.br/17667131-Condicoes-desiguais-como-causas-para-a-interrupcao-do-aleitamento-materno.html>> . Acesso em: 10 Maio 2019.

ROCCI,Eliaana Rocci; FFERNANDES,Rosa Aurea Quintella . Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 67, n. 2, p. 14 – 19, jan. 2014. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100022)> . Acesso em: 20 Abril 2019.

SASSÁ, Anelize Helena; SCHMIDT ,Kayna Trombini SCHMIDT; RODRIGUES,Bruna Caroline, et al: aleitamento materno e evolucao ponderal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.47, n.4, p. 32 – 38, ago. 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000400594](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400594)> . Acesso em: 12 set. 2018.

SILVA, Nichelle Monique da; WATERKEMPER, Roberta; SILVA, Eveline Franco da, et al. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 67, n.2, p. 290-295, jan. 2014. Disponível em:< <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-710140> > . Acesso em: 05 Abril 2019.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; SODRE, Vitória Regina Domingues; FERREIRA DA SILVA, Fabíola Nogueira. Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que freqüentam uma creche comunitária. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 55-67, dez. 2015. Disponível em: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-95532015000100006&lng=e&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532015000100006&lng=e&nrm=iso)> . Acesso em: 03 Jun. 2019.

WENZEL,Daniela; SOUZA,Sonia Buongermino de. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. **REV. Bras. Saude Mater. Infant.** Vol.14 no.3 Recife July/Sept. 2014.Disponivelem:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292014000300241](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300241) > . Acesso em: 20 Maio 2019.

## Capítulo 4

**INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

Monalisa da Silva Oliveira<sup>1</sup>  
Amália Gonçalves Arruda<sup>2</sup>

**RESUMO**

Seguindo o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, tratando-a como um completo bem-estar físico, mental e social, aflora-se a necessidade de excitar os valores da espiritualidade inerentes aos seres humanos. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Centro de Apoio Psicossocial e hospital municipal de Beberibe/CE, com objetivo de refletir sobre a influência da espiritualidade no processo de trabalho do profissional de saúde. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados através da categorização temática de Minayo tendo como sujeitos cinco profissionais de saúde. Verificou-se que a espiritualidade é uma dimensão que faz parte do ser e confere sentido e completude. Torna-se possível conhecê-la através de um processo de descoberta pessoal, reconhecendo os próprios limites e potencialidades. Essa experiência leva ao contato com o que é transcendente, possibilitando enxergar o que está além das aparências. No âmbito profissional reconhece-se a importância da espiritualidade para o ser e a influência dela sobre o processo saúde e doença, porém a prática ainda é velada, realizada, em muitos casos, somente como forma do profissional trabalhar a própria espiritualidade para se proteger. Conclui-se que é necessário que se conheça a espiritualidade, que se saiba a função dela no processo vital, sem medos e preconceitos, estando abertas as inúmeras possibilidades que ela traz, por ela ser parte do que é essencial no homem, além de possibilitar essa discussão nos espaços acadêmicos de formação.

**Descritores:** Espiritualidade. Saúde. Doença. Prática profissional.

**1. INTRODUÇÃO**

Sabe-se que a espiritualidade faz parte do ser humano e exerce influência sobre a forma como ele vive, desde sua convivência familiar e entre amigos até seu ambiente de trabalho, dessa forma surgiu à questão que norteia o presente estudo: qual a influência da espiritualidade no processo de trabalho do profissional de saúde?

A priori faz-se necessário compreender a diferença conceitual entre espiritualidade e religião, onde a primeira refere-se à dimensão humana na qual o homem se expressa por meio de suas características, relaciona-se a vitalidade, ao processo existencial. Já a segunda retrata dogmas e crenças de uma religião, é uma das formas de expressão da espiritualidade (ARRIEIRA et al., 2017; ARAÚJO et al., 2015).

Borges, Ferreira e Diamante (2017) afirmam que a espiritualidade é uma característica inerente ao ser humano, ou seja, não se pode escolher ter ou não. O que está passivo de escolha é vivenciá-la ou não.

<sup>1</sup> Autora. Graduada em Enfermagem pela Faculdade do Vale do Jaguaribe – FVJ. Email: monalisasilvaoliveira@gmail.com.

<sup>2</sup> Orientadora. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE e docente no curso de Bacharelado em Enfermagem na Faculdade do Vale do Jaguaribe – FVJ. Email: amaliagoncalves@fvj.br

Seguindo o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), tratando-a como um completo bem-estar físico, mental e social, Arrieira (2017) aflora a necessidade de excitar os valores da espiritualidade inerentes aos seres humanos.

Antes da ascendência da ciência, a espiritualidade já era ferramenta terapêutica, de cura e promoção de saúde. Quando a ciência avançou muitos conhecimentos empíricos foram abandonados, tendo em vista que os mesmos não surtiem efeito na saúde. Porém, mesmo com todo crescimento científico, o homem nunca abandonou a espiritualidade (BORGES; FERREIRA; DIAMANTE, 2017).

Olson (2015) diz que a espiritualidade, expressa por qualquer meio, é um fator relevante na qualidade de vida e contribui nas decisões acerca da saúde e que o sofrimento espiritual pode se agregar a ânsia pré-existente caso não seja ofertado o apoio necessário. Deve-se refletir que um número considerável de pacientes possuem uma crença religiosa e necessidades espirituais, por tanto é de suma importância abordar a espiritualidade. Pode-se acrescentar que a espiritualidade influencia no enfrentamento de doenças e que ela permite a atribuição de sentido ao sofrimento e a(s) possibilidade(s) de atenuá-lo (ARRIEIRA et al., 2017; SILVA et al., 2016).

A dimensão espiritual leva a busca do sentido da vida, possibilita captar o que está além das aparências. Quando se trabalha essa dimensão o paciente sente-se encorajado e disposto a seguir com os tratamentos e enfrentar as enfermidades. Ao dar sentido à doença, ela não se torna apenas suportável, mas faz aparecer potencialidades humanas que antes não se imaginava ter (BORGES; FERREIRA; DIAMANTE, 2017; VILELA, 2017; LIMA et al., 2015 ).

Ao se tratar do cuidar, compreende-se que a dimensão espiritual possibilita a ampliação da concepção do cuidado e que utilizando o cuidado espiritual possibilita-se a diminuição do sofrimento, o enfrentamento das dificuldades, ajuda o paciente a reaver um novo sentido a vida. Desse modo, mesmo quando os avanços tecnológicos e conhecimento científico mostram-se ineficazes é possível cuidar do paciente (ARAÚJO et al., 2015).

Na enfermagem, Florence Nightingale iniciou os discursos sobre espiritualidade ao explorar a transcendência e a transitoriedade humana em seus manuscritos. Desde 1980 a Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA) considera a espiritualidade como padrão de resposta humana, e grandes nomes da pesquisa em enfermagem como, Wanda Horta, Martha Rogers, Margareth Newman, Rosemary Rizzo Parse e Jean Watson, versaram a espiritualidade como dimensão do cuidado de enfermagem (SILVA; AQUINO; SILVA, 2016).

Na antropologia se discorre que a doença é um processo que envolve fatores biológicos, culturais, sociais, psicológicos e ambientais. Pontuam-se, também, as limitações da biomedicina sobre a saúde e doença percebidas dessa forma (TADVALD; MACEDO; SCALCO, 2015).

Muitos profissionais de saúde sentem dificuldade em praticar a espiritualidade no processo de cuidar, fazendo-se necessária a busca por conhecimentos específicos sobre essa dimensão. Essa falta de preparo acarreta a carência na assistência às necessidades espirituais.

Vale ressaltar que durante o processo de formação os profissionais de saúde, pelo paradigma científico, separam o corpo e mente, o ser humano e a natureza. Em consequência disso perdeu-se a visão holística acerca do ser humano, e não se vê o adoecimento como uma ruptura dessa integralidade e a cura como recuperação da mesma. As exigências técnicas influenciam na dificuldade dos profissionais na sua formação humanística, salientando que até mesmo a formação em saúde não valoriza o relacionamento terapêutico (ARRIEIRA, 2017; VILELA, 2017; ARAÚJO et al., 2015; LIMA et al., 2015).

Silva et al. (2016) diz que o incentivo ao estudo e treinamentos para abordagem da dimensão espiritual, considerando os aspectos espirituais do paciente e do profissional, é uma das estratégias de promoção do cuidado integral.

Nesse cenário, através da Portaria 971 de 03 de maio de 2006, levando em consideração a integralidade como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), disposto na constituição federal, pautando o que diz no art. 3º da Lei 8.080/90 sobre a garantia, pessoal e coletiva, de bem-estar físico, mental e social, aprova-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no âmbito do SUS.

Ao considerar o indivíduo ser holístico no que se refere aos processos de saúde e doença, a PNPIC reforça a integralidade na Atenção Primária em Saúde (APS). Essa abordagem favorece a coparticipação dos indivíduos na saúde (BRASIL, 2015; BRASIL, 2006).

Ante exposto, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre a influência da espiritualidade no processo de trabalho do profissional de saúde.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2009) na pesquisa de natureza exploratória as características principais são: sondagem de relações, fatos e processos, onde o pesquisador propõe uma nova interpretação para problemáticas que não possuem teorias específicas. A pesquisa descritiva busca informar as opiniões da maneira mais fidedigna possível, onde os dados falam por si próprios. E a abordagem qualitativa permeia o que é subjetivo, ou seja, os significados, as motivações, as crenças, os valores e atitudes (MINAYO, 2009).

A pesquisa foi realizada em duas instituições ligadas a Secretaria Municipal de Saúde de Beberibe/CE: Hospital Municipal e Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS I). Além destes serviços o SILOS (Sistema Local de Saúde) de Beberibe é composto por 16 equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF), 01 Centro de Saúde, 02 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A população foi composta por 05 profissionais de saúde vinculados a Secretaria Municipal de Saúde. Para estabelecer a amostra foi realizada uma visita a esta secretaria solicitando a secretária, ou outro informante-chave indicado por ela, à indicação de profissionais que correspondessem aos seguintes critérios de inclusão: que demonstrassem a utilização da espiritualidade no processo de cuidar; com atuação na assistência com tempo superior a 1 ano. Vale salientar que os profissionais inicialmente indicados puderam indicar outros sujeitos para pesquisa.

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada. A entrevista pode ser considerada uma conversa e se caracteriza por sua organização, sendo semiestruturada possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender ao que já está formulado (MINAYO, 2009). As entrevistas foram realizadas em local e horário disponibilizados pelos sujeitos da pesquisa e foram gravadas e transcritas na íntegra. Ressalta-se que todos os participantes, antes de responderem a entrevista, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para resguardar a imagem dos sujeitos da pesquisa foram atribuídos pseudônimos baseados em chakras com seus nomes em sânscrito. A escolha se deu após uma análise do significado dos chakras, sendo eles atribuídos a centros de captação energética e responsáveis pelo equilíbrio entre corpo, mente, espírito e universo, o que pareceu conveniente ao conteúdo dos discursos apresentados.

Os dados foram analisados através da análise de conteúdo de Minayo (2009), onde se pode ir além do que está manifesto nos conteúdos e transcender o que está sendo comunicado. Seguindo as seguintes etapas de análise: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Seguindo a trajetória dividida em duas etapas, onde na primeira foi realizada uma leitura profunda do material; e na segunda foi realizada uma exploração do material, a análise propriamente dita (MINAYO, 2009).

Os aspectos éticos respeitaram o que diz a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe de pesquisas realizadas com seres humanos.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada na assistência a saúde de Beberibe-Ce com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e Hospital Municipal Monsenhor Dourado – HMMD, sendo três profissionais do CAPS e dois do hospital, perfazendo um total de cinco entrevistados. De acordo com os dados coletados e visando o estabelecimento da análise dos dados e diálogo com autores foram estabelecidas as seguintes categorias de análise: *Espiritualidade e seus aspectos conceituais*; *Espiritualidade e suas manifestações no processo de trabalho de profissionais de saúde*; *Espiritualidade no processo de cuidar: reflexos nos pacientes*; e *Desafios da vivência da espiritualidade na prática profissional*.

A princípio foi realizada uma breve caracterização dos profissionais entrevistados, descritas no Quadro 1 a seguir:

**Quadro 1** – Caracterização dos entrevistados quanto à idade, sexo, profissão, tempo de exercício profissional e religião que professa. Beberibe – CE, 2018.

Pseudônimo	Idade em anos	Sexo	Escolaridade	Profissão	Religião que professa
<i>Sahasrara</i>	45	Feminino	Pós - graduação	Enfermeira	Católica
<i>Visuddha</i>	48	Feminino	Pós - graduação	Enfermeira	Católica
<i>Ajña</i>	43	Masculino	Superior completo	Médico	Budista
<i>Anahata</i>	52	Feminino	Pós - graduação	Enfermeira	Cristã
<i>Manipura</i>	25	Feminino	Superior completo	Enfermeira	Católica

Fonte: Dados da pesquisa. Beberibe, Ceará, 2018.

Percebe-se que a maioria dos profissionais envolvidos possui ensino superior completo com pós-graduação. Quanto às profissões, a enfermagem mostra-se como maioria, sendo quatro enfermeiras e um médico. O sexo feminino aparece como maioria, com apenas um profissional do sexo masculino. Os participantes possuem entre 25 e 52 anos de idade. Ao se tratar da religião que professam, três se dizem católicos, um se apresenta como cristão e um budista.

Em uma pesquisa realizada em 2014 por Bublitz et. al. sobre o perfil sociodemográfico de acadêmicos de enfermagem, constatou-se que 84,5% dos estudantes são do sexo feminino enquanto apenas 15,5% são do sexo masculino. Esse percentual pode estar relacionado ao cuidado que é objeto de trabalho da enfermagem e, por uma questão histórica e social, está diretamente ligada ao sexo feminino, além de trazer em questão e como ponto de reflexão o contexto histórico da enfermagem.

De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), cerca de 123.280.172 mi da população brasileira se denomina católica, o budismo conta com 243.966 mi de adeptos. Mesmo com uma queda no número de seguidores o catolicismo conta com o maior número de adeptos no Brasil. Esse fato se mostra ao perceber que três dos cinco entrevistados se denominam católicos e apenas um budista. Nota-se que um participante se apresenta como cristão, sem assumir nenhum título de igreja, fato este que pode ocorrer por não querer vivenciar as doutrinas e dogmas de alguma instituição religiosa.

### 3.1 Espiritualidade e seus aspectos conceituais

A espiritualidade é autônoma e de extrema importância, é a dimensão humana que confere sentido a vida favorecendo a busca pelo que é transcendente e permite enxergar o que está além das aparências. Podendo ser expressa através da religião, família, naturalismo, racionalismo, humanismo e até pelas artes (ARAÚJO et. al., 2015; LIMA et. al., 2015; SILVA; AQUINO; SILVA, 2016; REGINATO; BENEDETTO; GALLIN, 2016).

Para os profissionais entrevistados a espiritualidade é tida como uma experiência extrassensorial que ajuda a lidar com a intuição. É vista como a experiência com o que é transcendente a materialidade da vida, a busca pelo que há de melhor dentro de si. Sendo relacionada, ainda, com o divino (Deus), *“Pra mim a espiritualidade é a conexão com o divino”* (SAHASRARA).

*“Espiritualidade é uma palavra que na realidade significa uma maneira de lidar com a intuição... As coisas que você decide não baseadas nessa configuração sensorial eu chamo de intuição e a maneira de lidar com essa intuição eu chamo espiritualidade”* (AJÑA).

*“Espiritualidade é sentir e trabalhar na consciência de que a vida e as pessoas transcendem a tudo que costumamos ver no cotidiano, é estar conectado a algo maior, espiritual, que vai além da nossa existência aqui na terra”* (ANAHATA).

Pode-se perceber que, recordando a caracterização dos sujeitos, os entrevistados que se intitulam como católicos estão propensos a relacionar a espiritualidade, em seu aspecto conceitual, ao divino, ao religioso. Enquanto aqueles que professam outra crença ou uma forma de viver a espiritualidade cristã não associada à religiosidade, abordam a espiritualidade como uma maneira de lidar com o que é intuitivo e conscientizar as pessoas sobre o que nelas transcende.

Silva e Ferreira (2015) abordam a espiritualidade como uma experiência transpessoal que surge como manifestação espiritual. Completam afirmando que a espiritualidade rompe com identidade do ser e aponta a natureza criativa ilimitada da subjetividade. A experiência transpessoal se trata das modificações que o ser faz na relação consigo mesmo, a forma como sua natureza é alterada em relação a como vê o mundo e a vida.

Borges, Ferreira e Diamante (2017) consideram a espiritualidade como sendo uma característica inerente ao ser, ressaltando que cada vez mais se admite a influência dela na vida do ser humano.

Divergindo com o autor supracitado, entre os diálogos notou-se que há concordância no que se refere à espiritualidade fazer parte do ser e que o encontro da espiritualidade confere completude ao ser, mas não é algo inerente ao ser humano, é algo que se descobre.

*“[...] a espiritualidade pra mim é algo que tem dentro de mim e enquanto eu não conheço eu sou incompleta, que eu preciso vive-la para ter uma completude, pra me sentir inteira”* (SAHASRARA).

Nota-se no discurso o reconhecimento da espiritualidade como uma característica que faz parte do ser, porém vale dizer que o sujeito não a considera como característica essencial, fundamental para vida, logo só exercerá influência se for descoberta e vivida, chegando ao ponto de dar sentido e completude ao ser. Essa definição torna a espiritualidade uma parte do todo e não o todo em si.

Pode-se atribuir três dimensões ao ser humano, sendo elas corporal, mental e espiritual, dando ênfase à dimensão espiritual que é única dos seres humanos e tem como características o senso ético, estético, religioso, criativo, valores e tomadas de decisão a cerca de si (Frankl apud ARAÚJO et. al., 2015).



Diferente da religião, a espiritualidade não se configura como sendo um complexo de dogmas e crenças que podem em nada interferir na vida do sujeito. O que é espiritual leva a mudança, a transformação da vida (SILVA; FERREIRA, 2015). Dentre as respostas verificou-se a concordância relacionada à diferença entre religião e espiritualidade:

*“[...] porque tem diferença entre religião e espiritualidade... minha espiritualidade eu acho muito maior do que da religião, é como se a religião fosse um pedaço da minha espiritualidade” (SAHASRARA).*

Percebe-se que a religião é considerada como sendo parte da espiritualidade, uma forma de vivenciar a espiritualidade, constatando-se que sem ela ainda seria possível praticar o que é espiritual através de outras expressões.

A religião é constituída por dogmas e crenças, enquanto a espiritualidade faz referência ao que é vital, ao processo de existência. A religião é a institucionalização de crenças sociais, a socialização das doutrinas e práticas próprias de cada expressão religiosa. Já a espiritualidade possui uma dimensão mais humana pela qual o homem é capaz de expressar suas características, sendo capaz de transformar o sujeito consigo mesmo e com o mundo. (ARAÚJO et al., 2015; SILVA, FERREIRA, 2015; ARRIEIRA et al., 2017).

A maneira como se vive e expressa a espiritualidade é particular de cada indivíduo, sendo regada pelos aspectos biopsicossociais em que esteja inserido. Muito se relaciona a espiritualidade à religião, e mesmo sendo a mais comum forma de expressão é importante frisar que a religião é apenas um dos modos de vivência da espiritualidade. Contudo ressalta-se que essa associação delas é envolvida por um contexto sociocultural, logo desassociá-las é uma tarefa difícil.

### **3.2 Espiritualidade e suas manifestações no processo de trabalho de profissionais de saúde**

É necessário que o ser humano fundamente sua existência a algo que lhe traga felicidade, que dê sentido a vida, já que não é possível encontrá-las apenas no prazer sexual ou satisfação material. Essa realização é possível através da experiência, criatividade e atitude (CARRARA, 2016).

A espiritualidade se mostra como aquilo que dá sentido, segundo Carrara (2016). Quando a busca por essa vontade do sentido se frustra surge o vazio existencial, sendo este um dos grandes problemas da atualidade que pode desencadear os processos depressivos e até agravamento de problemas psíquicos.

A espiritualidade é descoberta, e para encontrá-la deve-se passar por um processo de autoconhecimento. Quando se encontram as características humanas fundamentais, aquilo que é essencial, que favorece o sentido, então se iniciará a compreensão desta dimensão complexa e vital até entender a melhor maneira de expressar.

*“[...] não é algo que eu nasci sabendo que é, é algo que eu vim desenvolvendo... pra trabalhar o meu eu e o meu eu com o outro e eu vi que eu podia avançar” (SAHASRARA).*

É possível perceber que o sujeito considera a espiritualidade como algo que se descobre e influencia na relação consigo mesmo e com o outro e amplia o campo de visão do mundo e das perspectivas de vida.

Sendo considerada como uma vivência transpessoal as experiências com a espiritualidade são capazes de modificar a forma como o indivíduo se relaciona consigo, com o outro e com o mundo, considerando como se faz, como se vive a própria vida e a forma como se vive o próprio “eu” (SILVA; FERREIRA, 2015).

Silva, Ferreira e Silva (2015) consideram que o “eu” é uma construção mutável, logo, não é aquilo que nos constitui. Dessa forma a nossa natureza, o que nos caracteriza, é um território aberto à criatividade, ao subjetivo, podendo ser descrita como uma perspectiva transpessoal.

Desse modo torna-se inevitável não associar o que nos faz humanos, que potencializa o “eu”, a potência criativa que é aberta a influência do que é divino, da espiritualidade (SILVA; FERREIRA; SILVA, 2015).

*“[...] é uma experiência que se desenvolve com algo que vai além do que é terreno, do que é externo, do que é palpável, do que é concreto... A vivência da espiritualidade é o que me eleva pra algo que me tira de uma realidade concreta e me leva pra uma realidade diferenciada” (SAHASRARA).*

Essa vivência da espiritualidade abre os caminhos para o que é transcendente e transpessoal, indo além do que é palpável e que se pode medir. Considera-se que ao vivenciar a espiritualidade é possível ter acesso a outras realidades, quiçá a outras dimensões da própria vida.

A liberdade da vivência da espiritualidade leva a respostas para a própria vida, ao que se busca e compreende dela. Entende-se que compreender a transitoriedade é um impulso que leva a compreensão do sentido e a transcendência (ARAÚJO et. al., 2015).

As formas de exercício da espiritualidade são variadas, em um estudo realizado por Domingos e Faria (2018) com idosos, constatou-se que a maioria considera uma forma de vivência/exercício a “intimidade com Deus”, “meditação” e “ir a igreja rezar”. Entre os entrevistados percebeu-se a variedade nas formas de exercício da espiritualidade, desde a oração, a meditação e Reiki:

*“Eu tento deixar ir às fabricações mentais através da pratica de meditação formal e tentando manter a visão meditação no dia-a-dia” (AJÑA).*

*“Faço minhas orações matinais, aplico Reiki (auto-Reiki), agradeço e retiro alguns minutos do dia para me conectar com meu eu superior. Também trabalho canalizando a energia Reiki que ajuda na harmonização e equilíbrio dos pilares físicos, emocional, mental e espiritual do nosso corpo” (ANAHATA).*

*“[...] me permito às vezes ser guiada por um poder superior que pra mim é Deus... até assim vou fazer uma comida e abençoar a comida... harmonizar minha casa... faço auto aplicação do Reik... na ideia de equilibrar meus chakras energéticos, eu faço isso praticamente*

*diariamente... no meu consultório, quando vou atender eu faço os símbolos dos chacras antes de começar a atender... Eu também faço exercício de respiração que é parecido com a meditação só que eu ainda não considero que seja meditação propriamente dita, são exercícios de respiração e concentração...” (SAHASRARA).*

Cada indivíduo escolhe a forma como exercerá sua espiritualidade, percebe-se que o meio mais aderido é a religiosidade onde se vê a conexão com Deus através da oração. Vale salientar que o meio religioso propicia o encontro não somente com o que se considera divino, mas também a um encontro consigo mesmo, levando a reflexão sobre os potenciais, fragilidades, pontos positivos e negativos, além de oferecer caminhos para viver em equilíbrio consigo e com o mundo.

Julião, Nascimento-Santos e Paiva (2017) constataram em um estudo realizado com jovens trabalhadores que o exercício da espiritualidade através do relaxamento, meditação, ações comunitárias no ambiente de trabalho confere “bem-estar”, “preocupação com a coletividade” e “autonomia” no ambiente laboral.

A influência exercida pelo exercício da espiritualidade caminha não só pelo campo da subjetividade, podendo ser observada no comportamento diante de situações positivas e negativas, na tomada de decisões, nos gestos, na fala, nos lugares que frequenta, no gosto artístico; tendo em vista que a espiritualidade é expressão das características fundamentais e essenciais do ser. Ao se tratar dessas influências os entrevistados responderam, desde “Influencia meu estilo de vida, preceitos e convicções” (MANIPURA), a:

*“[...] a espiritualidade tem influencia em tudo que eu faço... e a partir daí eu me considero tanto uma pessoa melhor pessoalmente como profissionalmente” (SAHASRARA).*

*“eu tento utilizar praticas espirituais pra tentar dar clareza a minha consciência... então a influencia da espiritualidade na minha vida é limpar a realidade de fabricações mentais” (AJÑA).*

*“me trazem apoio e força para enfrentar os desafios, pois sei que meu espirito está ligado a algo maior, que é a fonte de toda a vida e que nesta mesma fonte criadora/geradora vêm todos os seres vivos aqui da terra. Minha conexão com o transcendente me guia e fortalece nesta vida” (ANAHATA).*

Os sujeitos expressam que a espiritualidade exerce influência em praticamente todos os campos da vida, não se restringindo ao espiritual/religioso, mas alcançando a consciência, as atividades do dia-a-dia – inclusive no exercício profissional –, no encorajamento e fortalecimento. Servindo como guia de como agir, sobre as convicções e melhorando a qualidade de vida.

A espiritualidade exerce influência sobre o que é interpessoal e no meio sociocultural em que se vive, interferindo também no psiquismo expressando através das crenças, valores, emoções e comportamento (HENNING-GERONASSO; MORÉ, 2015).

Esses aspectos da espiritualidade podem ser notados no dia-a-dia, bastando apenas que se abra a essa dimensão humana, á vivência do que é espiritual que possibilita a abertura ao que transcende e que leva

ao autoconhecimento. O que se visualiza e reconhece como sendo fruto da vivência da espiritualidade dependerá do modo que se escolhe para exercê-la e do que se compreende sobre espiritualidade.

*“você consegue identificar em ações que te acontecem e se analisarmos bem foram verdadeiros milagres providenciados por um ser maior que muitas vezes até é incompreensível, não conseguimos entender como aconteceu, mas sabemos que aconteceu, que é capaz, que pode acontecer” (VISUDDHA).*

No discurso pode-se notar a presença do aspecto religioso, na confiança em um ser superior que providencia o melhor aos que lhe seguem, realizando milagres e, baseada na confiança, ter fé que sempre há algo bom reservado aqueles que acreditam e vivem a espiritualidade da religião.

A oração, como ferramenta religiosa, é capaz de gerar fortaleza espiritual e a crença de que Deus dará orientações sobre como conduzir a vida, oferecendo meios de superação aos problemas e as mensagens transmitidas por líderes religiosos conferem alívio e tranquilidade (ZERBETTO et. al., 2017).

A religião e a espiritualidade estão ligadas a aspectos subjetivos do homem, estando relacionadas principalmente ao sentido e ordem da vida, tendo influência, inclusive, sobre a saúde (MELO et. al., 2015).

Essa relação estabelecida entre religião e espiritualidade é comum, tendo em vista que a religiosidade é o meio mais utilizado para exercício e expressão da espiritualidade. Dentro dos discursos dos sujeitos da pesquisa é possível ver a existência dessa marca, tanto no exercício profissional quanto no reconhecimento da influência da espiritualidade exercida pela religiosidade na vida do paciente.

*“Pacientes que acreditam, tem fé e se conectam com seus santos, orixás, com Deus ou outro ser que considere de grande poder espiritual mais facilmente progridem satisfatoriamente em seus tratamentos, assim como abrem a consciência para aceitar mudanças de vida necessárias para a sua saúde” (ANAHATA).*

*“[...] eu convoco o que a de melhor no mundo espiritual para estar ali... eu convoco os anjos, os santos, eu lembro de Santa Teresinha” (SAHASRARA).*

Nota-se que a religião do profissional influencia nos artifícios que ele utiliza para desenvolver a espiritualidade no processo de trabalho, buscando o equilíbrio e proteção para si e para o outro por meio da intercessão de divindades. Além do reconhecimento da vivência dessa religiosidade sobre o processo saúde e doença do paciente.

A vivência da espiritualidade é capaz de conferir um novo sentido a saúde e a doença, logo, influência na forma como se vê e aceita um tratamento, possibilitando o paciente a ressignificar a dor e fazendo emergir uma força que antes não era possível perceber. Dessa forma é de suma importância que o profissional reconheça e trabalhe essa dimensão com o paciente, como uma forma de prestação do cuidado integral e humanizado (SILVA et. al., 2016; ARRIEIRA et. al., 2017; BORGES; FERREIRA; DIAMANTE, 2017).

### 3.3 Espiritualidade no processo de cuidar: reflexos nos pacientes

A prestação do cuidado integral é baseada na visão holística, considerando o ser em sua totalidade, os aspectos físicos, mentais, espirituais, socioculturais, pois tudo isso exerce influência sobre o processo saúde e doença (REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

Utilizar a espiritualidade no contexto profissional é reconhecer a importância dessa dimensão para a saúde. Mesmo que não se demonstre a vivência e prática do espiritual no ambiente laboral, notam-se os reflexos no paciente, uma vez que quando trabalhado – pessoalmente – esse aspecto, tende-se a viver melhor, a enxergar melhor a realidade. Observa-se nos discursos que a espiritualidade reflete na forma como o paciente vê e lida com as situações:

*“[...] algo que me faz bem e que eu percebo que também faz bem as pessoas, as pessoas sempre tem coisas muito positivas pra dizer... consigo desenvolver um vínculo maior, eu percebo ele mais calmo, eu percebo ele mais em paz, eu percebo mais empatia entre a gente quando eu desenvolvo isso, eu percebo, parece que fica mais iluminado o processo de cuidar, se torna melhor, amplia aquelas possibilidades de cuidado” (SAHASRARA).*

*“Estar conectado a espiritualidade facilita a prevenção e também no tratamento da enfermidade... espiritualidade traz apoio, dá força e coragem para o paciente que precisa ser fortalecido além daquilo que a nossa medicina tradicional oferece” (ANAHATA).*

A espiritualidade é vista pelos pacientes como uma fonte de energia positiva capaz de potencializar sua força interior e despertar a necessidade do cuidado com a saúde, se apresenta também como forma de intensificação da resiliência, autoeficácia e esperança (ZERBETTO et. al., 2017).

Uma das condições essenciais da vida é a necessidade de um sentido, quando o paciente sente-se incapaz de encontra-lo desencadeia-se um processo de vazio relacionado à existência, podendo essa situação associar-se a problemas pré-existentes e agravá-los (OLSON, 2015; REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

Compreendendo esses aspectos percebeu-se que, além de vivenciar a espiritualidade, busca-se despertar no paciente o anseio pelo que nele é transcendente e essencial, pois muitas vezes o que a ciência da saúde oferece torna-se insuficiente diante da problemática apresentada.

*“[...] caminhando com ele, a possibilidade dele ver a realidade sem esses obscurecimentos, de maneira que eu não o agrida com uma determinada visão que ele não consegue ter e que ele possa paulatinamente caminhar vendo as coisas com clareza” (AJÑA).*

*“Busco saber dele se ele tem alguma conexão com o lado espiritual, seja pela religião ou alguma crença em algo maior que pode ajudar no seu tratamento a nível não material” (ANAHATA).*

*“eu levo muitas pessoas a refletir sobre isso, sobre quem é você, o que você está fazendo” (SAHASRARA).*

Quando se compreende a dimensão espiritual amplia-se a concepção do cuidado, permitindo ao paciente reaver um novo sentido à vida e ao sofrimento e encorajando-o a enfrentar os problemas. Além de ser uma válvula de escape quando a ciência e tecnologia não são mais eficazes para o paciente (ARAÚJO et. al., 2015; VILELA, 2017).

Para muitos profissionais torna-se difícil utilizar a espiritualidade no ambiente de trabalho, não só pelo local ou área em que atua, mas pela falta de conhecimento teórico-prático sobre essa abordagem. Araújo et. al. (2015) afirmam que as exigências técnicas geram no profissional certa dificuldade no manejo e formação humanística.

Compreendendo a abordagem da integralidade na prestação do serviço de saúde, é necessário que se ofereçam meios tanto de obtenção de conhecimentos quanto ambientes propícios para a prática da vivência da espiritualidade, levando em consideração os aspectos espirituais do profissional e do paciente. Nesse contexto citam-se as Práticas Integrativas e Complementares – PICS que possibilitam essa abordagem holística ao paciente.

Compreende-se que o Ministério da Saúde implementou a política das PICS percebendo a complexidade do indivíduo em suas necessidades, que ultrapassam os modelos terapêuticos formais, além de promover espaços de cuidado para profissionais de outras ciências ainda não instituídos pela academia.

### **3.4 Desafios da vivência da espiritualidade na prática profissional**

Antes mesmo da ascendência da ciência a espiritualidade já era utilizada como ferramenta de cura, porém com a ampliação do conhecimento científico o conhecimento empírico foi sendo deixado de lado, mas vale salientar que mesmo com toda a tecnologia a espiritualidade nunca abandonou o ser humano (BORGES; FERREIRA; DIAMANTE, 2017).

Ao descrever o desenvolvimento da matéria, as disciplinas científicas, consideram apenas o que é possível mensurar. Dessa forma deixa-se de lado a experiência com a espiritualidade, sem considerar que ela é um elemento capaz de transformar a vivência humana (SILVA; FERREIRA, 2015).

O paradigma científico por muito tempo separou o homem de sua natureza, considerando válido somente aquilo que se pode comprovar a existência na razão, desse modo a espiritualidade que é um aspecto substancialmente humano, mas que anda no campo da subjetividade e do transcendente, não era considerada importante para se abordar. A falta de conhecimento sobre o assunto e o que o cerca gera os preconceitos e incompreensão, tanto por parte do profissional quanto nos pacientes.

*“Embora eu perceba que tem pessoas que não entendem, que riem, que fazem hora, que a gente acaba sofrendo bullying por conta disso, mas também já relevei porque antes me incomodava um pouco” (SAHASRARA).*

A importância e valores da espiritualidade no ser humano ainda não são reconhecidos, no meio acadêmico é vista como algo estranho e ameaçador. Essa realidade tem reduzido o homem as considerações racionalistas e materialistas. Ressalta-se que não há necessidade dessa competição entre ciência e espiritualidade, tendo em vista que elas se complementam, se há conflito provavelmente esteja-se levando consideração uma visão limitada da espiritualidade (SILVA; FERREIRA, 2015).

Essa visão limitada que se tem sobre a espiritualidade faz com que tanto o profissional quanto o paciente censure a prática, realizando gestos velados e deixando interferir moderadamente no processo de trabalho e na relação com o outro.

*“A utilização da espiritualidade no meu processo de trabalho é velada, ela não é uma coisa explícita... as pessoas não sabem, elas vem para uma prática e se elas quiserem pesquisar o que acontece na prática elas vão saber, mas não é algo explícito é algo velado” (SAHASRARA).*

Mesmo conhecendo os efeitos e valores da espiritualidade, sua prática permanece restrita e velada na prática dos profissionais de saúde, que buscam atenuar o cuidado baseado na ética espiritual para que o paciente não o perceba e isso pode levar a restrição do cuidado integral quando o manejo das necessidades do paciente é limitado. Essa situação pode ser fruto da abstração espiritual do próprio profissional (LEVORATO-NETO, 2018).

Os profissionais de saúde sentem dificuldade para utilizar a espiritualidade e compreendê-la quando o paciente demonstra, esse fato está relacionado à falta de base teórica quando se está no ambiente acadêmico onde os profissionais são levados a separar corpo e mente e o homem da natureza (LIMA et. al., 2015).

A religião, sendo um dos meios mais utilizados de vivência e expressão da espiritualidade, por vezes pode se mostrar como agente adoecedor, quando limita o ser de ver a realidade e o privando de viver a real essência da espiritualidade. *“A gente acha também que a questão da religião às vezes adoce mais a pessoa do que propriamente a torna sã” (SAHASRARA).*

Em um aspecto simbólico a espiritualidade, além de ofertar meio de superação, pode afetar na construção do conceito do que é mal, do sofrimento relacionado ao fracasso, da ânsia ao conviver com o que é mórbido e transitório, sendo capaz de congregar contraste entre o que é virtuoso e o aflitivo, entre a esperança e a incompreensão sobre o que se vive (LEVORATO-NETO, 2018).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre a influência da espiritualidade no processo de trabalho do profissional de saúde verificou-se que a espiritualidade é uma dimensão que faz parte do ser e confere sentido e completude. Torna-se possível conhecê-la através de um processo de descoberta pessoal, reconhecendo os próprios limites e potencialidades.



Observou-se nos sujeitos da pesquisa que essa experiência leva ao contato com o que é transcendente, que ultrapassa os limites da racionalidade e adentra o que é subjetivo e transpessoal, possibilitando enxergar o que está além das aparências.

O profissional de saúde se reconhecer como ser espiritual suscita o respeito ao outro através da empatia. Os sujeitos em estudo veem-se como seres dotados de espiritualidade e adotaram para si vias para sua expressão.

As formas de expressar a espiritualidade foram variadas, desde manifestações religiosas – que é o meio mais frequentemente utilizado – às práticas integrativas como reiki, massoterapia e meditação. Essa expressão está de acordo com a forma como a pessoa se reconhece e avalia o que é melhor para si e dá sentido a vida, a existência.

No presente estudo reconhece-se a importância da espiritualidade para o ser e a influência dela sobre o processo saúde e doença, porém a prática ainda é velada, realizada, em muitos casos, somente como forma do profissional trabalhar a própria espiritualidade para se proteger.

Percebeu-se que a espiritualidade ainda é muito associada à religião, sendo que se pode ser espiritualizado e não adotar nenhum título religioso. Essa associação levanta ainda mais forte o não uso, ou uso moderado, da espiritualidade no ambiente de trabalho, pois se busca sempre manter a imparcialidade religiosa para não dificultar o diálogo e aproximação com o paciente.

Verificou-se que é necessário conhecer a espiritualidade, que se saiba a função dela no processo vital, sem medos e preconceitos, estando abertas as inúmeras possibilidades trazidas pela mesma. Reconhecer que ela faz parte do que é essencial no homem e o leva a visitar espaços em si mesmo que antes não era capaz de ir sem se reconhecer ser espiritual, além de melhorar a relação consigo, aprimora a relação com o outro e com o mundo.

No cuidado da enfermagem a espiritualidade se relaciona a integralidade e a visão holística, possibilitando ao profissional prestar um cuidado efetivo e eficaz, olhando para o paciente em sua totalidade e levando em consideração seu contexto biopsicossocial e espiritual, além de servir como ponte no relacionamento entre a equipe e com os usuários do serviço de saúde.

A pesquisa demonstrou que há profissionais de saúde que reconhecem e utilizam a espiritualidade no processo de cuidar, no entanto as questões relacionadas com essa temática ainda precisam ser debatidas e aprofundadas nos espaços acadêmicos, pois ainda percebe-se um distanciamento, e até mesmo uma rejeição na utilização da espiritualidade no cuidado. Muitos ainda consideram a ciência e a espiritualidade como incompatíveis.

Reconhecem-se as limitações deste estudo visto que o que foi apresentado pelos sujeitos mereça um aprofundamento maior diante da complexidade do tema e da dificuldade de literatura científica na área de

saúde. Espera-se que o estudo estimule a produção científica e que suscite maior interesse dos estudantes e profissionais de saúde.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, Michell Ângelo Marques et. al. A percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados espirituais. **Logos & Existência – Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise existencial**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 84-94, 2015. Disponível em: <<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/view/22671>>. Acesso em: 05 mar. 2018.

ARAÚJO, Michell Ângelo Marques et. al. Os conceitos de sentido da vida: reveladores da espiritualidade da pessoa com câncer. **Rev. da associação brasileira de logoterapia e análise existencial**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 189-201, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/21726>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira et al. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. **Escola Anna Nery. Rev. de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.1-6, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127749356012/>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BORGES, Pedro Pereira; FERREIRA, Rafael de Sousa; DIAMANTE, Isabela. A saúde permeada pela espiritualidade. **Rev. Multitemas**, Campo Grande, v. 22, n. 51, p. 7-21, jan./jun., 2017. Disponível em: <<http://www.multitemas.ucdb.br/article/view/1309>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BUBLITZ, Susan et al. Perfil sociodemográfico e acadêmico de discentes de enfermagem de quatro instituições brasileiras. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 01, p. 77-83, mar., 2015. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/48836>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971**, de 03 de maio de 2006. Brasília, Maio de 2006. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpic>>. Acesso em 31 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnpic>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Brasília, Abril de 2016. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf&ved=2ahUKEwiq8Pevws3bAhWGkZAKHazB0kQFjAAegQIBxAB&usg=AOvVaw3uQ6vqJGo5pdZUh1QN8biz>>. Acesso em 12 jun. 2018.

CARRARA, Paulo Sérgio. Espiritualidade e saúde na logoterapia de Victor Frankl. **Rev. Interações – cultura e comunidade**, Belo Horizonte, Brasil, v.11 n.20, p. 66-84, jul./dez., 2016. ISSN 1983-2478. Disponível em: <<http://www.periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/12895>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

DOMINGOS, José; FARIA, Maria Cristina. Vivências de espiritualidade, esperança e satisfação com a vida em gerontes. **Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, p.457-465, Jan/2018, Lisboa: ISPA – Instituto Universitário. Disponível em: <<http://www.repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6209/1/12CongNacSaude457.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

HENNING-GERONASSO, Martha Caroline; MOREÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Influência da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto Psicoterapêutico. **Psicologia: ciência e profissão**, São Paulo, v. 35, n. 03, p. 711 – 725, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000300711&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000300711&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 27 nov. 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. [online] Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

JULIÃO, Elisângela; NASCIMENTO-SANTOS, Jair; PAIVA, Kely Cesar Martins. Relações entre práticas de espiritualidade e valores organizacionais sob a percepção de jovens trabalhadores brasileiros. **Rev. Ciênc. Admin.**, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 351-366, maio./ago., 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.unifor.br/rca/article/view/6331>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

LAVORATO-NETO, Gabriel et al. The free spirit: spiritualism meanings by a Nursing team on psychiatry. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 02, p. 280 – 288, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000200280&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200280&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 28 nov. 2018.

LIMA, Maria do Rosário de Araújo et al. Olhar do enfermeiro sobre a espiritualidade na produção do cuidado. **Rev. de pesquisa cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, dez., p. 155 – 162, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750949012/>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

MELO, Cynthia de Freitas et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4518/451844504002/>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

OLSON, Joanne K. Conhecimento necessário para usar o poder da espiritualidade nos cuidados à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, mar-abril, p. 03 – 04, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307038016001>>. Acesso em 05 mar. 2018.

REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craide de; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 237-255, jan./abr., 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100237&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000100237&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SILVA, João Bernardino da; AQUINO, Thiago Antônio Avellar de; SILVA, Aline Franco. As relações entre espiritualidade e cuidado segundo as concepções de estudantes de enfermagem. **Rev. de enfermagem**, Recife, v. 10, n. 03, p. 1029-37, mar., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11055>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SILVA, Arthur Fernandes da et al. Narrativas sobre saúde e doença: o encontro da ciência com a espiritualidade. **Interdisciplinary Journal of Health Education**. Rio de Janeiro, v. 01, n. 03, p. 138 – 142, 2016. Disponível em: <<https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/144>>. Acesso em 31 mar. 2018.

SILVA, Sidney Carlos Rocha da; FERREIRA, Aurino Lima. **A espiritualidade na perspectiva transpessoal: uma noção de múltiplos usos e diferentes conceitos**. São Paulo: CRP SP.

Seminário Psicologia, Espiritualidade e Epistemologias Não Hegemônicas, p. 103-114. 27 de novembro de 2015. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi\\_Vol3.pdf](http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol3.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2018.

SILVA, Sidney Carlos Rocha da; FERREIRA, Aurino Lima; SILVA, Silas Carlos Rocha da. **A experiência da espiritualidade como natureza da subjetividade**. São Paulo: CRP SP, Seminário Psicologia, Espiritualidade e Epistemologias Não Hegemônicas, p. 63-67. 27 de novembro de 2015. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi\\_Vol3.pdf](http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol3.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2018.

TADVALD, Marcelo; MACEDO, Juliana Lopes de; SCALCO, Lucia Mury. Espiritualidade e cura: análise etnográfica da cura espiritual a partir de uma casa afro-religiosa da cidade de Porto Alegre (Brasil). **Ciencias Sociales y Religión**, Porto Alegre, ano 17, n. 22, p. 38-51, jan.-jul., 2015. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/CienciasSociaiseReligiao/article/view/55598>>. Acesso em 02 Abril 2018.

VILELA, Renata Prado Bereta. Espiritualidade e cuidado de enfermagem: uma análise crítica. **Rev. CuidArte Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 01, p. 147 – 149, jan.-jun., 2017. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxlink.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xix&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=ID>>. Acesso em 13 mar. 2018

ZERBETTO, Sonia Regina et al. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 01, p. 01 - 08, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100205&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100205&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 27 nov. 2018.

## Capítulo 5

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO**Ingrid Michelly Justino de Souza<sup>1</sup>Jocasta Maria Oliveira Moraes<sup>2</sup>Helder Matheus Alves Fernandes<sup>3</sup>Elane da Silva Barbosa<sup>4</sup>Pablo Ramon da Silva Carvalho<sup>5</sup>Andreza Halax Rebouças França<sup>6</sup>**RESUMO**

O papel do enfermeiro na assistência ao paciente com transtorno mental vem-se modificando desde a Reforma Psiquiátrica. Nesse dado momento histórico, as funções desse profissional restringiam-se à contenção física dos pacientes, vigília e controle do tratamento medicamentoso. Com o surgimento da nova política de Saúde Mental, a Enfermagem passa a se reformular no que tange à assistência e, por conseguinte, exercer uma nova postura teórico-metodológica no cuidado. Dessa forma, tem-se como objetivo compreender o papel do enfermeiro na assistência ao paciente com transtorno mental. Trata-se de revisão de literatura realizada no período de abril a maio de 2019, por meio de artigos científicos que abordassem a temática. As buscas foram realizadas, respectivamente, nos bancos de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da saúde (LILACS), Cientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Enfermagem; Papel; Assistência e Saúde Mental. A partir da análise de dez artigos, foi possível identificar que o enfermeiro tem importância vital no manejo desses pacientes, pois estabelece maior vínculo tanto com ele, bem como com a sua família. Assim, o enfermeiro, por meio da escuta terapêutica, possibilita uma postura autônoma do paciente mediante a sua conduta terapêutica pautada pela humanização, fazendo com que o mesmo obtenha a sua inserção social e ressignificação de si enquanto sujeito, deixando de perceber-se apenas como uma patologia, passando a se enxergar na sua complexidade humana. Assim, conclui-se que o enfermeiro deve estar sempre em processo de formação, para produzir um cuidado integral, holístico e humanizado, em busca da superação de resquícios deixados pela época manicomial.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro. Assistência. Saúde Mental. Humanização.

**1. INTRODUÇÃO**

A busca por transformações no campo do cuidado em Saúde Mental se expressou especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do

<sup>1</sup>Graduanda do 7º Período do Curso de Enfermagem da Universidade Potiguar - UNP.

E-mail: [ingrid\\_justino@hotmail.com](mailto:ingrid_justino@hotmail.com) Mossoró-RN.

<sup>2</sup>Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - (UERN). Enfermeira efetiva do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, do município do Assú/RN.

<sup>3</sup>Graduando do 5º Período do Curso de Nutrição pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN. E-mail: [heldermatheus10@hotmail.com](mailto:heldermatheus10@hotmail.com) Mossoró, RN, Brasil.

<sup>4</sup>Doutora e Mestra em Educação, respectivamente pela Universidade Estadual do Ceará -UECE e Universidade do Estado do Rio Grande do Norte -UERN. Bacharelada e Licenciada em Enfermagem pela UERN. E-mail: [elanesilvabarbosa@hotmail.com](mailto:elanesilvabarbosa@hotmail.com) Aracati, CE, Brasil.

<sup>5</sup>Pós-Graduando em Biotecnologia (PPGB) e Enfermeiro, respectivamente pela Universidade Potiguar - UNP. E-Mail: [Enfpablocarvalho@outlook.com](mailto:Enfpablocarvalho@outlook.com) Mossoró, RN, Brasil.

<sup>6</sup>Pós-Graduanda em Biotecnologia (PPGB) e Enfermeira, respectivamente pela Universidade Potiguar - UNP. E-Mail: [andreza-halax@hotmail.com](mailto:andreza-halax@hotmail.com) Mossoró, RN, Brasil

modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica. Desse modo, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), em voga, atualmente, na realidade brasileira, originou-se desses movimentos, como frutos oriundos da organização e mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde. Teve início no ano de 2001 com a finalidade de intervir e, por conseguinte, modificar a realidade vivenciada nos manicômios onde residiam mais de 100.000 mil pessoas com transtornos mentais: comuns, severos e graves. Todo esse movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu, em especial, no combate à ditadura militar, igualmente também foi fomentado a partir das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental voltado para a assistência curativista, tendo como locus o hospital psiquiátrico, por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial, almejando um cuidado integral, com a valorização das diversas dimensões que perpassam a vida do sujeito (BRASIL, 2013).

Sob essa perspectiva, pode-se afirmar que a assistência psiquiátrica brasileira vem passando por grandes transformações no padrão de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, que tem como foco uma assistência referenciada no acolhimento, na humanização e na reinserção do indivíduo na sociedade e no convívio com seus familiares (LUZ et. al 2014).

Essa proposta tem por objetivo retirar o modelo manicomial, excludente, reducionista e autoritário que tem como centro de referência o hospital psiquiátrico e implementar uma assistência voltada para as necessidades do indivíduo que apresente transtorno mental. Assim, a assistência em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde - SUS é orientada pela Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que trata a respeito dos direitos, do acolhimento e da proteção ao indivíduo que apresente sofrimento psíquico (ALMEIDA, 2019).

Nos últimos avanços, a consolidação e a qualificação da assistência em Saúde Mental, principalmente, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tornaram-se pauta para as principais ações de normatizações do Ministério da Saúde (MS) com o intuito de estabelecer uma organização das redes de atenção à saúde (RAS) num determinado território para promover uma melhor qualidade de vida. A expansão destes serviços, contudo, foi fundamental para mudar o cenário no cuidado em Saúde Mental a sujeitos em sofrimento psíquico, logo essa realidade desempenhou grandes as influências da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) que movimentou o cenário da Saúde Mental do Brasil no século XXI (BRASIL, 2007).

Uma das grandes conquistas da Reforma Psiquiátrica foi a criação de diferentes serviços/equipamentos, tais como: os Serviços Residenciais Terapêuticos; os Centros de Convivência e cultura; e o CAPS. Em particular, os atendimentos ofertados nos CAPS são baseados na interdisciplinaridade, o que exige uma vasta pluralidade de profissionais da área da saúde, tendo como base uma comunicação sistemática e um trabalho em equipe. Esse serviços foram criados com o intuito de fomentar a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, de aumentar a perspectiva de corresponsabilidade na produção de saúde dos sujeitos, de auxiliar na criação de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, e



interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde em saúde mental, com o principal intuito de tirar do centro de ação os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2015).

Compreender o exercício da equipe de Enfermagem, mais especificamente do trabalho realizado pelo enfermeiro, na área da Saúde Mental requer o desenvolvimento de habilidades e competências pessoais, profissionais e sociais, engendradas por afetos que visam potencializar a essência da pessoa que jamais adoece, compreendendo o sentido do sintoma apresentado pelo ser cuidado, escutando sua dor sem repressão e repreensão, resgatando sua inteireza por completo (ALMEIDA, 2018).

É preciso ressaltar que a participação do enfermeiro como membro efetivo e ativo dentro da equipe multiprofissional, salientando a necessidade de ampliar o seu olhar acerca do sujeito e, conseqüentemente, do sofrimento mental, visando uma participação mais efetiva na equipe multiprofissional. Essas proposições são pertinentes para preparar o enfermeiro para essa realidade vivenciada, abstendo-se da atenção médica-centrada e adotando uma postura terapêutica numa perspectiva humanística e de autonomia profissional (TAVARES et. al, 2016).

Ainda conforme Tavares et. al. (2016) nas matrizes curriculares da Graduação em Enfermagem no que tange à Enfermagem Psiquiátrica e à Saúde Mental, ainda não há uma efetivação do foco para o desenvolvimento das competências humanizadas na produção desse cuidado. Assim, o modelo pedagógico aplicado à formação do enfermeiro ainda não superou o paradigma tradicional que ainda enfoca no modelo biologista, centrado na doença e não no cuidado, ou seja, o modelo hegemônico em saúde. Essa realidade dificulta o desenvolvimento de competências para a atuação no modelo de promoção em saúde, em sinergia com o modelo psicossocial, sendo o cotidiano da Atenção Primária o cenário ideal para constituição de novas habilidades e competências humanísticas, socialista e espiritualista.

Nesse sentido, tem-se como objetivo: compreender o papel do enfermeiro na assistência ao paciente com transtorno mental.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de revisão da literatura, que, segundo Querido e Dixe (2016), consiste em uma pesquisa crítica, meticulosa e ampla das publicações vigentes que abordam determinado tema em uma área do conhecimento.

A escolha por utilizar apenas artigos científicos para a elaboração do trabalho se deu pelo fato que são materiais mais atualizados em termos de cientificidade pelas constantes mudanças e atualizações no tema trabalhado. A pesquisa foi realizada no período de maio a abril de 2019.

As buscas foram realizadas em três bancos de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Cientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Portal da Biblioteca Virtual em Saúde



- BVS. Logo, a escolha pelos bancos de dados se deu pela familiaridade com a qualidade do material teórico no que tange à discussão do papel do enfermeiro no cuidado ao transtorno mental.

Para tanto, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Enfermagem”, “Papel”, “Assistência” e “Saúde Mental”. Foram também realizadas as distintas combinações com o marcador Booleano “AND” e “OR”. Como critérios de seleção, foram selecionados os artigos publicados entre 2010 e 2019, isto é, nos últimos 09 anos, que abordassem uma temática da Enfermagem em saúde mental no contexto da humanização, que estivesse em português, disponível na íntegra.

Destes que foram selecionados, realizou-se a leitura de resumos e objetivos, e, posteriormente, foram descartados aqueles que não se enquadravam na proposta da revisão. Após a seleção dos artigos analisados, de início, verificou-se se havia adequação com o tema e caso houvesse dúvida diante os critérios, era realizada a leitura do artigo completo.

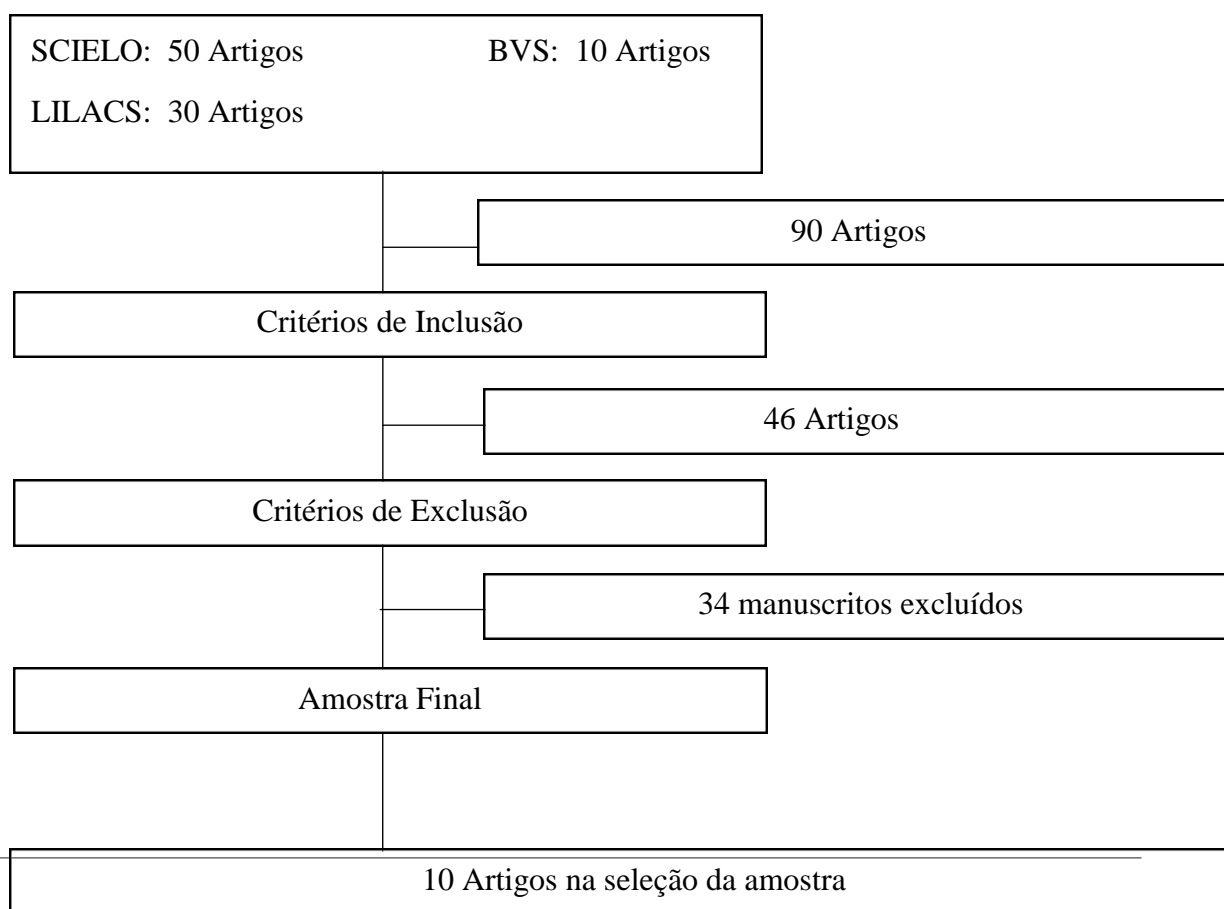
### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A posterior, serão descritos em fluxograma a seleção da amostra final dos manuscritos que serão discutidos nos resultados e discussões a partir de um quadro de representações. No entanto, a partir dos critérios de seleção a maioria dos artigos foram descartados por não se enquadravam na proposta da pesquisa, isto é, não relacionava o enfermeiro e humanização, não tinham sido publicados no período de 2010 e 2019, resultando por fim, na seleção final de 10 Artigos conforme os critérios de seleção previamente estabelecidos mediante aos aspectos metodológicos.

Para apresentar, sistematicamente, os principais resultados e discussões realizadas na presente investigação, foram organizadas, primeiramente um fluxograma de como aconteceu todo o percurso metodológicos, gerando os primeiros resultados na pesquisa por meio dos operadores booleanos e descritores.

Ao finalizar, foram organizados os resultados em quadros que resgata-se as ideais principais dos trabalhos por meio dos objetivos e identifica-se o papel do enfermeiro como agente transformador em um novo cuidado em saúde mental.

**Figura 1** – Fluxograma de seleção da amostra. Mossoró/RN, 2020



**Fonte:** Elaboração dos Autores (2020)

Por se tratar de uma revisão de literatura já disponível no meio acadêmico, como foi apresentado anteriormente. O presente estudo dispensa a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa que rege a execução de pesquisa com seres humanos, sendo apenas de caráter bibliográfico.

Para a melhor síntese dos resultados encontrados, foram organizados a seguir no quadro 01, obtendo as seguintes informações: ano de publicação, autor(es), título do artigo, periódico onde foi publicado e objetivo do trabalho.

**Quadro 01:** Artigos que compõem o corpus desta pesquisa, em relação ao ano da publicação, dos autores, título, periódico e objetivo, Mossoró/RN, 2020.

ANO	AUTOR(ES)	TÍTULO DO ARTIGO	PERIÓDICO	OBJETIVO
2010	KANTORSKI, L. P.	A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à luz do modo psicossocial	Revista Mineira de Enfermagem	Analisar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros no seu cotidiano de atuação em CAPS, especificamente com relação aos meios de trabalho, com base nos princípios do modo psicossocial.
2010	ALENCAR, A. K. B; FERNANDES, T. G.	Assistência de Enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por Metassíntese	Revista Saúde e Transformação Social	Identificar a literatura científica existente acerca da concepção e importância dada ao cuidado de enfermagem, além do próprio contexto histórico da assistência de enfermagem, ambos destinados a esse público
2010	KONDO, E. H. et.al.,	Abordagem da Equipe de Enfermagem ao usuário na emergência em saúde Mental em um pronto atendimento	Revista de Enfermagem da. USP	Conhecer a concepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental e analisar como se desenvolve a abordagem da equipe de enfermagem ao usuário com transtorno mental em situação de emergência.
2012	AZEVEDO, D. M; SANTOS, A. T	Ações de saúde Mental na Atenção Básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica	Revista Brasileira de Enfermagem	Identificar o conhecimento dos Enfermeiros da ESF sobre a assistência em saúde mental a partir da RP; e investigar a articulação entre CAPS e ESF no tocante às atividades de matriciamento.
2012	WAIDMAN, M. A. P. A. et al.,	Assistência de Enfermagem as pessoas com Transtorno Mentais e as Famílias na Atenção Básica.	Revista Act. Paulista de Enfermagem	Conhecer como os enfermeiros que atuam na Atenção Básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) percebem sua capacitação para assistir a pessoa com transtorno mental e sua família e identificar as atividades desenvolvidas por eles

2013	ESPERIDIÃO, E. et al.,	A enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios	Revista Brasileira de Enfermagem	Contextualizar a Enfermagem Psiquiátrica e a Saúde Mental no Brasil, considerando os principais marcos históricos, políticos e sociais que influenciam o cuidado de enfermagem nessa área.
2014	FABRI, J.M.M.G.; LOYOLA, C. M. D.	Desafios e necessidades atuais da enfermagem psiquiátrica	Revista de enfermagem da UFPE online	Identificar as necessidades evocadas pela equipe de enfermagem psiquiátrica nas unidades de internação, no convívio da loucura.
2015	MORAIS FILHO I. M. et. al.,	Concepções de enfermeiros de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidar a adultos com transtornos mentais graves- relato de experiência	Revisa	Identificar as concepções dos enfermeiros de um centro de atenção psicossocial de Goiânia (Brasil) sobre os cuidados por eles prestados aos adultos portadores de transtornos mentais graves. T
2015	MORAIS FILHO, I. M.. et al.	Atuação dos Enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão da literatura.	Revisa	Avaliar a atuação dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial segundo a literatura científica.
2015	CARRARA, G. Z. R. et al.	Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura	Revista Fafibe On-Line	Identificar através da revisão da literatura nacional, o conceito de vários autores sobre a assistência de enfermagem humanizada ao portador de doença mental.

**Fonte:** Dados da pesquisa (2019).

A seguir, apresenta-se um diálogo entre as ideias dos autores que tratam sobre a temática desta investigação.

*A priori*, reconhecendo as mudanças de paradigma - manicomial para o psicossocial – pode-se indagar que surgiram dificuldades e limites para a proposta de organização do cuidado que respeite a subjetividade dos indivíduos, valorizando as suas necessidades. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica e o modelo Psicossocial trouxeram a oportunidade para os enfermeiros redimensionarem sua função mediante a ressignificação de atividades já desempenhadas no modelo asilar e o desenvolvimento de novas atividades, vislumbrando o indivíduo na sua integralidade no contexto da assistência em Saúde Mental (KANTORSK, et. al. 2010).

Dessa forma enxergar o paciente com um indivíduo de forma integral insere-se na proposição da perspectiva Psicossocial:

Modelo Psicossocial considera o indivíduo em seus aspectos político, biológico, psicológico, social e cultural, bem como participante principal do tratamento, com ênfase na sua pertinência em um grupo familiar e social, uma vez que a loucura é considerada um fenômeno social, superando o modo asilar que centrava a doença como objeto de trabalho (KANTORSK et. al. 2010, p. 2).

Nesse sentido, as atividades desempenhadas dentro de uma área de conhecimento influenciam a definição dos saberes específicos de uma determinada categoria profissional, o que repercute na exclusividade ou no destaque na produção de condutas em saúde singulares. No caso do enfermeiro, essas atividades são claramente pautadas pela Lei do Exercício Profissional, a Lei nº 7.498/86, a qual norteia as ações da Enfermagem, da estrutura básica da instituição de saúde, chefia de serviços e da unidade de enfermagem; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços (MORÁES-FILHO et. al., 2015a).

Especificamente em relação à assistência em Saúde Mental, para Alencar e Fernandes (2010), as ideias relativas ao papel do enfermeiro possuem diferentes abordagens metodológicas. Desde décadas passadas, a Enfermagem vem relacionando-se amplamente à assistência psiquiátrica baseada no modelo controlador e repressor, tendo suas atividades realizadas por leigos, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvidas pelas irmãs de caridade.

Sobremais, o cuidado prestado referia-se a ações sem fundamentação teórico-prática que não vislumbravam tampouco valorizavam a humanidade dos indivíduos. Sob essa perspectiva, é necessário que o profissional da saúde tenha fundamentação sobre a sua atuação nesse processo de cuidar, para que possa ressignificar a execução das suas práticas de forma crítica e tenha uma visão integral, e, assim, conseguir maior êxito na realização de seus objetivos terapêuticos.

Na prática do cuidado em Enfermagem em Saúde Mental, ficam expressas ações exclusivas do enfermeiro como: a consulta de enfermagem, que se configura em estratégia a favor da pessoa e da sua

família, somando-se à supervisão e educação permanente da equipe de enfermagem. Infelizmente, há um choque teórico em torno da compreensão de que o papel do enfermeiro em serviços de Saúde Mental e o de oportunizar o usuário a se reconhecer e aperfeiçoar suas relações terapêuticas, o que demanda criatividade e diferentes modos de assistir (ESPERIDIÃO et al., 2013).

Desse modo, conforme Esperidião et al. (2013), embora o enfermeiro ainda lute para encontrar o seu papel dentro da assistência ofertada ao cliente psiquiátrico justamente pelo resquício da época manicomial, já vem agregando um papel importante no cuidado dos transtornos mentais. Essa percepção está relacionada às diretrizes que fundamentam o cuidado ao paciente psiquiátrico, apontada pela Portaria nº 3.088/11, que afirma que a Enfermagem possui um papel significativo.

Nesse panorama, todas as instituições que constituem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) preconizam a presença do profissional enfermeiro.

RAPS é constituída pelos seguintes componentes: I - atenção básica em saúde, II - atenção psicossocial especializada, III - atenção de urgência e emergência, IV - atenção residencial de caráter transitório, V - atenção hospitalar, VI - estratégias de desinstitucionalização e VII - reabilitação psicossocial (ESPERIDIÃO, et. al. 2013, p. 04)

Dessa forma, a assistência ao paciente psiquiátrico demanda um investimento significativo da subjetividade da pessoa que cuida e que acolhe, o contato constante com o lado emocional do cliente sem momentos de pausa dificulta a elaboração da vivência. Isso ocorre justamente com a Enfermagem, pois a demanda da carga horária de trabalho faz o enfermeiro estar em todos os níveis de atenção ao paciente psiquiátrico (FABRI; LOYOLA, 2014)

Ainda nesse sentido, Alencar e Fernandes (2010) ratificam que, nas rotinas dos serviços de saúde, os profissionais mais procurados são os enfermeiros, os quais desempenham um papel diferenciado para os indivíduos que procuram o serviço de saúde, pois, além de ter preparo profissional e ser o primeiro com quem estabelecem contato, os pacientes também se sentem mais acolhidos, estabelecendo um contato mais fácil, o que facilita a interação entre paciente-família-profissional.

Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional que estabelece maior vínculo com o paciente e a família.

O relacionamento terapêutico pode ser estabelecido com o uso de técnicas de comunicação terapêutica como ouvir reflexivamente, observação atenta a interpretação das mensagens verbal e não verbal, entre outros. Para que uma comunicação terapêutica ocorra o profissional deve ser direto, honesto, calmo, não ameaçador e transmitir aos pacientes a ideia de que está no controle da situação, agir de forma decisiva para protegê-los de dano a si mesmo ou a terceiros, utilizando-se da empatia para planejamento e avaliação da intervenção (KONDO et al., 2011).

Desse modo, a Enfermagem vem assumindo um papel de agente terapêutico, pela razão dos próprios profissionais possuírem influência nas relações interpessoais, por gerar modificações favoráveis e proporcionar interação em grupo, criando assim um relacionamento e comunicação eficazes com os sujeitos, ajudando-os a ressignificarem a sua identidade (ALENCAR; FERNANDES, 2010).

Assim, os enfermeiros no campo da saúde mental preocupam-se em sistematizar o cuidado de forma diferenciada no tratamento do sujeito com transtorno mental, viabilizando atitudes de respeito e dignidade para com os usuários e a sua família, a partir de métodos voltados para a individualidade do sujeito e participação deste em seu processo de tratamento, ao valorizar e estimular o autocuidado, além da reinserção em grupos sociais e comunitários (AZEVEDO; SANTOS, 2012).

De acordo com Carrara et al. (2015), o papel do enfermeiro no CAPS, por exemplo, está atrelado às mudanças preconizadas na política de atenção em Saúde Mental. Por isso, o enfermeiro precisa ter noções de acolhimento, elaboração de planos terapêuticos singulares e coordenação de grupos, o que exige uma expansão dos seus papéis na ação de cuidar para além dos núcleos da sua competência profissional. Sendo assim, a assistência de Enfermagem tem um papel singular em ações humanizadas em situações de sofrimento psíquico, como exemplo: parar um pouco e ouvi-lo, orientá-lo no uso de adornos e roupas, comportamentos alterados, tentativa de fugas, ideação suicida, auto e heteroagressividade.

Pensando numa assistência idealizada e praticada como mencionada anteriormente um dos obstáculos para a efetivação dessas condutas se dá no processo de formação do enfermeiro, levando em conta a problemática da graduação, que, muitas vezes, foca no campo das psicopatologias com ênfase em aspectos biologicistas e não na atenção psicossocial e nos diversos aspectos que perpassam essa situação de saúde-doença (MORÁES-FILHO et. al., 2015b).

Essa situação acontece, porque as ações de cuidado de Enfermagem em Saúde Mental se inserem num contexto enérgico e complexo que solicita do profissional muito mais que aspectos teóricos restritos da sua competência. Essa realidade faz com que o profissional saia da sua zona de conforto e solicite aspectos pertinentes à relação com o paciente, à equipe e à família, em particular a utilização do processo de trabalho do enfermeiro que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual pode ser um recurso para direcionar a conduta e o conhecimento das condições de saúde física e emocional do paciente em busca de reabilitação psicossocial, aperfeiçoando o cuidado em Enfermagem (MORÁES-FILHO et. al., 2015a).

De acordo com Carrara et. al. (2015), o papel do enfermeiro, atualmente, é de agente terapêutico, tendo como objetivo o compromisso com a qualidade de vida do indivíduo em sofrimento psíquico. No que tange à importância da humanização no cuidado em saúde mental é possibilitar o reencontro com a subjetividade do sujeito, ou seja, é uma mudança de um olhar clínico para um olhar mais compreensivo, único, e pessoal com uma escuta qualificada entre enfermeiro-paciente.



Para Kantorsk et. al. (2010), os enfermeiros estão trabalhando ativamente na construção de métodos e ambientes onde possam ter oficinas e aulas de algum método criativo, nos quais os usuários e seus familiares possam expor suas subjetividades, ou seja, a escuta atenta e a comunicação verbal e não verbal passam a ser aspectos fundamentais no tratamento.

Situação que torna o binômio paciente-família atuante no processo decisório do cuidado, propiciando autonomia ao próprio paciente, mostrando assim o fundamento da atenção psicossocial, que tenta ressignificar a imagem do sujeito em sofrimento psíquico como se fosse passivo, inerte, à mercê da assistência de outrem, por essa razão o sujeito participa de seu tratamento ativamente. Essa ação não visa estritamente a remissão total da sintomatologia, ou seja, a cura; mas se preocupa com a qualidade de vida das pessoas e a diminuição do sofrimento psíquico.

Com isso, o indivíduo, além de ser o personagem que atua com protagonismo nos conflitos existentes, passa a se enxergar no processo, buscando possibilidades de mudanças para sua reinserção social, e não mera adaptação social.

Para Kondo et al. (2011), com esse raciocínio, um relacionamento com o intuito de ajudar o paciente precisa ser criado de forma fundamentada através de ações e interações planejadas, seguindo a metodologia da comunicação terapêutica, no qual o profissional oferece-lhe compreensão, conforto, informação e instiga o sentimento de confiança e autoestima do paciente.

Para Waidman et. al. (2011), uma pauta que precisa ser discutida no que tange à Enfermagem na assistência ao público de Saúde Mental dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF's e a qualificação dos profissionais atuante nesse meio, pois sabendo que a ESF é um modelo de assistência que propicia a ação de promoção da saúde e prevenção de doenças. Trazendo o foco para as doenças mentais, o enfermeiro, nesse serviço de saúde, trata-se de figura fundamental, uma vez que estabelece o atendimento preventivo e acolhedor afim de proporcionar uma assistência humanizada e holística e, assim, contribuir para um melhor cuidado prestado.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Enfermagem no contexto de Saúde Mental surgiu antes da Reforma Psiquiátrica, no entanto a partir desse movimento foi sofrendo diversas mudanças na sua prática no decorrer dos anos. Uma dessas transformações é deixar de atrelar-se a pessoas leigas, executando tarefas de modo autômato, passando, assim, para pessoas com conhecimentos específicos pautados em base teórico-prática para a produção desse cuidado. Assim, mediante a criação de leis que normatizam novas políticas de saúde na assistência em saúde mental, as atribuições do enfermeiro passaram a tomar novas direções, assumindo o papel de agente terapêutico na reabilitação psicossocial do sujeito.

Essa nova concepção de assistência ao paciente psiquiátrico está vinculada à tentativa de autonomia do mesmo, com o intuito, pois, de retirar o foco do atendimento medicamentoso e assistir o sujeito em sofrimento psíquico de forma integral, holística e humanizada, trazendo o papel da enfermagem para o foco do diálogo e a escuta terapêutica como principal ferramenta da sua assistência, possibilitando ao indivíduo inserir-se no meio social e familiar exercendo seu direito enquanto cidadão garantido pela constituição.

Nesse sentido, o enfermeiro deve estar em processo de formação permanente, para acompanhar as mudanças necessárias para a produção de um cuidado em saúde que se aproxime, cada vez mais, por meio das ações de cura, prevenção e promoção da saúde com as necessidades do sujeito; contribuindo, por conseguinte, com a efetivação das políticas públicas de saúde nessa área. Há a importância da realização de cursos, oficinas, programas de formação a serem ofertados pelas instituições de saúde, mas também é um compromisso ético-político do enfermeiro buscar a construção desses conhecimentos.

Por isso, igualmente, é um desafio repensar, no que tange à formação inicial, o espaço da Saúde Mental nas matrizes curriculares de Enfermagem e como vem sendo trabalhado, não só no sentido de pensar essa temática como um componente curricular em um determinado período, e sim como uma proposta transversal que se faz presente ao discutir a atenção à saúde da criança e do adolescente; do adulto, enfocando as especificidades da mulher e do homem; do idoso, etc., nos diversos níveis de atenção. Argumenta-se que repensar a Saúde Mental no processo de formação do enfermeiro é um dos caminhos a se trilhar para a produção de um cuidado em saúde que contribua para a efetivação dos ideais da Reforma Psiquiátrica, ainda nos dias atuais.

Um dos principais empecilhos para a elaboração do presente trabalho foi a busca por referencial teórico que expusesse as reais demandas atuais da Enfermagem na assistência ao paciente psiquiátrico. Acredita-se, por fim, que a formulação dessa pesquisa possa nortear cada vez mais os profissionais de enfermagem na assistência em saúde mental, estimulando a ressignificação da sua prática profissional.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. K. B.; FERNANDES, T. G. Assistência de Enfermagem aos indivíduos com Transtornos Mentais: uma revisão da literatura por metassíntese. **Rev. Sau. transf. Soc.**, Florianópolis, v. 01, n. 01, p. 148-153. 2010. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/399>. Acesso em: 20 abril 2019.

ALMEIDA, P. A.; MAZZAIAL, M. C. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: vivência de enfermeiros da rede. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 05, p. 2282-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0678>. Acesso em: 20 abril 2019.

ALMEIDA, J.M.C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>. Acesso em: 26 fev. 2020.

AZEVEDO, D. M; SANTOS, A. T. Ações de saúde Mental na Atenção Básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica. **Rev. Pesq. Cuid. Fendam. Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p.306-314, 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>. Acesso em: 20 abril 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudanças no modelo de atenção.** Ministério da Saúde: Brasília, 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acesso em: 20 abril 2019.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Atenção Básica: Saúde mental.** Ministério da Saúde: Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em: 20 abril 2019.

\_\_\_\_\_. **Cadernos humaniza SUS: saúde mental.** v. 5. Ministério da Saúde: Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf). Acesso em: 20 abril 2019.

CARRARA, G. Z. R. et al. Assistência de Enfermagem humanizada em Saúde Mental: revisão da literatura. **Rev. Online**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 86-107, 2015. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015183642.pdf>. Acesso em: 20 abril 2019.

ESPERIDIÃO, E. et al. A enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, São Paulo. v. 66, n. 1, p. 171-176. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.159/S0034-71672013000700022>. Acesso em: 20 abril 2019.

FABRI, J. M. G.; LOYALA, C. M.D. Desafios e necessidades atuais da enfermagem psiquiátrica. **Revista de enfermagem de UFPE**, Pernambuco, v. 8, n. 3, p. 695-701, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9727/9818>. Acesso em: 20 abril 2019.

IBIAPINA, A. R. S; FERNANDES, M. A.; SILVA, E. M. Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em um hospital geral. **Revista Interd.**, Teresina. v. 8, n.º. 4, p. 163-173, 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/797>. Acesso em: 20 abril 2019.

MORÁES-FILHO, I. M. et al. Concepções de Enfermeiros de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o Cuidado a adultos com Transtornos Mentais Graves: relato de experiência. **Revista**, Goiás, v. 4, n. 2, p. 86-95, 2015a. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/242>. Acesso em: 20 abril 2019.

MORÁES-FILHO, I. M. et al. Atuação dos Enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão da literatura. **Revista**, Goiás, v. 4, n. 2, p. 155-169, 2015b. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/249>. Acesso em: 20 abril 2019.

KONDO, E. H. et al. Abordagem da Equipe de Enfermagem ao usuário na emergência em saúde Mental em um pronto atendimento. **Rev. Enferm. USP**, São Paulo. v. 45, n. 2, p. 501-507, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a27.pdf>. Acesso em: 20 abril 2019.

KANTORSKI, L. P. Atuação do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial a Luz do modo Psicossocial. **REME - Rev. Min. Enferm.**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 399-407, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/4793/3545/0>. Acesso em: 20 abril 2019.

LUZ, V. L. E. S. et al. Ações realizada pelo Enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Interned.** Santa Catarina, v. 7, n. 4, p. 1-12, 2014. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/368>. Acesso em: 20 abril 2019.

QUERIDO, A; DIXE, M.A.A esperança na saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. port. enferm. saúde mental**, Portugal, n. 3, p. 95-101, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0124>. Acesso em: 20 abril 2019.

SILVA, N. S. et al. Percepção de Enfermeiros sobre Aspectos Facilitadores e Dificultadores de sua Prática nos serviços de Saúde Menta. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v .66, n. 5, p. 745-52, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000500016>. Acesso em: 20 abril 2019.

SOARES, R. D. et al. O papel da Equipe de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Esc. Anna. Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 110-115, 2011 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100016>. Acesso em: 20 abril 2019.

TAVARES, C. et. al. Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. **Rev. port. enferm. saúde mental**, Portugal, v. especial, n. 4, p. 25-32, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0137>. Acesso em: 20 abril 2019.

WAIDMAN, M. A. P. A. et al. Assistência de Enfermagem as pessoas com Transtorno Mentais e as Famílias na Atenção Básica. **Rev. Act. Paut. Enfer.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 346-51, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300005>. Acesso em 20 abril 2019.

## Capítulo 6

**PÓS-MORTE COMO OBJETO DE TRABALHO: CONHECIMENTO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM**

Davenny Crystina Silva Rebouças<sup>1</sup>  
Amália Gonçalves Arruda<sup>2</sup>

**RESUMO**

Discorrer sobre os processos de morte e morrer no campo da enfermagem é conveniente, pois possibilita a reflexão sobre a auto concepção sobre o tema e as implicações no processo de cuidar. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa, realizado em uma instituição de ensino superior em Aracati/CE. Teve como objetivo geral avaliar o conhecimento do estudante de enfermagem sobre a atuação do enfermeiro após a morte do paciente e como objetivos específicos: compreender como os estudantes de enfermagem lidam com a morte; verificar quais as principais dificuldades do estudante de enfermagem em lidar com a morte e identificar o conhecimento sobre os campos de atuação do enfermeiro após a morte do paciente. O instrumento de coleta utilizado foi um questionário com perguntas abertas e fechadas. A amostra foi composta de 49 estudantes de enfermagem, de ambos os sexos, cursando o 9º semestre. Os principais resultados encontrados foram: conceito de morte com base biológica (22), espirituais (11), sentimentos angustiantes (09), situações inexplicáveis (07); principais dificuldades em lidar com a morte foram envolver-se emocionalmente com o paciente (12), lidar com os familiares (11), lidar com a dor da perda (08); o papel do enfermeiro no momento da morte tem dimensão técnica: retirar todos os dispositivos (42) e preparar o corpo (25); os principais serviços conhecidos que lidam com o pós-morte do paciente foram a central de transplantes (30), perícia forense (29) e vigilância epidemiológica (25). Conclui-se que os acadêmicos não têm conhecimento fundamentado e não se sentem preparados para atuar nos momentos da morte e pós-morte necessitando de um maior apoio acadêmico, de ordem técnica e psicológica.

**Palavras-chave:** Morte. Pós-morte. Acadêmicos de enfermagem.

**1. INTRODUÇÃO**

Vive-se num cotidiano onde falar a respeito de morte é falar sobre a morte do outro ou de si mesmo. Muitas vezes coloca-se a morte apenas como o estágio final de uma doença grave, e não como parte do processo do desenvolvimento humano (KOVÁCS, 2003 *apud* COSTA; MAZZALA, 2010). Falar da morte do outro parece fácil. Lidar com a família de quem morre, por vezes, é constrangedor.

Desde os primórdios as questões relativas à morte sempre estiveram relacionadas a indagações e mistérios, isso pode ser atrelado ao fato de que não há um consenso estabelecido pelas ciências e religiões sobre o fenômeno da morte. Morrer e morte são experiências humanas universais compreendidas como eventos biológicos que transcendem este prisma e assumem as dimensões religiosas, social, filosófica, antropológica, espiritual e pedagógica. Tais dimensões foram historicamente constituídas de acordo com cada época e cultura, de maneira que foram surgindo várias concepções, crenças e rituais relacionados à morte (SANTOS, 2007 *apud* MEDEIROS; BONFADA, 2012).

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pela Faculdade do Vale do Jaguaribe - FVJ. E-mail: davenncrystina@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestra em Saúde Pública e Bacharelada e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Beberibe/Ceará. Professora da FVJ. E-mail: amaliagoncalves@fvj.br

De acordo com Medeiros e Bonfada (2012), apesar de se tratar a morte como o fim da vida, sabe-se que esta pode acontecer em qualquer fase: ao nascer, na infância, na adolescência, na fase adulta, na senilidade. As dificuldades parecem ser mais relevantes diante da morte quando ela ocorre nas fases iniciais da vida, pois significa uma interrupção do ciclo tido como natural. Já na fase do envelhecimento, muitos a veem como extinção do sofrimento.

Muitos profissionais de enfermagem lidam com a morte diariamente em seu ambiente de trabalho, assim necessitando de preparo para lidar com o assunto. Nem sempre esses trabalhadores estão preparados emocionalmente e capacitados adequadamente para receber e cuidar dos pacientes e de suas famílias. Esta formação é fundamental visto ser eles os que permanecem frequentemente ao lado desses enfermos, oferecendo apoio e acompanhando o processo de morte.

Medeiros e Bonfada (2012) referem que o despreparo leva a necessidade de acompanhamento psicológico desses trabalhadores, principalmente para auxiliar nos processos de elaboração de luto e promover o bem-estar psíquico, elementos fundamentais para que seja desenvolvida uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes e seus familiares.

Denota-se assim, a premência da implantação de ações direcionadas à preparação dos profissionais de saúde, especialmente, de enfermagem uma vez que se acercam a todo instante e de modo íntimo dos sentimentos, das frustrações e da vivência de cada indivíduo que padece. Neste sentido é relevante valorizar a dimensão emocional da equipe de enfermagem, destacando que antes de cuidar do outro que está morrendo, é preciso cuidar da emoção dos que cuidam (MACHADO; LEITE; THANATO, 2006 *apud* JUNIOR; SANTOS; MOURA *et. al.*, 2010).

Lima (2012) infere que os enfermeiros que se denominam “frios” (grifos do autor) no contato com familiares agem dessa forma na tentativa de preservarem-se para não exporem sua vulnerabilidade humana, devido à impossibilidade de reformular os sentimentos de tristeza e impotência, naquele momento.

Percebe-se que a assistência de enfermagem no pós-morte, tanto ao noticiar a morte como ao prestar os cuidados ao corpo, traz sérios impactos emocionais ao profissional de enfermagem. Em virtude disto, reconhece-se que as instituições de ensino precisam estimular as discussões sobre a terminalidade, objetivando preparar o futuro profissional para os impactos após a consolidação da morte (MEDEIROS; BONFADA, 2012).

Lima *et. al.*, (2012) relatam que compete ao educador encaminhar o educando para a descoberta e a prática dos valores morais, éticos e bioéticos, por intermédio dos quais a educação ganha sentido e o próprio educando se emancipa, enquanto sujeito de suas próprias ações. A influência do docente e sua intervenção pedagógica, diante do tema morte, determina a base de formação profissional dos discentes.

Assim, pode-se entender que o processo da morte está associado à vida. Faz parte da essência humana, nascer e morrer. Diante disso o enfermeiro deve estar ciente dos seus cuidados durante a vida, na

promoção da saúde, na cura, na reabilitação, mas também na morte, buscando desenvolver o melhor cuidado ao paciente e sua família, não esquecendo as questões sociais que também permeiam o processo de morrer. Como também as instituições precisam dar o devido preparo para os seus educandos possibilitando um melhor acompanhamento do paciente terminal e preparo psicológico em dar a notícia aos seus familiares. Não deve pensar só no bem estar do paciente e da família, mas também no bem estar do profissional da saúde principalmente o enfermeiro que está ligado diretamente com o paciente (MEDEIROS; BONFADA, 2012; LIMA *et. al.*, 2012).

Entretanto a morte, muitas vezes não estabelece o fim do cuidado de enfermagem envolvendo os sujeitos. Há situações em que a assistência do enfermeiro se estende à cooperação na intervenção de algumas áreas como: vigilância epidemiológica, enfermagem forense, serviço de verificação de óbitos (SVO), transplante de órgão, dentre outros.

Assim sendo questiona-se se o acadêmico de enfermagem vem refletindo sobre essas extensões de cuidado associados ao processo de morrer. Os acadêmicos conhecem esses campos de atuação? Estão cientes de que a morte, nem sempre representa o fim do cuidado? Como refletem sobre a morte no processo de enfermagem? Estão sendo preparados devidamente para lidar com a morte? Como a academia tem ajudado os acadêmicos nesse processo? Quais as suas principais dificuldades?

Frente às indagações mencionadas, este estudo tem como objetivo geral avaliar o conhecimento do estudante de enfermagem sobre a atuação do enfermeiro após a morte do paciente. Como objetivos específicos: compreender como os estudantes de enfermagem lidam com a morte; verificar quais as principais dificuldades do estudante de enfermagem em lidar com a morte e identificar o conhecimento sobre os campos de atuação do enfermeiro após a morte do paciente.

## 2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva busca realizar um estudo de análises, o registro e a interpretação dos fatos que dão ênfase ao assunto abordado sem a interferência do pesquisador, tendo como principal fonte de coleta de informações a opinião (BARROS; LEHFELD, 2007). Quanto aos aspectos quantitativos Gil (2011), afirma que as características de uma população e a sua relação entre as variáveis podem ser classificadas sob este título sendo uma de suas características mais significativas a utilização de técnicas padronizadas, de coletas de dados.

O estudo foi desenvolvido na Faculdade do Vale do Jaguaribe (FVJ), localizada em Aracati-Ceará. A FVJ é uma instituição privada de ensino superior, mantida pela União de Educação e Cultura Vale do Jaguaribe LTDA. Constitui-se numa unidade de ensino superior comprometida com o desenvolvimento regional buscando a melhoria da qualidade de vida da população na qual está inserida contribuindo para o



desenvolvimento social, humano, cultural e econômico da região através de cursos nas áreas da saúde, educação, humanas, dentre outros (FVJ, 2017).

A população desta pesquisa foi constituída por estudantes do sexo masculino e feminino que frequentavam o 9º período do curso de graduação em Enfermagem. A escolha dessa população foi devido a serem estudantes que já estão no último ano do curso e que já passaram por praticamente todas as disciplinas ofertadas pela faculdade, com exceção das disciplinas de estágio e elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Para estabelecimento da amostra foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estar devidamente matriculado na instituição, aceitar participar da pesquisa, resultando numa amostra de 49 estudantes.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário composto de questões abertas e fechadas, elaborado pela autora. A coleta de dados foi realizada durante o mês de junho de 2017, com aplicação dos questionários nos intervalos de aulas, térmios de provas, ou durante a aula, com permissão do professor. Foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da aplicação dos questionários.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples utilizando-se de gráficos, quadros e tabelas.

O desenvolvimento da pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas da realização de pesquisas que envolvem seres humanos com diretrizes voltadas para ciências humanas e sociais (BRASIL, 2016).

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor visualização dos dados coletados o estudo foi subdivido nos seguintes subtemas: Caracterização dos sujeitos da pesquisa; Lidando com a morte; Papel do enfermeiro após a morte do paciente.

#### 3.1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Inicialmente considerou-se importante caracterizar os 49 estudantes pesquisados quanto ao sexo e a idade conforme apresentado na Tabela 1. Verificou-se que a maioria (75,5%) dos estudantes pertence ao sexo feminino, o que ainda verifica-se como predominância nos cursos de enfermagem. A média de idade foi 22 anos, sendo a idade mínima 21 e a máxima, 56 anos.

**Tabela 1** - Caracterização dos sujeitos do estudo. Alunos do 9º semestre de enfermagem. Faculdade do Vale do Jaguaribe. Aracati, Ceará, 2017.

SEXO	FAIXA ETÁRIA	TOTAL
------	--------------	-------

	21-30 anos	31-40 anos	>41anos	
<b>FEMININO</b>	31	04	02	37
<b>MASCULINO</b>	09	02	01	12
<b>TOTAL</b>	40	06	03	49

Fonte: Dados da pesquisa. Aracati, Ceará, 2017.

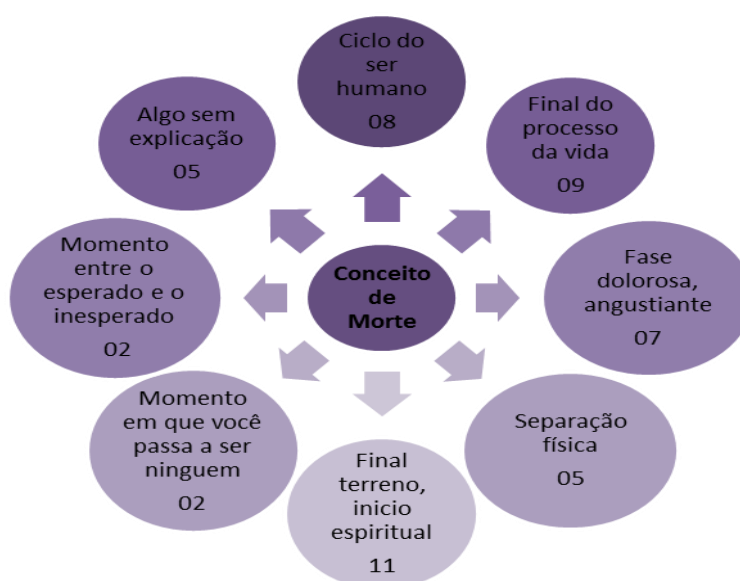
### 3.2. Lidando com a morte.

A morte e o morrer são experiências próprias da humanidade e que se estendem ao cotidiano das equipes de enfermagem (MEDEIROS; BONFADA, 2012). O enfermeiro traz consigo concepções, conceitos e experiências relacionadas com a morte adquiridas na sua história de vida, suas vivências, sejam de cunho social, religioso, cultural, familiar.

As questões relacionadas com a morte sempre estiveram atreladas a indagações, incertezas, mistérios, isso porque não há um consenso estabelecido entre as religiões e as ciências sobre o fenômeno da morte. Está associada a um evento biológico que transcende esse prisma assumindo dimensões religiosas, filosóficas, antropológicas, espirituais, pedagógicas (SANTOS, 2007 *apud* MEDEIROS; BONFADA, 2012).

A partir daí buscou-se conhecer o conceito de morte, de acordo com os sujeitos da pesquisa para buscar compreender as dimensões que envolvem este termo nos estudantes em questão. Os dados foram analisados e condensados nos descritores apresentados no Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Conceito de morte. Alunos do 9º semestre de enfermagem. Faculdade do Vale do Jaguaribe. Aracati, Ceará, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa. Aracati, Ceará, 2017.

Verificou-se no Gráfico 1 que falar da morte para uns não é fácil, já para outros é algo natural. A maioria das respostas (28) está associada a acreditarem que a vida é uma passagem da dimensão terrena para a espiritual, final do processo da vida, parte do ciclo do ser humano. São respostas relacionadas a aspectos religiosos e biológicos.

Quando afirmam que a morte faz parte do ciclo do ser humano, final do processo de vida, identifica-se uma tendência dos sujeitos a atribuir seus conceitos a cientificidade demonstrando que os aspectos biológicos são imprescindíveis para a determinação da morte do indivíduo (BRAGA; LEITE; COSTA, 2014).

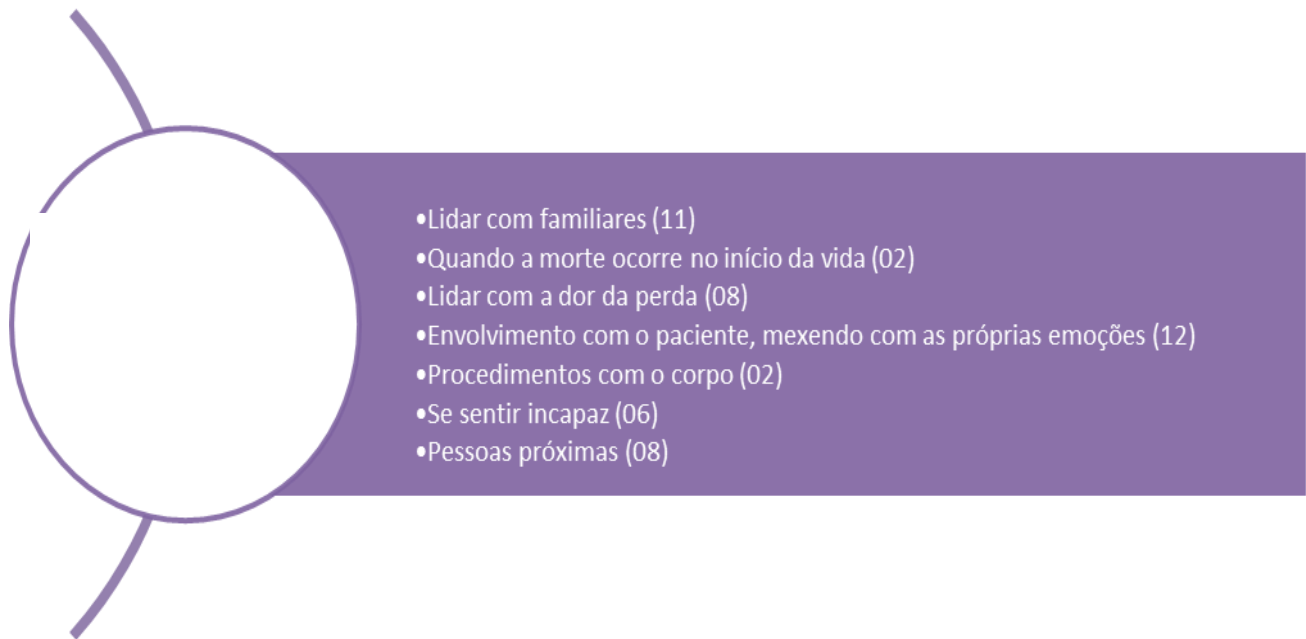
Por outro lado, também houve conceitos associados ao pesar, ao sofrimento e ao negativismo quando afirma que a morte é uma fase dolorosa, angustiante, algo sem explicação, momento em que a pessoa passa a ser ninguém. Vêem a morte como algo ruim, pois irão deixar de existir, causando medo e dúvida sobre a continuidade da vida após a morte.

Alguns referiram que a morte é algo incerto, esperado e ao mesmo tempo inesperado, sem explicações. Essas conceituações vão de acordo com os estudos de Safatle (2008 *apud* CUSTÓDIO, 2010) quando refere que a morte representa o cessar de um ciclo. Trata-se de uma circunstância natural que todos passarão, sendo fato que o homem é um ser para a morte. É fato que esse dia chegará, porém não se pode precisar o momento exato. Essa indistinção, aliada à incerteza do que encontrará adiante, a dúvida sobre a possível continuidade de alguma forma de vida, causa medo e instabilidade. Contudo, cada um apresenta uma reação de acordo com suas próprias experiências e formação cultural. Nesse contexto, o conceito de morte é relativo, dependendo do desenvolvimento psíquico e situação afetiva de cada pessoa. É complexo e mutável, depende do situacional.

A falta de coesão nos conceitos apenas vem demonstrar o que afirma Santos (2007 *apud* MEDEIROS; BONFADA, 2012) quando fala da falta de consenso entre as religiões e ciências sobre o conceito e a representação da morte, explicitada também nas afirmações dos sujeitos em estudo que estabeleceram seus conceitos baseados em vivências pessoais, espiritualidades, ensinamentos transgeracionais, conhecimentos pedagógicos.

Ainda buscando compreender como os sujeitos em estudo lidam com a morte foi questionado quais eram suas principais dificuldades explicitadas no Gráfico 2.

**Gráfico 2** – Dificuldades em lidar com a morte. Alunos do 9º semestre de enfermagem. Faculdade do Vale do Jaguaribe. Aracati, Ceará, 2017.



**Fonte:** Dados da pesquisa. Aracati, Ceará, 2017.

No gráfico 2, os sujeitos em estudo demonstram suas dificuldades em lidar com a morte, onde os principais pontos em questão foram: envolvimento com o paciente mexendo com as próprias emoções (12), dificuldades em lidar com os familiares (11), lidar com a dor da perda, principalmente de pessoas próximas (08).

Os acadêmicos demonstram dificuldades ao se depararem com a morte de seus pacientes principalmente quando este acontecimento mexe com as suas próprias emoções. Relatam não estarem preparados para enfrentar. Acreditam estarem tão envolvidos, passando por todas as situações de sofrimento e angústia do paciente no estágio final, que não aceitam a morte como algo natural da vida. Isto poderá interferir no desenvolvimento das atividades, prejudicando a assistência aos pacientes.

De acordo com Carvalho e Valle (2006 *apud* LIMA et.al., 2012) isso ocorre devido à morte do outro nos remeter a nossa própria finitude, pois cuidar do ser humano que está morrendo nos faz pensar na fragilidade da vida, nas impotências, promovendo distanciamento ou fuga a fim de se preservar psicologicamente e emocionalmente.

Outro aspecto relacionado foi a dificuldade em lidar com os familiares. Sentem-se desconfortáveis e inseguros em abordar os familiares por não saberem como receberão a notícia ou por terem a certeza da promoção do sofrimento que a notícia ocasionará na família.

A sociedade ocidental nega a morte e a educação que é oferecida aos profissionais de saúde não se diferenciam do restante da sociedade. Devido a isso os acadêmicos de saúde têm dificuldades em abordar as

famílias devido as suas próprias dificuldades em lidar com a morte denotando que, muitas vezes preferem dedicar-se aos cuidados mais técnicos e burocráticos do que ao contato mais próximo daqueles que estão em sofrimento diante da morte de alguém (BERNIERE; HIRDES, 2007 *apud* LIMA et.al.,2012) .

Em se tratar da dor da perda sendo de pessoas próximas, ou com pacientes onde se formou vínculos, surgem sentimentos de incapacidade, sensação de falha na prestação da assistência, pois os profissionais de saúde são preparados para manutenção, preservação e recuperação da vida o que é confirmado nos estudos de Bellato *et. al.* (2007 *apud* LIMA et. al., 2012) quando mencionam que os profissionais de saúde encontram dificuldades em encarar a morte como processo da vida, pois consideram a sua ocorrência como resultada do fracasso terapêutico e do esforço pela cura.

Em relação à impotência, verifica-se que o homem atual encontra-se desaparelhado para enfrentar a morte como um fato, posto que sua emergência venha sempre acompanhada da ideia de fracasso do corpo, do sistema de atenção, da sociedade, das relações com Deus e com os homens. Ou seja, por mais que a tecnologia possa vir a contribuir com todo o seu aparato, nem sempre é o suficiente e, quando isso ocorre, o homem, geralmente, sente-se impotente (SILVA; SILVA, 2007 *apud* MOTA *et. al.*, 2011).

Percebe-se a necessidade de um preparo adequado para esses acadêmicos de enfermagem, futuros profissionais que estarão vivenciando a morte e morrer do paciente.

Ao questionar os sujeitos em estudo sobre como a faculdade tem preparado os acadêmicos de enfermagem para enfrentar as situações de morte a maioria (39) relatou, que não estão recebendo esses ensinamentos no universo acadêmico. Revelaram que existem muitas falhas em relação a falar sobre a morte.

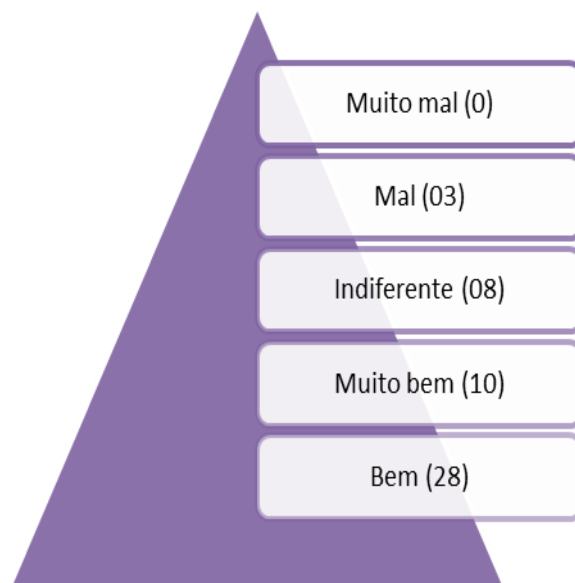
Para outros (10) a formação acadêmica está associada à disciplina de psicologia aplicada à saúde, onde puderam associar que a morte é algo natural, onde discutiram as questões emocionais que envolvem a morte e o morrer. Demonstraram que cada um tem o seu modo de agir diante da morte e que o envolvimento neste universo não está relacionado apenas a aspectos técnicos, científicos, mas também psicológicos.

Ressalta-se que estes alunos terão uma experiência mais prática sobre o processo de morrer nos campos de estágio onde Santos e Hormanez (2013) enfocam que a abordagem do assunto apenas em campo prático não é suficiente para preparar os estudantes de enfermagem para o enfrentamento do cuidado no processo de morte/morrer. Sabe-se que, ao proporcionar ao acadêmico um esclarecimento sobre o que realmente é a morte, o docente enriquece o conhecimento do discente acerca de tal processo, sendo fundamental que cada professor provoque momentos de reflexão e supervisão após as primeiras experiências dos alunos com o fato, para que estes se sintam mais seguros e preparados para conviver futuramente com tal ocorrência, visto que os mesmos demonstram a necessidade de contar com espaços no cotidiano profissional para reflexão e apoio emocional.

Lima *et. al.* (2012) evidenciaram nos seus estudos que os cursos de formação na área de saúde atribuem pouca ou nenhuma importância à abordagem da terminalidade humana o que é algo preocupante visto ser a morte algo inevitável na rotina dos serviços.

Ainda na perspectiva de compreender como os sujeitos em estudo lidam com a morte foi questionado como estavam se sentindo respondendo ao questionário. Como estavam se sentindo tendo que pensar e refletir sobre a morte. O resultado é expresso no gráfico 3.

**Gráfico 3** – Sentimento em pensar e refletir sobre a morte. Alunos do 9º semestre de enfermagem. Faculdade do Vale do Jaguaribe. Aracati, Ceará, 2017.



**Fonte:** Dados da pesquisa. Aracati, Ceará, 2017.

No gráfico 3, percebe-se que mesmo os estudantes tendo referido que ainda não estão preparados para lidar com a morte, sentem-se bem a muito bem (38) em falar sobre ela, mesmo que a morte seja permeada por sentimentos negativos, anteriormente expressos. Discutir sobre a presença de sentimentos negativos é um exercício para a presença de qualidade no atendimento ao paciente e a familiares. O indivíduo é formado pela razão e emoção, tendo que sempre manter o seu bem estar para enfrentar a situação.

Dentre os pesquisados também houve os que se sentiram indiferentes (08) ou mal (03), pelo fato de terem medo da morte e não se sentirem bem em falar sobre o assunto. Acredita-se, que muitas vezes, não seja uma temática abordada no convívio familiar como também na instituição de ensino.

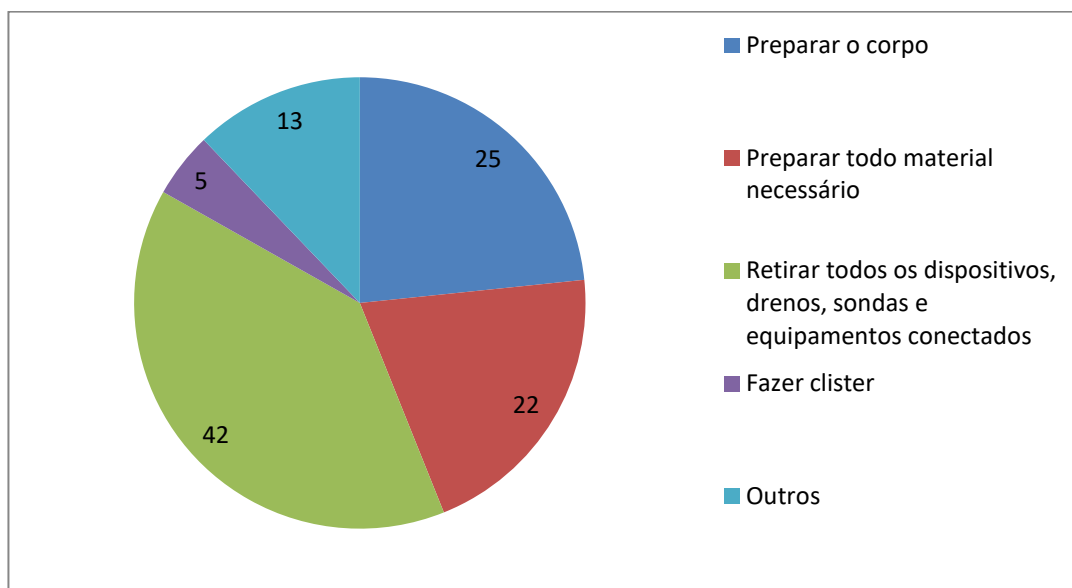
As questões inerentes do processo de morte/ morrer perpassam a relação enfermeiro-paciente, englobando também as relações com os familiares. Neste sentido, é compreensível a urgência da discussão e reflexão sobre a questão na formação do enfermeiro, dando enfoque na preparação emocional e nas relações

interpessoais desses acadêmicos, ao enfrentarem esse processo. É necessário, pois, a criação de espaços em que se compartilhem experiências que contribuam para o encontro da melhor abordagem com o melhor caminho para a implementação do tema nos cursos de graduação em enfermagem (BANDEIRA *et. al.*, 2014).

### 3.3 Papel do enfermeiro após a morte do paciente.

Deste ponto em diante o estudo apresenta o conhecimento dos sujeitos em estudo no desenvolvimento do papel do enfermeiro no momento da morte e pós- morte do paciente.

**Gráfico 4** – Papel do enfermeiro após a morte do paciente. Alunos do 9º semestre de enfermagem. Faculdade do Vale do Jaguaribe. Aracati, Ceará, 2017.



**Fonte:** Dados da pesquisa. Aracati, Ceará, 2017.

Conforme apresentado no gráfico 4, as atividades mais mencionadas pelos acadêmicos como cuidados de enfermagem logo após a morte do paciente foram: retirar todos os dispositivos (85,7%); preparar o corpo (51%); preparar todo o material necessário (44,8%).

Cavalcante *et.al.*, (2014) mencionam que o cuidado de enfermagem apresenta a dimensão técnica e a dimensão bioética. Que a dimensão técnica envolve as habilidades do profissional, o cumprimento de protocolos e tecnologias específicas para esse cuidado e que a dimensão bioética refere-se ao âmbito das relações interpessoais com o paciente e família.

Percebe-se que os sujeitos em estudo estão mais atentos ao cumprimento das dimensões técnicas do que das dimensões bioéticas que devem estar relacionados com as dificuldades apresentadas anteriormente neste estudo.



Preparar o corpo para entregar a família faz parte das atribuições do enfermeiro, no entanto também faz parte de suas atribuições darem a notícia para família, o que é apresentado como uma das dificuldades dos acadêmicos em estudo.

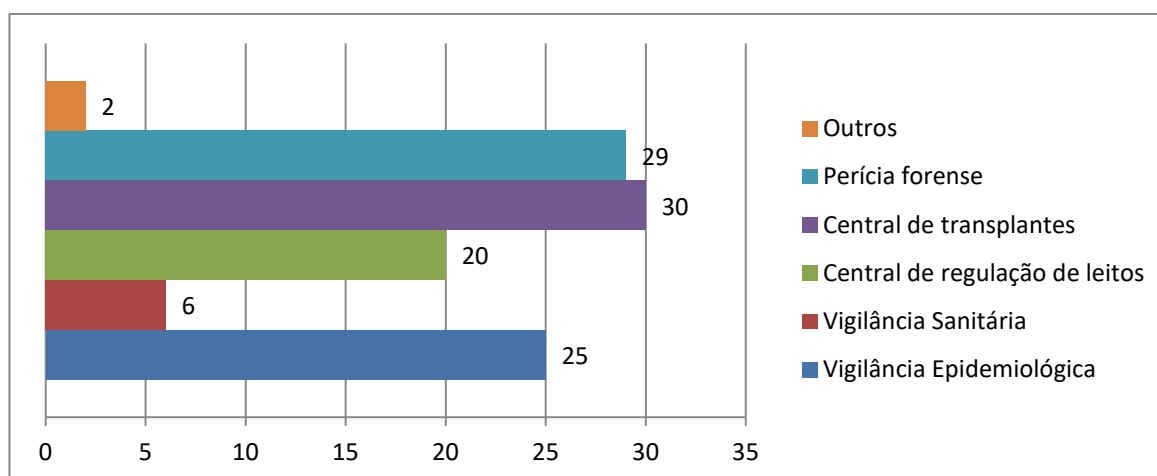
O preparo do corpo pós-morte faz parte do cotidiano, não podendo ser retirado das atribuições do enfermeiro. A forma de enfrentar a morte no momento do preparo de um corpo depende muito de como esta é representada nos contextos de vida de cada um. Cavalcante *et. al.* (2014) verificaram também em seus estudos que lidar com processos de morte e morrer é algo complexo e exige dos enfermeiros qualificação e maturidade emocional.

A seguir, o gráfico 5 retrata o conhecimento dos acadêmicos a respeito dos locais de atuação do enfermeiro, relacionados com o pós-morte do paciente. Verifica-se que estes têm conhecimentos consolidado sobre campos de atuação em hospitais, postos de saúde, maternidades, dentre outros, onde é prestado atendimento buscando melhorar a saúde das pessoas e onde também são oferecidos campos de estágio pela faculdade.

Verifica-se no gráfico 5 que os principais locais de atuação do enfermeiro, interligados com a morte do paciente, de acordo com os sujeitos do estudo, foram: central de transplantes (61,2%), perícia forense (59,1%), e vigilância epidemiológica (51%).

Ressalta-se que 20 sujeitos (40,8%) mencionaram a central de regulação de leitos como local de atuação interligado com a morte do paciente, no entanto é um local onde apenas são regulados os pacientes que ainda estão vivos e precisando de assistência. A vigilância sanitária também não condiz como espaço de atuação após a morte do paciente, sendo mencionada por 06 sujeitos (12,2%). Esses dados demonstraram desconhecimento dos sujeitos quanto à finalidade destes serviços de saúde

**Gráfico 5** – Local de atuação do enfermeiro após a morte do paciente. Alunos do 9º semestre de enfermagem. Faculdade do Vale do Jaguaribe. Aracati, Ceará, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa. Aracati, Ceará, 2017.

O enfermeiro que atua na central de transplantes deve estar apto a procurar órgãos de doadores vivos e falecidos, administrando todos os aspectos dos processos de doação e exercer papéis relacionados ao transplante, no que tange aos cuidados aos pacientes que estão na fila de espera (candidatos) e os que já realizaram ou vão realizar os transplantes (receptores) (ITNS, 2011 *apud* MENDES *et.al.*, 2012).

O transplante de órgãos é uma opção de tratamento para melhoria de vida de pessoas de qualquer idade que apresentam doenças crônicas de caráter irreversível e em estágio final. O processo é gratuito com critérios para o doador vivo e falecido. Os transplantes têm dado avanço no tratamento de doença do pâncreas, pulmão, fígado, intestino, rim e coração, além do transplante de córnea e tecidos. (MENDES; ROZA; BARBOZA, 2012).

Os enfermeiros devem estar cientes e sistematizar padrões relacionados à proteção de informações de saúde de doadores, candidatos e receptores de transplante. Neste sentido, seguir as exigências de documentações em nível local, estadual e federal, e mesmo de organizações profissionais (como por exemplo, Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos), é uma das questões legais que os enfermeiros devem lidar no dia-a-dia de sua atuação profissional (MENDES *et. al.* 2012).

A enfermagem forense está ligada a atuação em lugares onde existam pessoas em situação de violência, onde o enfermeiro examina, coleta evidências e presta cuidados a essas vítimas. O enfermeiro forense tem formação especializada nas diversas violências, inclusive as que causaram a morte, investigando os casos, sendo um elo entre o cenário do crime, as vítimas envolvidas e o Direito. Também podem ser solicitados para testemunhar em tribunal como perito (SILVA; SILVA, 2012, 2009 *apud* NERY *et. al.*, 2014).

A recém-criada associação portuguesa de enfermagem forense (APEFORENSE) representa um passo significativo para o crescimento e consolidação da enfermagem forense no país. A sua missão inclui: contribuir para a formação técnico-científica dos enfermeiros em enfermagem forense; fomentar, apoiar e divulgar a investigação na área; promover uma estrutura de formação em enfermagem forense e a sua acreditação; fomentar a formação na área da medicina legal e ciências forenses, tendo em vista a introdução de unidades curriculares no CLE e em pós-graduações; celebrar protocolos de colaboração com diferentes associações ou entidades; promover a qualidade dos cuidados de enfermagem forense; entre outras (APEFORENSE, 2011 *apud* LIBÓRIO; NUNES, 2012).

A vigilância epidemiológica (VE) caracteriza-se como uma importante ferramenta de coleta, investigação e análise sobre os diversos agravos de saúde pública, como também o acompanhamento da natalidade e mortalidade. O acompanhamento correto desses indicadores pela VE possibilita a visualização das principais causas de morbidade e mortalidade possibilitando aos gestores e técnicos, tomadas de decisão para a melhoria da saúde dos cidadãos (BRASIL, 2014; FRIAS; SZWARCOWALD; LIRA, 2014).

O enfermeiro que trabalha na VE deve, dentre outras, confirmar o número e as causas dos óbitos, resultados de descrições clínicas e diagnósticos por laboratório a fim de impedir novos casos (BRASIL, 2014).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da presente pesquisa, avaliou-se que os acadêmicos não tem um conhecimento coeso e fundamentado sobre a sua atuação nos processos de morte e pós-morte de seus pacientes.

Percebe-se que apresentam dificuldades em lidar com a morte desde as suas questões conceituais a questões práticas de cuidado. Sentimentos como medo, tristeza, impotência foram presentes no decorrer do estudo dificultando o cuidado propriamente dito ou o privilegiando em sua dimensão técnica em detrimento da dimensão bioética.

Outro elemento destacado é a dificuldade em lidar com familiares no momento da morte de um ente querido. Verificou-se que essa dificuldade está associada tanto a questões de vínculo adquirido com a família e o paciente, como também das fragilidades que a morte expõe o profissional enquanto ser humano.

Verificou-se também que os sujeitos em estudo apontam como deficitária a abordagem do tema durante o processo acadêmico, ressaltada apenas a disciplinas de psicologia aplicada à saúde.

Sendo assim, faz-se necessário ampliar a visão da instituição em oferecer disciplinas teóricas, rodas de conversa, palestras, cursos, dinâmicas, onde sejam discutidas questões sobre a morte e o morrer, ou mesmo a oferta de tanatologia na grade do curso.

A reformulação dos currículos dos cursos de enfermagem é importante para que os profissionais não se sintam despreparados ou desamparados ao lidarem com a morte em seus diversos espaços de cuidado. Ressalta-se que o primeiro contato direto com a morte, enquanto profissionais, é no campo de estágio, fazendo-se necessários outros momentos prévios para uma melhor qualificação técnica e emocional.

Quanto aos espaços de atuação do enfermeiro relacionados ao pós-morte, os sujeitos em estudo demonstraram reconhecer os principais serviços existentes como a central de transplantes, a perícia forense e a vigilância epidemiológica, porém o estudo apresenta limitações quanto ao conhecimento, dos sujeitos em estudo, sobre como é desenvolvida a atuação do enfermeiro nesses serviços.

Fica claro que os problemas dos acadêmicos de enfermagem em lidar com a morte e desenvolverem ações vinculadas ao processo de morrer não podem ser resumidas exclusivamente ao ambiente onde ela ocorre (hospitais, comunidades, domicílios) ou onde é discutida (faculdade, espaços sociais, religiosos, dentre outros). A temática envolve múltiplos fatores intrínsecos e extrínsecos à natureza humana, dentre eles, sua condição psíquica, espiritual, social.

Reconhecem-se as limitações do estudo, dentre elas, fica-se o questionamento sobre o que os acadêmicos conhecem das atribuições do enfermeiro nos serviços diretamente relacionados com o pós-morte dos pacientes, no entanto, espera-se que este estimule a outros pesquisadores a aprofundarem o assunto e que o mesmo sensibilize o universo acadêmico na inclusão de disciplinas que abordem a morte ou fortaleça essa temática nas disciplinas já existentes.

## REFERENCIAS

BANDEIRA D. et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 23, n. 02, p. 400-407, abr.-jun., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000660013> Acesso em: 20/03/17.

BARROS, S. et al. Fundamentos de metodologia científica. 3 ed. São Paulo: Pearson, 2007. Disponível em: <http://www.travessa.com.br/fundamentos-de-metodologia-cientifica/artigo/3950861c-6ff9-4713-a154-1cadedd038ad> Acesso em: 25 jun. 2017.

BRAGA, J.F; LEITE A.O; COSTA, G.M. Doação de órgão e tecidos: a dualidade vida e morte na percepção dos profissionais da saúde. *TEMA - Revista Eletrônica de Ciências*, São Paulo, v. 15, n. 23, p. 01-15, 2014. Disponível em: <http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/view/251> Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em: 25 jun. 2017.

CAVALCANTE et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgão. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 06, nov. - dez., p. 567-572, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf> Acesso em: 25 jun. 2017.

COSTA A.M, MAZZALA M.C. a importância do preparo do enfermeiro no processo de morte e morrer. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, São Paulo, ano 8, n. 23, jan., p. 54-58, 2010. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/viewFile/964/786](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/964/786) Acesso em: 25 jun. 2017.

CUSTÓDIO, M.R.M. O processo de morte e morrer no enfoque dos acadêmicos de enfermagem. *Revista de Psicologia*, São Paulo, v. 13, n. 18, 2010. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2538/2425> Acesso em: 25 jun. 2017.

FRIAS P.G, SZWARCWALD C.L, LIRA P.I.C. Avaliação dos sistemas de informação sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 20088-2080, out., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00196113> Acesso em: 25 jun. 2017.

FACULDADE DO VALE DO JAGUARIBE - FVJ. Contexto institucional. 2017. Disponível em: <http://www.fvj.br/institucional/a-instituicao>. Acesso em: 25 jun. 2017.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2010. Disponível em: [https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/232902/mod\\_resource/content/1/O%20que%20%C3%A9%20pesquisa\\_a\\_O%20que%20%C3%A9%20fazer%20pesquisa%20%28Gil.pdf](https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/232902/mod_resource/content/1/O%20que%20%C3%A9%20pesquisa_a_O%20que%20%C3%A9%20fazer%20pesquisa%20%28Gil.pdf) Acesso em: 25 jun. 2017.

SILVA JUNIOR, F. J. et al. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 64, p.1 122-1126, nov. – dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a20.pdf> Acesso em: 25 jun. 2017.

LIBÓRIO R.P.G. Práticas de enfermagem forense: conhecimentos em estudantes de enfermagem. Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2193> Acesso em: 25 jun. 2017.

LIMA, A. A. F. Doação de órgãos para transplante: conflitos éticos na percepção do profissional. Artigo de Revisão. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 01, p. 27-33, 2012. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/doacao\\_orgaos\\_transplante\\_conflitos\\_eticos.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/doacao_orgaos_transplante_conflitos_eticos.pdf) Acesso em: 25 jun. 2017.

LIMA, M. G. R et al. *Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico*. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 03, set., p. 190-197, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300025> Acesso em: 25 jun. 2017.

MEDEIROS Y.K.F; BONFADA D. *Refletindo sobre finitude: um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade*. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 13, n. 04, p. 845 – 852, 2012 13 (4). Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324027983014/> Acesso em: 25 jun. 2017.

MENDES K.D.S et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 04, p. 945-953, out.- dez., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400027&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400027&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 25 jun. 2017.

MOTA M.S et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 32, n. 01, p. 129 – 135, mar., 2011. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/1161> Acesso em: 25 jun. 2017.

OLIVEIRA R.J, BRETAS J.R.S, YAMAGUTI L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 03. P. 386 – 394, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/730.pdf> Acesso em: 25 jun. 2017.

SANTOS M.A, HORMANEZ M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 09, p. 2757-2768, 2013 Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Manoel\\_Santos/publication/256290563\\_The\\_attitude\\_among\\_nursing\\_professionals\\_and\\_students\\_when\\_facing\\_death\\_A\\_review\\_of\\_the\\_scientific\\_literature\\_of\\_the\\_last\\_decade/links/54dae4060cf233119bc46184/The-attitude-among-nursing-professionals-and-students-when-facing-death-A-review-of-the-scientific-literature-of-the-last-decade.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Manoel_Santos/publication/256290563_The_attitude_among_nursing_professionals_and_students_when_facing_death_A_review_of_the_scientific_literature_of_the_last_decade/links/54dae4060cf233119bc46184/The-attitude-among-nursing-professionals-and-students-when-facing-death-A-review-of-the-scientific-literature-of-the-last-decade.pdf) Acesso em: 25 jun. 2017.

TAVERNA G, SOUZA W. O luto e suas realidades humanas diante de perda e do sofrimento. Caderno Teológico da PUCPR, Curitiba, v.2, n.1, p.38-55, 2014. Disponível em: [www2.pucpr.br/reol/index.php/teologico?dd99=pdf&dd1=14546](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/teologico?dd99=pdf&dd1=14546) Acesso em: 25 jun. 2017.

## Capítulo 7

**REFLEXÕES SOBRE “DAR À LUZ NO FIM DO TÚNEL”: O RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTUDANTE DE MEDICINA NO SERTÃO BRASILEIRO****Lucas Fernandes da Silva<sup>1</sup>**Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
[lucas\\_fila@hotmail.com](mailto:lucas_fila@hotmail.com)**Emanuelly Gomes Dario Santos<sup>2</sup>**Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
[emanuelygomes27@gmail.com](mailto:emanuelygomes27@gmail.com)**Agnes Félix<sup>3</sup>**Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
[agnesfelix1@hotmail.com](mailto:agnesfelix1@hotmail.com)**Jéssica Farias<sup>4</sup>**Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
[fariasjessicad@gmail.com](mailto:fariasjessicad@gmail.com)**Ana Luiza de Oliveira e Oliveira<sup>5</sup>**Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
[aluloli@gmail.com](mailto:aluloli@gmail.com)**Janine Karla França da Silva Braz<sup>6</sup>**Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
[jani\\_karla@ufrn.edu.br](mailto:jani_karla@ufrn.edu.br)**RESUMO**

As ações integradas de ensino-serviço-comunidade nas cidades do interior da região Nordeste são consideradas importantes para prover e fixar os futuros profissionais médicos. Nessa perspectiva, a Vivência Integrada na Comunidade (VIC) da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Caicó/RN) proporciona desde os anos iniciais do curso de medicina a imersão na realidade das redes de saúde. Assim, o estudante aprende através da vivência no território/comunidade a identificar problemas e refletir na melhora da atenção a saúde básica. Com isso, um dos problemas identificados pelo estudante de medicina durante a VIC foi o desconhecimento do atendimento humanizado através de doulas na cidade de Caicó (RN), sertão potiguar, como estratégia para as boas práticas obstétricas. Portanto, esse artigo almeja relatar a experiência de um estudante do curso de medicina em um hospital do sertão brasileiro,

---

<sup>1</sup> Estudante de graduação em medicina, Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

<sup>2</sup> Estudante de graduação em medicina, Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

<sup>3</sup> Estudante de mestrado, Programa de Pós-graduação Educação, Trabalho e Inovação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

<sup>4</sup> Professora da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Av. Cel. Martiniano, 354, Caicó - RN | CEP: 59300-000.

<sup>5</sup> Professora da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Av. Cel. Martiniano, 354, Caicó - RN | CEP: 59300-000.

<sup>6</sup> Professora da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Av. Cel. Martiniano, 354, Caicó - RN | CEP: 59300-000.



proporcionando um elo entre a universidade e sua função social. Com o relato apresentado espera-se incentivar e desmistificar a existência do plano de parto e a presença da doula, de maneira que se tornem uma estratégia efetiva para a redução de intervenções de risco em gestantes. Além disso, que impulse o investimento para a formação de profissionais críticos para a humanização do parto.

**Palavras-chave:** Doula; Educação Médica; Humanização d a assistência; Parto Humanizado

## Abstract

Integrated teaching-service-community actions in the interior cities of the Northeast region are considered important to provide and establish future medical professionals. In this perspective, the Vivência Integrada a Comunidade (VIC) of the Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Caicó/RN) has provided immersion in the reality of health networks since the initial years of the medical course. Thus, the student learns through living in the territory/community to identify problems and reflect on improving basic health care. Thus, one of the problems identified by the medical student during VIC was the lack of knowledge of humanized care through doulas in the city of Caicó (RN), in the backlands of Rio Grande do Norte, as a strategy for good obstetric practices. Therefore, this article aims to report the experience of a medical student at a hospital in the Brazilian hinterland, providing a link between the university and its social function. With the report presented, it is expected to encourage and demystify the existence of the birth plan and the presence of the doula, so that they become an effective strategy for reducing risk interventions in pregnant women. In addition, to encourage investment in the training of professionals critical to the humanization of childbirth.

**Keywords:** Doula; Humanizing delivery; Humanization of assistance; Medical Education.

## Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o Brasil tem acompanhado a intensificação dos movimentos em prol da reorientação da formação médica objetivando a aproximação da premissa profissional às necessidades emergentes de um sistema de saúde público orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade e ordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS) (MELO et al, 2017).

Dentre as medidas adotadas em prol da reformulação das escolas médicas, destaca-se o Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013. O programa tem por objetivos reorientar a formação médica no Brasil, exercendo papel trivial na revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina (DCN), publicadas em sua última versão no ano de 2014, e desenvolver ações com vistas a suprir a carência de profissionais médicos. Para tanto, o PMM prevê, além do provimento emergencial de médicos e a ampliação dos investimentos em saúde básica, a criação de novas vagas para graduação e residência em medicina, especialmente nos interiores das regiões Norte e Nordeste, consideradas prioritárias no provimento e fixação dos profissionais médicos (MELO et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2017).

Nesse cenário torna-se necessária à abertura e a interiorização dos cursos de medicina no Brasil. Assim, a Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

(UFRN) abarca o *campi* em 3 cidades do interior do estado do Rio Grande do Norte: Santa Cruz, Currais Novos e Caicó (sendo essa última a sede administrativa do curso). O seu Projeto Pedagógico Curricular (PPC) norteia a construção de um currículo integrado, fundamentado na utilização de metodologias de ensino-aprendizagem centrada nos estudantes e no ensino baseado na comunidade. Isso proporciona ações integradas de ensino-serviço-comunidade desde os anos iniciais do curso (MELO et al, 2017).

Dentre as estratégias protagonizadas pela EMCM para ensino na comunidade, destaca-se a Vivência Integrada na Comunidade (VIC). A VIC é um componente curricular obrigatório ofertado semestralmente do segundo ao oitavo período, totalizando sete módulos, cada um com 120 horas de carga horária teórico-prática. Estruturado no modelo de internato longitudinal, a VIC orienta-se, principalmente, pela Aprendizagem Baseada em Vivências e Aprendizado Baseado no Território/Comunidade e tem como objetivo promover a experiência de aprendizagem no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos pilares da EMCM, que busca a transformação da realidade social e da educação médica no interior do estado (OLIVEIRA et al, 2019).

Durante a VIC, os estudantes são divididos nos municípios (Caicó, Currais Novos e Santa Cruz) para imersão. Durante 4 semanas, os estudantes vivenciam a realidade das redes de saúde destes municípios. A VIC centra-se na estrutura do SUS para organização das ações e visa a longitudinalidade do processo. Nessa dinâmica o estudante desenvolve suas ações sempre na mesma Unidade Básica de Saúde, sendo paulatinamente inseridos em outros equipamentos de saúde desde a Atenção Primária a Terciária da Saúde (OLIVEIRA, et al, 2019; OLIVEIRA et al, 2017).

O Hospital do Seridó é um dos cenários da atenção a saúde que oportuniza aos discentes um campo para a imersão prática durante a VIC. Localizado no município de Caicó-RN, o serviço é referência para assistência hospitalar à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo a unidade responsável pela realização de partos classificados como baixo risco. No entanto, a cidade de Caicó é historicamente marcada por dificuldades e entraves no atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Além disso, o hospital assume perfil prioritariamente intervencionista.

Segundo o DataSUS, durante os anos de 2010-2017 (ano da última coleta), ocorreram 8.780 partos no município de Caicó, dos quais 64,08% ocorreram via cesárea e apenas 35,83% por via vaginal (parto normal). Essa alta prevalência do procedimento tem sido um grave problema de saúde pública (SOUZA et al, 2010). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, uma prevalência maior que 10% de cesáreas não está associada com diminuição da mortalidade materno-infantil (OMS, 2015). Além disso, como qualquer procedimento cirúrgico, a cesárea tem riscos inerentes e quando realizada sem indicação está associada com piora da morbidade perinatal (MASCARELLO et al, 2017; SOUZA et al, 2015).

Uma estratégia útil de boas práticas obstétricas é a utilização do plano de parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). O plano de parto é um documento com valor legal em que a gestante durante o pré-natal, em consonância com a equipe de saúde, registra suas escolhas para os momentos do pré-parto, parto e

puerpério (SUÁRES-CORTÉZ e et al, 2015). Apesar disso, a realidade do Brasil e do nordeste brasileiro, o plano de parto não faz parte do cotidiano das mulheres, principalmente as que pertencem às camadas populares. Durante o pré-natal e atendimentos a gestação não tem acesso às informações, ferramentas e as propostas de humanização da assistência ao parto. Portanto, as mulheres não elaboram seu plano de parto com opções de atendimento humanizado, como por exemplo, a escolha de doulas (DIAS; DESLANDES, 2016).

As doulas foram classificadas como ocupação laboral no Brasil apenas em 2013. Todavia, já são reconhecidas socialmente por desenvolverem atividades assistenciais nos variados cenários do trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2014). Além disso, são recomendadas nas publicações do HumanizaSUS e por autores na área (LIMA, et al, 2019; FERREIRA JÚNIOR, 2014; PEREIRA, 2019; SILVA, et al. 2012; BRÜGGEMANN, 2005; LEAO; BASTOS, 2001). Já que o papel da doula é significativo na redução do tempo do trabalho de parto, do uso de medicamentos, da ansiedade, medo, além de proporcionar bem-estar à mulher acompanhada (GINGER, 2005; GILLILAND, 2002; KAYNE; GREULINCH; ALBERS, 2001). Além disso, diversos benefícios estão associados à doula, sobretudo à percepção do parto. Visto que com a doula, a gestante pode vivenciar o parto sem toda a “patologização” que o hospital pode transmitir. Pesquisas apontam

Embora o Rio Grande do Norte tenha avançado na discussão da humanização da assistência ao parto com a aprovação da Lei 10.611/2019 que dispõe sobre o direito à presença de doulas em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares da rede pública e privada do estado. É notório o número reduzido de profissionais da saúde que estão preparados para trabalhar com essa estratégia de atendimento humanizado em ambiente hospitalar. Portanto, esse artigo tem por objetivo relatar a experiência de um estudante do curso de medicina em um hospital do sertão brasileiro, de maneira tal a aproximar a universidade de sua verdadeira função social.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência do estudante de medicina durante o módulo Vivência Integrada a Comunidade 7 da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte (EMCM-RN) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) situada na cidade de Caicó (RN), Semi-árido Brasileiro (Região do Seridó). Essa atividade foi desenvolvida vinculada ao Hospital do Seridó, unidade conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A VIC 7 é componente curricular obrigatório para os estudantes curso de medicina para vivenciar a rotina prática da atenção primária a saúde. É frequente a utilização da metodologia ativa no curso nesse módulo. Por isso o relato aqui descrito é resultado do portfólio crítico-reflexivo elaborado pelo estudante, sendo esse um método ativo de avaliação (CORDEIRO, 2019).

## Contextualização

*“Como algo fisiológico, cercado de mecanismos biológicos integrados, passou a ser mais um procedimento hospitalar?”*

O parto, em meados do século XVIII era algo ritualístico, próprio das mulheres, que contemplava a família em sua residência e ao redor das mulheres que tinham *expertise* empírica em assistir à parturiente (PINHO ZANARDO, 2017). É certo que havia alta mortalidade materno-infantil, uma vez que não havia medicamentos, evidências científicas e protocolos que prevenissem ou tratassem as infecções, distócias e hemorragias. Tal fato explica, parcialmente, o motivo das famílias terem muitos filhos, uma vez que nem todos sobreviviam (RATTNER, 2009).

Com o avanço da ciência, o maior investimento em saúde e, conseqüentemente, maior acesso, o parto passou a ser progressivamente hospitalizado, de modo que em dezembro de 2019, de acordo com o DATASUS, mais de 98% dos partos do Brasil ocorrem nos hospitais. O parto em ambiente hospitalar é uma boa alternativa. Já que oferece segurança para inúmeras mulheres, previne a mortalidade materno-infantil e atende às urgências obstétricas de modo satisfatório. Assim, o hospital é um equipamento, dentro da rede de saúde, que possui suas vantagens, mas não pode ser entendido como toda a “luz do fim do túnel”. Há discussões que cercam essa mudança de paradigma na assistência ao parto.

O hospital é caracterizado como nível terciário de atenção à saúde. Nele, a medicina ainda é quem lidera a maioria das ações, toma decisões e realiza procedimentos especializados, cercada por uma equipe multiprofissional, todavia os riscos existem. De acordo com Leal et al (2014) mais de 50% dos partos foram de risco habitual, sendo mais frequentes no Norte e Nordeste. Já que manobras e procedimentos considerados potencialmente danosos, como Kristeller, episiotomia e a posição de litotomia, foram mais frequentes nos hospitais públicos e realizadas, majoritariamente, em mulheres com baixa escolaridade.

Outra intervenção que cada vez mais ganha destaque nas discussões sobre boas práticas em obstetrícia, é a cesariana. Quando bem indicada, a cirurgia modifica o curso de partos obstruídos, diminui a mortalidade materna e infantil, reduz a morbidade associada ao parto complicado entre outros benefícios. Porém, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2015) a indicação de cesarianas não deve ocorrer em mais de 10 a 15% do total de partos; e isso é consensual desde 1985. No entanto, o Brasil possui uma taxa de cesariana de 57%, ocupando o segundo lugar no mundo na realização do procedimento. Já o Rio Grande do Norte, por sua vez, apresenta um percentual de 61% de cesarianas e o município de Caicó, 77,6% (DATASUS, 2017).

**Relato de experiência****O EMBUCHAR E O PARIR NA SOCIEDADE PATRIARCAL**

Antes de eu começar,  
Peço às mães celestiais,  
Jeito, voz e proteção,  
Que serão essenciais  
Pra falar sobre o “ser mãe”  
Nesses tempos atuais.

Se pararmos pra pensar  
Com certa maturidade,

Veremos quão importante  
São, para a humanidade,  
Os aspectos que rodeiam  
O tema maternidade.

Apesar da relevância,  
Pouco se costuma ouvir  
Sobre as reais vivências  
Do embuchar e do parir.  
De modo que, pra entender,  
A mulher tem que sentir.

Seria bem diferente  
Se toda informação  
Fosse entregue ao povo  
Sem nenhuma restrição.  
As mulheres saberiam  
Toda a transformação.

Devido ao machismo,  
Infelizmente instalado  
A mulher vira um alvo  
E tudo lhe é negado  
Pra continuar um troço  
Chamado patriarcado.

Só no sexo feminino  
Ocorre a gravidez,  
Porém grande maioria  
Que discute, com aidez,  
As leis da obstetrícia,  
São homens. Que estupidez!

Isso gera consequências  
Que até ferem a métrica.  
Sobre alguém vulnerável  
Surge força assimétrica,  
Que tem nome e sobrenome:  
Violência obstétrica!  
São manobras invasivas  
E toques desnecessários.  
Culpa, gritos, terrorismo  
E riscos imaginários,  
Que atingem a mulher  
Em forma de comentários.

Porém toda essa cena  
Está para acabar.  
Com a força da informação,  
Educação popular,  
A obstetrícia inteira  
Terá que se transformar.

Mulheres se descobrindo,  
Dando as mãos, se ajudando,  
Fazendo bem mais pesquisas  
Mitos estão refutando  
Baseando em evidências  
Para acabar o desmando.

Logo chegará o dia,  
Que tudo irá mudar.  
A mulher terá o parto  
Do jeito que ela sonhar,  
Deitada, sentada em pé  
Com alguém pra acompanhar.



Quem isso não respeitar  
Arcará com o seu feito.  
Verá que maternidade  
Se trabalha com respeito,  
Pois, a humanização,  
Não é favor, é direito!

**Cordel elaborado por Lucas Fernandes**

Essa poesia é inspirada por algumas experiências, dentre elas, a do cenário de prática da maternidade na cidade de Caicó (RN) que já me havia sido apresentada anteriormente. Em estágio prévio, estive durante vários plantões acompanhando a equipe no partejar e na assistência ao neonato. Essas situações me permitiram fazer reflexões que antes eu não tinha: *Como se nasce? Ou melhor, como se pare? Como as mulheres se sentem nesse momento? Como a sociedade contribui para o parto? De que maneira uma equipe de saúde pode se portar mediante uma mulher em trabalho de parto?*

Eu deveria acompanhar a equipe da Residência Multiprofissional em Atenção Materno-Infantil. Entretanto, como haviam poucas mulheres nos leitos, fui direcionado a acompanhar o obstetra de plantão. Repouso, atendimentos de demanda espontânea, prescrição de medicamentos e orientações. Cesarianas, observação de cirurgias, perguntas sobre procedimentos técnicos, conversas paralelas. O dia seguia de modo muito semelhante às experiências prévias que eu já tivera naquele serviço. Até que, próximo ao horário de encerrar o plantão, escutei os comentários eufóricos entre os residentes, funcionários e até mesmo entre as pacientes que aguardavam sua vez de serem atendidas. Com ângulos, entonações e interpretações diferentes, o comentário era um:

— *“Chegou uma mulher com doula e plano de parto!”*

Acho que antes eu logo diria minha opinião, rebateria comentários de menosprezo que surgiram. Desta vez, contudo, decidi que primeiro observaria, escutaria bastante e entenderia o que estava se passando. Segui para a ala de mulheres em trabalho de parto, era perceptível um aglomerado de pessoas próximos a gestante que estava acompanhada de sua doula, seu companheiro, sua irmã e sua mãe. Todos estavam na sala de pré-parto, massageando e auxiliando como podiam a parturiente. Dentre os acompanhantes havia até quem assumisse faces de dor, como as sentas pela gestante.

A essa altura, uma colega já tinha atendido o caso e tomado nota que realmente o trabalho de parto era franco e que, em breve, assumiria características de período expulsivo. Ela relatou brevemente a situação e percebi que a equipe estava desconfortável. Não perguntei, mas imaginei que muitas das informações que a

colega relatava não eram bem compreendidas pela equipe. Ela falava em doula, plano de parto, opções da mãe, manobras que a mãe não deseja sofrer e todos ficavam inquietos.

A situação tornou-se mais concreta quando iniciamos a leitura do plano de parto na pequena sala de atendimentos. Além de mim estavam presentes outros dois estudantes, o médico e dois membros da equipe de enfermagem. Essa experiência foi curiosa, pois a sensação era de que a equipe tinha se deparado com um plano de parto pela primeira vez. De fato, parecia que todos estavam realizando uma visita técnica na tentativa de entender o que “aquilo” significava e para que servia.

Após a leitura de pontos como:

*“(...)Desejo receber líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto; prefiro não sair para a sala de parto no período expulsivo; desejo utilizar bola suíça, caminhar, ter a liberdade de assumir a posição mais confortável para mim; não tolerarei as manobras de Kristeller e episiotomia (...)”*

Um membro da equipe se expressou, com muita indignação:

*— “Apenas o médico é quem deve dizer o que é melhor para a gestante. Ela não trabalha aqui. Não pode nos dizer o que fazer.”*

Então, calmamente, assumindo tom de voz firme, mas apaziguador, disse:

*— “ O plano de parto é um direito da gestante. Está até na caderneta do Ministério. Infelizmente, ou felizmente, cabe à equipe, acatar as decisões que estiverem escritas, caso contrário, a mãe pode tomar medidas judiciais, tanto contra a instituição, quanto contra o profissional que não as respeitar”.*

Um silêncio estarrecedor inundou a minúscula sala. Não sei se minha intervenção foi a correta, mas fiquei feliz por perceber que, depois disso os comentários negativos e as atitudes contrárias à “novidade” cessaram. Estava encorajado e embasado pela Lei 10.611/2019 do estado do Rio Grande do Norte que dispõe sobre o direito à presença de doulas em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares da rede pública e privada do estado. Apesar disso muitos ainda não entendem o papel da doula. Questionam se ela “fará o parto”, ou mesmo, se substituirá a equipe médica e de enfermagem, situações irreais decorrentes da falta de conhecimento sobre o assunto.

Embora não tenha conseguido acompanhar o desfecho daquele parto, pois chegava ao fim do meu turno e a parturiente ainda não entrara em período expulsivo. Decidi me apresentar àquela mulher e aos que com ela estavam. Com um sorriso no rosto, após pedir, e ter, permissão para entrar na sala de pré-parto, vi que estava sendo satisfatoriamente usada: Luz branda, música ambiente, a doula massageando a lombar da

gestante, que saltava em pequeno pulos sobre uma bola suíça, que a propósito, estava sem uso naquelas dependências. Ao encontrar a gestante perguntei se ela precisava de algo. Ela sorriu e balançou a cabeça dizendo que não. Encorajei o trabalho da doula, que, em um riso discreto, agradeceu, baixou a cabeça e voltou a me olhar dizendo que era um trabalho difícil, mas que ela já via perspectiva de melhora.

### Considerações finais

Dessa maneira, a VIC, proporcionou-me reflexões norteadoras para resolução de problemas reais da saúde pública no sertão potiguar. Além disso, auxiliou no processo de redefinição pessoal, já que me integrei a medicina do bem estar do cuidado-cuidador desse hospital.

É notório que há necessidade urgente de fornecer mais informação sobre boas práticas obstétricas. Não obstante a isso, julgo que a inclusão da Universidade nos serviços de saúde no sertão nordestino, possibilita a troca mútua de informações tanto para os estudantes como para a equipe de saúde. O simples comentário de um estudante de medicina no meio de um conflito interprofissional despertou uma reflexão, e introspecção, naquela equipe. Isso pode ter repercutido na assistência daquela e de outras mulheres em trabalho de parto daquela unidade.

Espero que, cada vez mais, torne-se cultural a existência do plano de parto, a presença da doula e do acompanhante escolhido pela parturiente. Espero, ainda, que os gestores cada vez mais invistam em humanização e que a formação gere profissionais críticos sobre seu real papel no grande ato do parto. Assim, as intervenções desnecessárias poderiam ser reduzidas e deixariam de ser a falsa “luz no fim do túnel”. Em vez disso, as mulheres poderão dar à luz, em paz, nesse fim de túnel.

### Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. Cadernos HumanizaSUS; v. 4 – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1316-1327, 2005.
- CORDEIRO, F.N.C. S.; SILVA, J. A. C. Portfólio reflexivo: ferramenta inovadora de avaliação formativa na educação em saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 31, p. e1203, 2019. <https://doi.org/10.25248/reas.e1203.2019>
- DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2016.
- GINGER, B. Perceptions of Social Support from Pregnant and Parenting Teens Using Community-Based Doulas. **Journal of Perinatal Education**, [s.l.], v. 14, p. 15-22, 2005.

GILLILAND, A. L. Beyond holding hands: the modern role of professional doula. **Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 31, p. 762-769, 2002.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues. **Profissionalização invisível: formação e trabalho de doulas no Brasil**. 2015. 116 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312956>

KAYNE, M. A.; GREULINCH, M. B.; ALBERS, L. Doulas: an alternative yet complementary addition to care during childbirth. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, [s.l.], v. 44, p. 692-703, 2001

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEAO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 90-94. 2001.

LIMA, P. O. et al. Compreensão sobre o trabalho da doula em uma maternidade do Vale do Jequitinhonha - MG. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 3, p. 569-574, 2019

MASCARELLO, K. C. et al. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-12, Nov/2017.

MELO, Lucas Pereira de et al. A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 1, p. 1333-1343, Ago/2017.

OLIVEIRA, A. L. O. et al (Org.). **Vivência Integrada na Comunidade: Implicações e desdobramentos na formação médica**. Porto Alegre: Rede Unida, p. 9-14. 2019.

OLIVEIRA, A. L. O. et al. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 1, p. 1355-1366, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0533>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, v. 5, p. 1-8. Abr/2015.

PEREIRA, M. M. C.; MORAES FILHO, M. M.; LIMA, A. R. Vivência do pré-parto como doula e acadêmica de enfermagem: um relato de experiência. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [s.l.], v. 2, n. 4, p. 143-149, 2019.

PINHO Z.; LEMOS G. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, p. 1-11, 2017.

RATTNER, D.. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009.

RIO GRANDE DO NORTE. **Lei nº 10.611, de 18 de outubro de 2019**. Dispõe sobre o direito à presença de doulas em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e

privada do Estado do Rio Grande do Norte, durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato da mulher, e dá outras providências. Disponível em: [http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id\\_jor=00000001&data=20191019&id\\_doc=662797](http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20191019&id_doc=662797)

SILVA, R. M. et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2783-2794, 2012.

SOUZA, A. S. R. et. al. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Feminina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p.505-516, Set/2010.

SUÁREZ-CORTÉS, M.; ARMERO-BARRANCO, D.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M.E. Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n.3, p. 520-526, Jun/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safe Motherhood Unit. Care In normal birth: a practicalguide. Genebra: OMS; 1996.

## Capítulo 8

**SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: VIVÊNCIA DO IDOSO NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO**Ana Paula de Araújo Rodrigues<sup>1</sup>Amália Gonçalves Arruda<sup>2</sup>**RESUMO**

A sexualidade faz parte da singularidade do sujeito onde cada um a expressa de sua forma peculiar. Nos dias atuais a sociedade ainda tem a concepção que durante o processo do envelhecimento o idoso se torna um ser assexuado e esse paradigma precisa ser quebrado. Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa com o objetivo de compreender a vivência da sexualidade na terceira idade. Foi realizado no Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - CCFV de Idosos - Eterno Aprendiz, situada na cidade de Aracati-CE, tendo como sujeitos da pesquisa três (03) casais de idosos que mantinham uma relação conjugal consolidada. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados através da categorização temática de Minayo (2002). Verificou-se que a sexualidade é primordial no processo do envelhecimento e, mesmo com suas vulnerabilidades físicas, o idoso acredita que a sexualidade vai além do ato sexual, percebendo-a como prazer, carinho, afetividade, zelo e respeito. Que a sexualidade tem representatividade na vida do idoso e que sua vivência é influenciada por questões de saúde e autoconfiança. Desse modo, conclui-se que a vivência da sexualidade é algo inerente ao idoso, mas que ainda existem estereótipos que precisam ser quebrados, dentro da família, da sociedade e espaços terapêuticos.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso. Sexualidade. Aspectos psicossociais.

**1 INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é um processo natural, que interfere no estado psicológico, fisiológico e social. Nessa transição de fase é comum a demonstração de fragilidade, sentimento de impotência, vulnerabilidade, muitas vezes, devido às influências do estilo de vida. É essencial que haja ações de promoção de saúde, que assegurem proteção e qualidade de vida, para que esse idoso possa usufruir da velhice na sociedade com suas vontades, capacidades, bem-estar físico e emocional.

No Brasil, o envelhecimento está aumentando quantitativamente. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no Brasil é de 75,5 anos em 2015 (IBGE 2015). Portanto, a população acima de 65 anos vai quadruplicar em 2060. O aumento da expectativa de vida ao nascer é indicio da queda de mortalidade. É importante que seja realizado planejamento de ações e políticas para o controle de doença e agravos à saúde (CORREA; RIBEIRO, 2017).

Os casos de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão crescendo na terceira idade (MARQUES *et. al.*, 2015). São transmitidas através de relações sexuais sem uso dos preservativos por falta de informação, expondo a

<sup>1</sup> Graduada do Curso de Enfermagem da Faculdade do Vale do Jaguaribe – FVJ. E-mail: anna.paularodrigues4@gmail.com

<sup>2</sup> Mestra em Saúde Pública e Bacharelada e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Beberibe/Ceará. Professora da FVJ. E-mail: amaliagoncalves@fvj.br

população idosa a vários tipos de doença. Os idosos ainda não são devidamente considerados grupos de risco, assim, as campanhas de prevenção são escassas para esse público (BURIGO *et. al.*, 2015).

O envelhecimento saudável necessita de uma percepção mais abrangente sobre os fatores que dificultam o dia a dia do idoso (MARQUES *et. al.*, 2015). A qualidade de vida é um termo multidimensional integrado ao pensamento do indivíduo sobre a sexualidade (UCHÔA *et. al.*, 2016).

A sexualidade é relativa a cada indivíduo, envolvendo vários aspectos da vida. Cada um tem um modo de se manifestar, comunicar e de como estabelece a relação consigo e com o mundo (MAC *et. al.*, 2015). Assim sendo, a sexualidade perpassa o que o ser humano é capaz de sentir e expressar, e é muito mais do que um ato sexual, envolvendo sentimento, carinho, afetividade, desejo, prazer. Quando é relacionada com a terceira idade ainda existem mitos e tabus, uma vez que a sociedade considera que o idoso é assexuado ou incapaz de sentir algum estímulo sexual.

As experiências vivenciadas da sexualidade são subjetivas e o comportamento sexual relaciona-se a vários princípios como, pensamentos, fantasias, cultura, crenças, valores, educação (MARQUES *et. al.*, 2015).

A sexualidade é crucial na vida humana. O prazer existe e pode ser vivenciado, redescoberto em qualquer grupo etário. A vivência da sexualidade, na sua essência, pode promover uma velhice autoconfiante, com desempenho de suas atividades, momentos de liberdade e autonomia.

As mudanças no corpo são inevitáveis, e acabam afetando o prazer sexual. Nesse processo, as alterações fisiológicas, interferem no psicológico dos idosos, ocorre a disfunção erétil, alterações hormonais, passam a sentir vergonha do corpo envelhecido, não se sentem atraentes fisicamente, perdem o desejo de sedução, param de ter relações sexuais com medo de parecerem ridículos, criticados ou rotulados de dementes.

Na velhice não é somente o fator biológico e/ou fisiológico que interferem na sexualidade. Existem outros obstáculos que exercem grande efeito na vida sexual, tais como: preconceito da sociedade, estereótipos, falta de privacidade, dependência de familiares, filhos controlando as relações afetivas do idoso. Essas e outras questões dificultam ao idoso a compreensão da sexualidade como algo necessário e prioritário em sua vida.

A equipe de enfermagem é essencial para orientar e ajudar os idosos a enfrentar as mudanças fisiológicas e instigá-los, mostrando que eles, podem sim, ter uma vivência da sexualidade com segurança, e não se sentir repreendidos, isolados, e/ ou, incapazes de sentirem desejo afetivo e sexual. Faz-se necessário, que a enfermagem tenha um olhar holístico sobre a sexualidade, buscando sempre a promoção da saúde, através de campanhas, processos educativos, palestras, diálogos, promoção do bem-estar físico e mental.

Diante do exposto, percebeu-se que a sexualidade na terceira idade ainda é muito precária e existem mitos e tabus para serem quebrados. Logo, indaga-se: Como o profissional de enfermagem pode abordar/orientar o idoso na sua intimidade sexual? Como o idoso vivencia a sexualidade no processo do



envelhecimento? Como quebrar os paradigmas da sexualidade na terceira idade? Quais as informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) o idoso possui?

Dessa forma, o objetivo geral é compreender a vivência da sexualidade na terceira idade e os objetivos específicos são: conhecer o conceito e a representatividade da sexualidade para o idoso; e identificar os fatores que interferem na vivência da sexualidade do idoso.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória é o passo inicial do estudo, tem o objetivo de averiguar hipóteses e descobrir novas ideias. É um estudo versátil onde se entrevista indivíduos que passaram por experiências com o problema pesquisado. No método descritivo, o entrevistador observa, registra a pesquisa, explica e interpreta os fatos observados sem manipulá-los, ou seja, descreve sem interferência do entrevistador (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A abordagem qualitativa, está associada à ciência social e busca compreender as ações e as relações humanas, a realidade que não pode ser quantificada. Assim o pesquisador qualitativo visa se aprofundar na vida social, nas crenças, valores e atitudes do indivíduo (MINAYO, 2001).

A pesquisa foi realizada no Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - CCFV de Idosos - Eterno Aprendiz, situada na cidade de Aracati-CE. Este espaço é conduzido pela assistência social do município, tendo o objetivo de promover a inclusão do idoso na sociedade e minimizar as desigualdades sociais.

A população da pesquisa foi constituída por idosos no processo de envelhecimento. Foram incluídos na pesquisa casais de idosos que tivessem uma relação afetiva consolidada e os critérios de exclusão foram: idosos que possuíssem algum tipo de alteração cognitiva e/ou demência e os que não quisessem participar da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), que foi gravada e posteriormente transcrita, na íntegra. Conforme Gil (2008) a entrevista é uma técnica de buscar informações que interessam à pesquisa, de interação social e de diálogo assimétrico em que o entrevistador busca coletar os dados e o entrevistado responde.

Na entrevista semiestruturada, o pesquisador planeja um roteiro com as questões, de acordo com o tema abordado, mas concede que o entrevistado tenha a liberdade de falar sobre assuntos que vão surgindo durante a entrevista (GERHARDT; SILVERIA, 2009).

No primeiro momento foi feita uma visita à instituição solicitando a autorização para a realização da pesquisa. Após aprovação, a pesquisadora fez algumas visitas no intuito de familiarizar-se com o grupo para posteriormente realizar as entrevistas.

A análise de dados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo com categorização temática, conforme Minayo (2002), que engloba três etapas: pré-análise (organização dos dados coletados); exploração do material (aprofundamento através de várias leituras do tema abordado); organização em categorias temáticas (compreensão e interpretação dos resultados obtidos).

Quanto ao registro, foram usados pseudônimos para preservar a identidade dos entrevistados, garantindo o anonimato. Essa pesquisa buscou atender às recomendações formais da Resolução Nº 510/16, que dispõe sobre as normas e os aspectos éticos das pesquisas científicas envolvendo os seres humanos (BRASIL, 2016). Reforça-se que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

### 3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo foram entrevistado três (03) casais de idosos, acima de 60 anos de idade, que tinham relação conjugal e afetiva ativas. O cenário do estudo foi um Centro de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - CCFV, onde os idosos tem a oportunidade de se comunicar, realizar atividades físicas e cognitivas, além de vivenciar experiências do seu dia a dia.

Após análise dos discursos dos sujeitos em questão surgiram as seguintes categorias temáticas: Conceito e representatividade da sexualidade para o idoso; Vivência da sexualidade na terceira idade; Fatores que interferem na vivência da sexualidade do idoso.

Os casais foram identificados pela terminologia Senhor e Senhora, acrescidos dos números 1, 2 e 3 para facilitar a identificação.

#### 3.1 Conceito e representatividade da sexualidade para o idoso.

A sexualidade humana abrange vários aspectos que podem estar relacionados ao carinho, intimidade, prazer, podendo também estar relacionada ao erotismo e ao ato sexual. Dentro de sua complexidade, cada pessoa a desenvolve e a demonstra de formas diversas. Os indivíduos escolhem como querem se relacionar, se expressar, e buscam maneiras de se sentirem confortáveis consigo mesmos e com os outros.

A vivência da sexualidade permite a descoberta de novas sensações de prazer e o compartilhamento com o parceiro (a) de seus sentimentos, desejos e fantasias.

Quando indagados sobre o que eles entendiam acerca de sexualidade, os sujeitos em estudo mencionaram as seguintes perspectivas:

“É um prazer que satisfaz ambas pessoas, né? Ele, eu, né isso?!” (Casal 2: Senhora).

“Um momento muito bom, momento de lazer, momento de prazeres de ter e tá com a esposa da gente” (Casal 3: Senhor).

“(...) respeitada com amor, com carinho, que seja com duas pessoas que se combinam que se sentem bem se tornar uma coisa só” (Casal 3: Senhora).

Os idosos conceituam a sexualidade como momento de prazer, na presença de seus companheiros, buscando a satisfação mútua. Os discursos revelam afetividade, respeito, amor, sensação de bem estar, formação de unicidade. De acordo com Rozendo e Alves (2015) a sexualidade é a construção de envolvimento simbólicos, físicos e do prazer, podendo ser influenciados pela sociedade ou conforme as concepções do ponto de vista de cada pessoa.

Sabe-se que sexo diferencia-se de sexualidade. Sexo pode ser conceituado como a característica de um gênero ou o ato sexual em si. Já a sexualidade abrange qualidade de vida, essência de cada ser humano, sua forma de ver-se e sentir-se.

Através do sexo e da sexualidade os indivíduos tem a capacidade de se redescobrir e se reconhecer através de momentos de euforia, fantasias, bem-estar físico e emocional.

Ao serem questionados sobre a diferença entre sexo e sexualidade, os idosos mencionaram o seguinte:

“Sexo é assim, ele sendo aceito, os dois tem que ter vontade e desejo. Sexualidade tem que ser a base de carinho, isso é importante” (Casal 2: Senhora).

“Para mim o sexo e a sexualidade eu acho que se conjunta” (Casal 3: Senhora).

Verificou-se pelos discursos acima que os idosos diferenciam sexo e sexualidade tendo como base o respeito às vontades individuais e a complementariedade.

Percebe-se nas falas que o sexo tem que ser permitido por ambos e que, acima de tudo, os envolvidos devem ter a opção de quererem e se sentir à vontade para o ato sexual. Já a sexualidade, tem que ser construída com base no carinho e respeito, estando o sexo e a sexualidade entrelaçados.

Alencar et al. (2014) mencionam que, muitas vezes, o significado da sexualidade é limitado à genitália e ao coito, diminuindo para a atividade sexual. Na fala dos idosos percebe-se uma complexidade maior nesses conceitos, onde o respeito às individualidades, a interdependência entre sexo e sexualidade e a afetividade são o alicerce.

### 3.2 Vivência da sexualidade na terceira idade.

De modo geral, as condutas das práticas relacionadas à sexualidade estão estáveis na terceira idade. Um fator relevante para um bom benefício das vivências sexuais depende da autoestima do idoso, pois é fundamental, que primeiramente, ele se ame e se aceite (VIERA, *et. al.*, 2016).

Os idosos, fizeram questão de demonstrar que nem sempre é necessário o ato do coito sexual para terem prazer. E, sim, existem formas diferentes de satisfazerem a sexualidade como, as carícias, o beijo, o abraço e o zelo com o parceiro.

“Aí, eu fico tomando de conta dele, zelo ele (Casal 1: Senhora).”

“E, o sexo é assim, ele sendo de aceito, sendo de os dois tem que ter vontade, desejo, e assim, tem que ser a base de carinho também, isso é muito importante. (...) Fazer o sexo tem que ter, assim, de momento bom, de calma, de compreensão um com o outro. Eu sempre fui muito fria (Casal 2: Senhora).”

Percebe-se que na vivência da sexualidade na terceira idade, de modo geral, tem um parceiro que quer viver mais intensamente a sexualidade em relação ao outro. No entanto, é essencial que o indivíduo tenha uma parte intercomunicante consigo mesmo e com o parceiro, influenciando o seu jeito de ver o ponto de vista e de se posicionar na sociedade e em suas relações (GALATI, *et. al.*, 2014).

Observa-se que é natural os idosos sentirem envergonhados em falar e discutir sobre os problemas da vida sexual. Esses sentimentos podem estar relacionados com as transformações fisiológicas do corpo humano suas alterações emocionais e o aumento da vulnerabilidade. Além disso, os idosos ainda enfrentam preconceitos, tabus e mitos na sociedade, que na maioria das vezes vem passando de geração a geração.

Diante da observação dos sujeitos em estudo percebeu-se existir dois sentimentos ao falar da sexualidade. O primeiro é que, de início, alguns idosos não se sentem confortáveis para conversar sobre o assunto, seja com alguma pessoa mais próxima ou até mesmo com o profissional da saúde, por não gostarem de expor sua intimidade e se sentirem envergonhados.

O segundo, é que no começo da conversa sentem dificuldades de falar sobre o relacionamento e vontades, mas com a presença, convivência e experiência vivida com o seu parceiro a vergonha minimiza e o diálogo torna-se o mais natural possível.

Interessante conhecer o que os entrevistados citaram sobre os seus sentimentos ao falar da sexualidade:

“Não é todo mundo que a gente se abre assim pra conversar seus particulares (Casal 2: Senhora).

“No começo eu sentia vergonha, mas agora já “tamo” com 53 anos de casados, né, quer dizer que já temos assim uma vida conjugal muito vivida, muito centralizada em todas essas especialidades, né? E aí, a gente já se conversa, essencial é” (Casal 3: Senhora)

Nota-se um reconhecimento da privacidade do casal, perante a necessidade de ter um tempo livre para que os idosos usufruam de momentos íntimos sem interrupção e constrangimento (VIERA *et. al.*, 2016).

Durante a velhice as dificuldades vão surgindo, e com elas, vão ocorrendo modificações na relação, que acabam interferindo e gerando conflitos na vivência da sexualidade do casal, na qual, o parceiro ainda

sente o desejo, mas a parceira não corresponde, como foi descrito no seguinte discurso: “*Eu sempre fui muito fria*” (casal 2: Senhora).

Mas, existem aspectos facilitadores na vivência da sexualidade como o diálogo entre o casal. Os idosos em estudo mencionam que uma boa conversa os auxiliam na resolução de suas dificuldades, deixando-os felizes. Essa percepção fica explícita no seguinte depoimento:

“Me sinto muito feliz, ainda não teve nada de dificuldade, a conversa sempre teve. E, é com a conversa que a gente se entende e se conhece e se compreende, né?!” (Casal 3: Senhora).

Relacionamentos duradouros e satisfatórios são permeados de estratégias descritos pelos sujeitos em estudo:

“(…) Vivemos direitinho, nunca maltratei ela, nunca dei desgosto a ela... Ela é muito maravilhosa pra mim, muito compreensiva comigo, nós dois se estendemos bem.” (Casal 3: Senhor)

“Nós temos o diálogo e a experiência vivida” (Casal 3: Senhora)

“(…) O mais importante é o respeito, o mais importante na vida da gente. Eu já sei o que ela gosta e ela sabe o que eu gosto. Portanto não há, discurso, desavença entre nós dois sobre esses problemazinhos, graça a Deus” (Casal 3: Senhor).

A experiência vivenciada é fundamental para um relacionamento saudável, onde cada um já conhece o outro e sabe o que fazer para não magoar ou passar dos limites com o parceiro. Para os idosos, na vivência da sexualidade é essencial nutrir uma relação de amizade e companheirismo entre o casal. O fundamental é que o casal esteja disposto a usufruir das possibilidades para vivenciar de maneira agradável sua sexualidade (VIERA, *et.al.*, 2016).

Avalia-se nos discursos que a experiência e a vivência da sexualidade na terceira idade, para os idosos em questão, tem trazido benefícios para ambos, como, o privilégio da felicidade, o respeito, amor, carinho. Conviver com esses sentimentos gera momentos prazerosos, melhorando a qualidade de vida.

Quando questionados sobre a relação da sexualidade com qualidade de vida, relataram:

“É prazerosa, boa e como já lhe disse nós se sentimos bem com a nossa sexualidade, temos relação, nós ainda estamos na ativa, graças a Deus. Com todo cuidado, se preservando, o importante” (Casal 3: Senhora).

“É uma experiência boa, né, que deixa a gente feliz e mais sadio, é muito importante a sexualidade na nossa vida, por que traz muito benefício para a mulher e para o homem, né?! Sendo uma sexualidade praticada ali com respeito, né, com amor, com carinho, tudo é saudável” (Casal 3: Senhora)

A sexualidade e a qualidade de vida são primordiais na vida do ser humano. Compreende-se que o envelhecimento seja uma fase onde o prazer precisa ser vivenciado, talvez de formas diferentes de fases mais jovens, mas não alicerçada na repressão dos desejos, pois, como afirmam Vieira et.al (2016) a sexualidade tem um papel vitalício na vida de um casal, e não é a idade que define a falta de desejo ou a redução das relações sexuais, mas o sentimento do desejo complexo que exige novas cores para a sexualidade na velhice.

### 3.3 Fatores que interferem na vivência da sexualidade do idoso

Com a terceira idade se aproximando, os idosos acabam minimizando o desejo e a atividade sexual. A averiguação do motivo de uma disfunção sexual deve ir além da saúde física. Os princípios psíquicos devem ser analisados e avaliados criteriosamente quando houver queixa sexual (GALATI, *et. al.*, 2014).

Às vezes acontece uma incompatibilidade entre o casal onde um deles sente desejo, atração física, excitação, e outro não sente vontade de ter o ato sexual com o parceiro. Alguns idosos atribuem que a idade avançada é uma causa satisfatória para diminuição ou ausência de relações sexuais como visto no discurso a seguir:

“A gente é de idade, mas tá com muito tempo que não coiso com ele, sou sincera a dizer.”  
(Casal 1: Senhora)

Alguns idosos utilizam a abstinência da atividade sexual como um castigo, quando um dos parceiros faz algo desagradável ou errado. Adotam esse “método” para dar ao companheiro um corretivo, reconhecendo que a ausência da relação afetiva pode ajudar na correção dos erros do outro, como observado no discurso a seguir:

“Não vou negar, que ele me faz raiva, me tira de fora de série aí eu seguro, não dou” (Casal 1: Senhora).

Entre alguns idosos, a presença de doenças crônicas e ou agudas, geram medo para a prática das relações sexuais. É comum nessa fase, sentimentos de insegurança, instabilidade, fragilidade atingindo-os emocionalmente. Desse modo, os medos vão surgindo, o receio de vivenciar acontecimentos desagradáveis, como passar mal no ato sexual, acaba interferindo na vida ativa do casal, como mencionado no trecho a seguir:

“Ele também é doente, deficiente, teve trombose, aí não pode também ficar forçando ele vive mais através de remédio, aí não posso, né. Tenho medo de dar alguma coisa nele”  
(Casal 1: Senhora).

Alencar et al. (2014) referem que ao considerar a sexualidade, deve-se entender e explicar às pessoas de idade avançada que, mesmo na ausência de parceiro a busca pelo prazer pode ser através de outros meios e que a identidade sexual não se estabelece pela existência do outro.

A vida afetiva do casal idoso também sofre o impacto da cultura, visto que a sociedade ainda perpetua conceitos retrógrados da sexualidade, com a concepção do idoso ser assexuado, quando, na verdade, o idoso pode e tem o direito de viver a sexualidade de acordo com suas particularidades.

Foi interessante verificar nos discursos dos entrevistados dessa pesquisa que estes não se sentem influenciados pela a sociedade, e que não se incomodam com a interferência da cultura no relacionamento deles. Que a vivência da sexualidade só pertence ao casal e que eles não ligam para o que as outras pessoas falam.

“Não, não. Não, eu não ligo, não. Porque as vezes, as pessoas... eu tenho que ser o que sou. (...)Ele, nunca foi agressivo, tem pessoas que se não fizer o sexo, Ave Maria, aquela ali não presta mais, começa a briga, nós não graças a Deus.” (Casal 2: Senhora)

Referem que é importante manterem-se resguardados em relação a sua convivência, conversando e resolvendo entre si as suas questões pessoais, não se importando e nem compartilhando com outros, que nada acrescentam à suas vidas como vizinhos e afins.

“A nossa convivência, é uma convivência que nós “veve” na nossa casa, nós não pertence nem os próprios vizinhos” (Casal 3: Senhor).

Uchôa et al (2016) relatam que mesmo com tantos pontos de vistas equivocadas, os idosos buscam intensificar a sua sexualidade, especialmente no modo da vestimenta e reconhecem na família, comunidade e nas crenças fatores que inibem o exercício da sua sexualidade. Portanto, é importante que o casal tenha autonomia e autoconfiança para vivenciar as suas relações livremente sem ter que se restringir, ou anular em função da família, comunidade e ou sociedade.

Percebe-se que a convivência e a experiência do dia a dia são fundamentais para que o casal consiga desenvolver uma relação saudável. Que o diálogo é uma ferramenta importante quando um dos membros não está feliz e/ou satisfeito com a relação para que se possa viver a velhice de forma leve, saudável e com um relacionamento bem sucedido.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade é essencial na relação afetiva do ser humano e não significa que na terceira idade o tempo cronológico não permita a sensualidade, o desejo, atração física e o erotismo. Além disso, proporciona o autoconhecimento, autoestima, equilíbrio emocional e é excelente para manter as relações afetivas.

Nos dias atuais a sociedade ainda tem conceitos equivocados sobre a sexualidade na terceira idade. Ainda há pensamentos de que ser idoso representa ser incapaz de uma vida sexual ativa e que esta é restrita aos órgãos genitais.



Algumas vezes aquele idoso que expõe desejos de ter uma vida sexual ativa é taxado de "velho caduco", "sem vergonha", causando momentos vexatórios.

O sexo e a sexualidade são singulares a cada pessoa. Cada um vive a relação afetiva da forma que lhe convém, respeitando suas limitações. É fundamental a importância da autoaceitação do idoso no processo do envelhecimento, do autoconhecimento, vivenciando a sexualidade, sem buscar entrar nos moldes que a sociedade impõe.

Através da pesquisa realizada, pode-se observar que os idosos em estudo têm a percepção e o pensamento abertos para a sexualidade, na vida de um casal na terceira idade. Eles demonstraram conseguir ter uma boa convivência e que a sexualidade tem representatividade ativa no seu dia a dia.

É interessante verificar que os casais entrevistados ficaram à vontade para expressar suas opiniões, seus pensamentos, suas atitudes a dois e o que acham sobre a vivência da sexualidade no processo do envelhecimento. Reconhecem que na terceira, existem fatores que interferem na vivência da sexualidade, mas que o diálogo e o respeito são bases do relacionamento.

Os casais de idosos mencionaram que um longo relacionamento quebra barreiras para a timidez, desconforto, insegurança. E que o sexo e a sexualidade, caminham lado a lado, trazendo benefícios e qualidade de vida.

Ainda se verifica que, na atualidade, a realidade ainda é de preconceito, com padrões sociais a serem seguidos, rótulos e conceitos ultrapassados formulados pelo senso comum através das crenças e cultura.

A carência de informação na abordagem da sexualidade na terceira idade e na valorização do idoso ainda é presente na comunidade, na família e, porque não dizer, nos atendimentos de saúde.

A educação em saúde tende a promover a escuta ativa, para elaboração de novos conceitos, atendimentos, orientações geriátricas, no intuito de produzir e transmitir informações para a sociedade, desmitificando a ideia do idoso assexuado e desprovido de desejos, sensações e vontade própria.

A assistência da enfermagem é crucial nessa etapa de vida e na assistência continuada ao idoso. É importante que o enfermeiro possa demonstrar para a pessoa na terceira idade que ela pode e tem o direito de explorar as suas atividades sexuais e que a sexualidade tem representatividade no processo do envelhecimento.

É fundamental que o idoso desfrute da velhice com qualidade de vida e com saúde. Assim, o profissional de enfermagem é essencial para zelar pelo direito dessa população. Nessa fase, as mudanças fisiológicas, físicas e emocionais, são peculiares a cada indivíduo e nesse processo o profissional de enfermagem deve ter um olhar mais ampliado ao idoso, não somente visando as limitações fisiológicas.

Como o processo do envelhecimento, a atividade sexual pode até diminuir, mas outras formas de demonstração de afetividade são primordiais na vida a dois. A equipe de enfermagem, através da promoção de

saúde, necessita elaborar planos de assistência e cuidados integrais a esses idosos, orientando-os e esclarecendo as dúvidas sobre a sexualidade.

Durante as orientações sexuais é indispensável abordar estratégias de prevenção de saúde, orientar como proceder em relação ao vaginismo, à disfunção erétil, ao uso inadequado de medicamentos e à prevenção das IST's.

Acredita-se, a partir do exposto que os paradigmas da sexualidade na terceira idade precisam ser quebrados. Deseja-se que esse tema possa suscitar mais pesquisas para que um maior número de pessoas possa se informar sobre o assunto e compreender as limitações fisiológicas no processo natural da vida, mas também os ganhos com a maturidade.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, D.L. et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 08, p. 3533-3542, 2014.

BURIGO, G. F. et al. Sexualidade e comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis. **Cuida Arte Enfermagem**, São Paulo, v. 09, n. 02, p. 148 – 153, jul. - dez., 2015.

CORREA, E.R.P; RIBEIRO, A.M. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1007-1017, 2017.

GALATI, M.C.R. et al. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. **Psico-USF**, Bragança Paulista, maio-agos., p. 243 – 252, 2014; 243-252.

GERHARDT, E.T; SILVERIA, T.D. **Metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2017.

GIL, C.A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 29.mai.2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE 2015). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/default.shtm>> Acesso em: 24 mar. 2017.

MARQUES, A.D.B. et al. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. **Rev. Enferm. Cent. Min.**, Belo Horizonte, v. 05, n. 03, p. 1768 – 1783, set.- dez., 2015.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. Disponível em: <[http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_\\_2001.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf)> Acesso em 29 maio 2017.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E.C; **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale,

2013. Disponível em: < <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>> Acesso em: 29.maio 2017.

QUEIROZ, M.A.C. et al. Social representations of sexuality for the elderly. **Rev Bras Enferm.** 2015;68(4):662-7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680413i>> Acesso em: 24.mar.2017.

ROZENDO, A.S.; ALVES, J.M. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. **Rev. Kairós. Gerontologia.** São Paulo, 2015, julho-setembro, 18(3). 95-107. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26210>> Acesso em: 03 dez.2017.

UCHÔA, Y. S. et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 06, p. 939 – 949, 2016.

VIEIRA, K.F.L. et al. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Paraíba, v. 36, p. 196 – 209, jan.-mar., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0196.pdf> Acesso em: 06 dez 2017.

## Capítulo 9

**TRABALHO DE PARTO: COMPREENDENDO DIFICULDADES DE MULHERES**

Aline Lima das Chagas<sup>1</sup>  
Amália Gonçalves Arruda<sup>2</sup>

**RESUMO**

O parto é marco na vida de uma mulher. É o momento que ela agrega o ser mãe, ao ser mulher. É o momento onde ela vê o seu filho pela primeira vez e esse momento deve ser lembrado como um momento de alegria e satisfação, mas, algumas vezes, o processo de parir apresenta dificuldades que pode tornar esse momento traumático. O presente estudo tem como objetivo compreender as dificuldades enfrentadas pelas mulheres em trabalho de parto, sendo realizado no município de Aracati-CE, em uma maternidade do município. Esta pesquisa se caracterizou como exploratória descritiva de natureza qualitativa sendo utilizados como instrumentos de coleta a entrevista semiestruturada e a observação estruturada. Fizeram parte do estudo dez (10) mulheres que estavam em período de parto. Verificou-se que conhecer as histórias de parto ajuda o profissional enfermeiro a compreender as mulheres em suas singularidades; que as fragilidades das mulheres em estudo disseram respeito ao seu despreparo quanto ao momento do parto gerando ansiedade e medo excessivos e que as suas potencialidades giram em torno de sua força interna, motivada pelo nascimento de um filho e por poder contar com apoio de familiares neste momento; verificou-se que a enfermagem se faz atuante no momento do parto principalmente auxiliando essas mulheres em atividades não farmacológicas para o alívio das dores, como também nas orientações necessárias para a boa condução do parto. Concluiu-se que as mulheres apresentam dificuldades emocionais e cognitivas no momento do parto que podem ser sanadas com uma boa assistência pré-natal e uma adequada capacitação dos profissionais que atuam na sala de parto favorecendo a humanização da assistência e o protagonismo da mulher.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Mulher. Trabalho de parto. Nascimento. Assistência de Enfermagem. Protagonismo feminino.

**INTRODUÇÃO**

Geralmente o nascimento de um filho constitui um dos momentos mais importantes da vida de uma mulher, tendo suas particularidades, medos, angústias e alegrias. Pode ser considerado um ritual de passagem onde a mulher deixa de ser filha e passa a ser mãe. As experiências vivenciadas por ela nesse período irão acompanhá-las pelo resto de suas vidas positivamente ou negativamente.

Também é neste período que surgem as principais dúvidas sobre a maternidade e junto com elas as dificuldades. O momento do nascimento vem antecedido pelo trabalho de parto, onde existe um misto de emoções. O não saber o que irá acontecer é o que mais gera ansiedade. Cabe ao profissional que a assiste orientá-la e conduzi-la de acordo com suas necessidades priorizando seu bem estar (SCRTON *et al.*, 2015).

Frigo (2013) discorre que o parto é um processo cultural e que reflete os valores históricos e sociais de cada sociedade. O que de fato é confirmado quando se observam que as mulheres adquirem experiências

<sup>1</sup> Graduada do Curso de Enfermagem da Faculdade do Vale do Jaguaribe – FVJ. E-mail: aline.lima.chagas@gmail.com

<sup>2</sup> Mestra em Saúde Pública e Bacharelada e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Beberibe/Ceará. Professora da FVJ. E-mail: amaliagoncalves@fvj.br

sobre o trabalho de parto no decorrer de suas vidas, experiências vivenciadas por elas ou por outras de sua rede de contato, que irão influenciar na aceitação das recomendações profissionais. É necessário aliar as perspectivas da mulher, a experiência do profissional e as evidências científicas para a construção de uma boa assistência humanizada (GUALDA *et al.*, 2011).

Tanto para Scrton *et al.*, (2015) como Frigo (2013) a maioria das mulheres associam a hora do parto com um momento de dor insuportável e terrível. As gestantes ficam sabendo de experiências vivenciadas durante o trabalho de parto por amigas, tias, vizinhas, mãe e acabam se colocando no lugar delas e vivenciando um sofrimento imaginário antecipado. Culturalmente o parto está associado a sofrimento e dor. Este é um dos principais medos, que as levam muitas vezes a optar por um parto cesáreo para fugir da dor. Por isso há necessidade de boas praticas, apoio e confiança nos profissionais que as assistem. Verifica-se que mulheres que recebem informações sobre o trabalho de parto preparam-se para ele, tornando-se protagonistas de seu parto.

Uma gama de sentimentos e medos invade a mente das gestantes, entre eles: preocupação com a dor, medo de complicações no parto, desconhecimento do que acontece no trabalho de parto, medo de aborto, anestesia, de não gostar do filho, de não saber ser mãe, de que o bebe seja trocado na maternidade, má assistência medica, de estar sozinha na hora do parto, de não ter força para empurrar o bebe, de morrer, de malformação fetal, ficar com a vagina dilatada, entre outras coisas. Porém a maioria destas dúvidas e medos seriam evitadas ou esclarecidas se durante o pré-natal as gestantes fossem orientadas e preparadas para o trabalho de parto e parto. A participação de grupos de gestante é uma importante ferramenta para transmitir isso a todas as gestantes (FRANCISCO *et al.*, 2015).

Muitas gestantes encontram dificuldades quando chegam à maternidade em trabalho de parto, pois não estão preparadas psicologicamente para o momento. Por isso as condutas baseadas apenas no aspecto físico durante a gestação não são suficientes. A gestação vem com um conjunto de alterações físicas e psicológicas que devem ser assistidas. O processo psicológico que permeia o período grávido-puerperal exerce um grande fator e deve ser assistido e trabalhado pela equipe (BRASIL, 2006).

É preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de ações educativas com os seguintes temas: desenvolvimento na gestação, modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referente a gestação e ao parto, sinais de alerta, preparo para o parto, sinais de trabalho de parto, cuidados de higiene apos o parto, amamentação entre outros. Estas ações de educação devem acontecer dentro e fora da unidade de saúde da forma mais dinâmica e de fácil entendimento, saindo da rotina de palestras, e sim em rodas de conversas, vídeos, dramatização de forma que as gestantes e acompanhantes possam interagir e sanar suas dúvidas (BRASIL, 2012).

Cicuto *et al.*, (2012) descreve a falta de informação como uma das principais causas da insegurança para a mãe e família. As mulheres mostram-se satisfeitas e felizes quando são orientadas sobre o que irá

acontecer e como irá acontecer, quando são esclarecidas e respeitadas. Sentem-se acolhidas e valorizadas em suas individualidades. Quando elas percebem que os profissionais que a assistem estão preocupados com o seu bem estar e do seu filho e cuidam com dedicação, com empatia, sentem-se confortáveis e encorajadas. Quando são tratadas de maneira diferente, com indiferença por parte dos profissionais, acabam com medo, dúvidas e preocupações, não confiando na equipe e prejudicando seu trabalho de parto (SCRTON *et al.*, 2015).

Na maioria das vezes as informações transmitidas durante o pré-natal são superficiais e falhas. Faz se necessário intensificar as ações educativas, de forma adequada e coerente, para uma melhor assistência (MOTA; MOREIRA, 2013). A maioria das gestantes não recebe uma boa preparação no pré-natal, por isso tanta dúvida e nervosismo na hora do parto. O enfermeiro que realiza o pré-natal deve, durante as consultas, transmitir o máximo de informações possíveis de forma clara e sucinta para que durante o trabalho de parto a equipe da maternidade só reforce o que ela já aprendeu no pré-natal. A articulação entre a maternidade e o pré-natal, irá propiciar a mulher mais calma e autonomia, tornando este momento único (FRANCISCO *et al.*, 2015).

Durante as ações educativas existe a troca de experiências entre as mulheres e os profissionais de saúde. São nestes espaços que as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação. É imprescindível que o pai da criança e a pessoa que irá acompanhar a esta gestante na maternidade, participem destas ações, para que possam ajuda-las neste período (BRASIL, 2012).

A presença do pai é um direito garantido por lei. A gestante sente-se mais segura durante o trabalho de parto quando têm seu companheiro ao lado. Além de que isso aumenta o vínculo pai e filho, fortalece a paternidade e valoriza a mulher na relação conjugal. Para isso é necessário que o pai também seja orientado durante o pré-natal e na maternidade, sobre a fisiologia do parto. Isso contribui para mais segurança, conforto e protagonismo da parturiente (FRANCISCO *et al.*, 2015).

A atenção primária, secundária e terciária dos serviços de saúde devem promover a presença da educação nas práticas assistenciais, nas enfermarias de hospitais, leitos e postos de saúde. A enfermeira é o agente potencial de mudanças, faz uma ponte com as gestantes sobre o senso comum e a ciência, necessário para transformar a vida de muitas mulheres no modo de gestar, parir e nascer (PROGIANTIL; COSTA, 2012).

As gestantes encontram-se vulneráveis e sedentas por informações, em meio às transformações físicas e emocionais que ocorrem neste período. É dever da enfermagem, orienta-las, para isso é necessário conhecer os anseios, dúvidas e angústias destas parturientes.

A partir do que foi exposto surgiram os seguintes questionamentos: como as mulheres estão vivenciando seus momentos de parto? Quais as principais dificuldades das mulheres no momento do parto? Quais as suas seguranças e incertezas? Como a enfermagem pode ajudar essas mulheres?

Assim sendo o presente projeto tem como objetivo geral compreender as dificuldades enfrentadas pelas mulheres em trabalho de parto e objetivos específicos: conhecer a história de parto de mulheres; verificar as potencialidades e fragilidades das mulheres no momento do parto e identificar as ações de enfermagem que contribuam para amenizar as dificuldades enfrentadas pelas parturientes.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa se caracterizou como exploratória e descritiva de natureza qualitativa. Gil (2002) afirma que a pesquisa exploratória é a que mais se familiariza com o problema a ser estudado, tornando-o mais explícito. É considerada uma pesquisa flexível, que estabelece critérios, métodos e técnicas para a sua elaboração.

A pesquisa descritiva tem como objetivo realizar a descrição das características de uma população, com a finalidade de observar, registrar e avaliar (GIL, 2002). Neste tipo de pesquisa o pesquisador não pode interferir, devendo apenas descrever os fatos, sem influenciar no resultado.

Segundo Goldenberg (2004) a pesquisa qualitativa é focada na compreensão de um grupo social, de uma organização sobre determinado assunto, não se preocupando com a representatividade numérica. Assim como a descritiva o pesquisador não pode fazer julgamentos e nem deixar que suas crenças e preconceitos afetem a pesquisa. São características desta pesquisa ser realizada em um ambiente natural como fonte de dados, a análise dos dados é intuitivo, é predominantemente descritiva, o entrevistador é um o instrumento de pesquisa e a preocupação com o processo é maior do que com o produto (CAMPOS, 2000).

A pesquisa foi realizada no Sistema de Saúde Vicentina Margarida Naseau – Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac-HMSLM de Aracati-CE. Fundado em 29 de junho de 1956, de natureza filantrópica. Hospital Polo na sétima microrregião de saúde do Estado do Ceará, referência em obstetria e pediatria que atende os municípios de Aracati, Fortim, Itaiçaba e Icapuí.

Atualmente a maternidade contém 16 leitos obstétricos, 02 salas de parto, 01 sala de pré-parto, 02 leitos mãe-canguru, 01 berçário de médio risco e 02 salas de cirurgia. Realizaram-se no ano de 2016, 820 partos normais e 640 partos cirúrgicos. Sendo 5.200 atendimentos a gestante, de modo geral (DADOS DA INSTITUIÇÃO, 2017).

A população foi composta por dez (10) parturientes que foram acompanhadas desde o pré-parto até o pós-parto imediato no referido hospital. A amostra foi constituída de acordo com os seguintes critérios de inclusão: mulheres em trabalho de parto, residentes no município de Aracati-CE, com idade entre 18 e 40 anos. Já os critérios de exclusão foram: mulheres residentes de outros municípios, estarem com dor excessiva no momento da entrevista, não querer participar da pesquisa.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) e a observação estruturada (APÊNDICE C). A entrevista semiestruturada se caracteriza como a presença de duas



pessoas face a face, onde uma faz as perguntas (o entrevistador) já estabelecidas e a outra discorre sobre o assunto em questão (entrevistado). O entrevistador é guiado por uma relação de pontos que deseja abordar e vai explorando ao longo da entrevista, através de perguntas abertas (GIL, 2002). A entrevista foi gravada e transcrita, preservando o anonimato das entrevistadas tendo seis (06) questões norteadoras relacionadas ao tema.

A observação estruturada se caracteriza por uma ação minuciosa e elaborada, onde o observador se limita apenas a descrever os fatos observados, extraindo as informações necessárias (GIL, 2002). Todas as mulheres em estudo foram observadas em seus trabalhos de parto de acordo com um formulário (APÊNDICE C), sendo as observações registradas em diário de campo.

A análise dos dados ocorreu de acordo com a análise de conteúdo com categorização temática de Minayo (2002), em três etapas: pré-análise, onde foi analisada as transcrições das entrevistas e observações, de acordo com os objetivos deste estudo; exploração do material, onde houve a comparação das respostas obtidas nas pesquisas de campo com o referencial teórico e por último, a interpretação dos resultados obtidos, que foi organizado através de categorias temáticas para melhor compreensão e interpretação dos resultados.

Os aspectos éticos deste estudo obedeceram a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), responsável pela regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016) onde todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foram entrevistadas e observadas dez (10) mulheres em trabalho de parto. Após a análise dos discursos surgiram as seguintes categorias temáticas: Histórias de parto; Fragilidades de mulheres no momento do parto; Potencialidades de mulheres no momento do parto; Ações de enfermagem que amenizam as dores do parto.

As mulheres foram identificadas por nome de flores para representar a beleza e a essência feminina. As denominações foram: Margarida, Jasmim, Cerejeira, Cravina, Cravo, Gardênia, Frésia, Girassol, Gravata, Gloriosa.

### Histórias de parto

Durante a realização da pesquisa de campo na maternidade em estudo, pode-se deparar com diversas histórias de parto, cada uma com suas experiências únicas e aprendizados. Será iniciada a apresentação dos resultados dessa pesquisa com o relato de três (03) histórias de parto das puérperas em estudo, escolhidas por suas peculiaridades.

#### História de Parto 01- Ter apoio é fundamental.

Parturiente primigesta deu entrada na unidade hospitalar, relatando perca de líquido, com intensidade, mas pouca dor. Acompanhada por sua genitora, realizado a classificação pela enfermeira e avaliada pelo médico. Gravidez com idade gestacional de 39 semanas e 1 dia, colo pérvio de 04 cm, bolsa rota. O médico orienta a paciente a deambular e informa que a mesma esta evoluindo para um parto normal. Com o passar das horas as dores se intensificam e as preocupações também, paciente se encontra inquieta e preocupada, demonstra-se nervosa com a perda de líquido e relata não ter mais forças, próximo ao período expulsivo. Paciente encontra-se na sala de pré-parto, tendo ao lado sua mãe como acompanhante, bastante nervosa, e demonstrando sua ansiedade para a paciente. A equipe explica as etapas do parto, procurando tranquiliza-las. Após as orientações a paciente demonstra-se cooperativa com a equipe, aderindo às orientações de tomar um banho e sentar no cavaleiro. Já na sala de parto, com bastante dor, relata ter medo de não ter forças para ajudar o bebê a nascer. Com o apoio da equipe e de seu marido agora presente o bebê nasce bem, choro forte, tanto do recém-nascido como da puérpera e do genitor do bebê. Recém-nascido colocado em contato com a mãe ainda ligado ao cordão umbilical, posteriormente sendo cortado por seu pai. Momento de profunda emoção. (Diário de campo – dados da pesquisa).

#### História de Parto 02 – O antagonismo de ter experiência.

Parturiente múltipara 03 gestações, 36 anos, chega a unidade hospitalar calma, sem dor, demonstrando-se familiarizada com a equipe e com o espaço hospitalar. Relata ter procurado atendimento por que já estava passando da data prevista para o parto. Realizado classificação pela enfermeira plantonista, avaliada pelo médico de plantão, com presença de sangramento vaginal. Após o início da indução do parto, apresenta contrações presentes e com boa intensidade. Nega-se a seguir as orientações da equipe, afirmando conhecer a hora certa de o bebê nascer. Relata já ter bastante experiência, pois já havia parido dois filhos naquela unidade hospitalar. Caminha bastante e toma vários banhos durante o trabalho de parto. Na sala de parto demonstra-se cansada e impaciente, querendo que o bebê nasça logo. Para demonstrar a proximidade do nascimento e acalma-la a equipe de enfermagem a orienta a tocar na cabeça do bebê ainda no período expulsivo, no abaulamento. O bebê nasceu logo em seguida, colocado em cima da mãe promovendo o contato pele a pele e promovendo o vínculo afetivo. (Diário de campo – dados da pesquisa).

#### História de Parto 03 – Parto normal após cesárea anterior... é possível?

Parturiente deu entrada no hospital referindo dores, acompanhada por sua mãe. Na admissão informa para equipe de plantão que teve uma cesárea há quatro (04) anos atrás e que foi orientada no pré-natal que seria submetida a um novo parto cirúrgico. Avaliada pela médica do plantão, verifica-se colo dilatado em 08 cm. A médica informa que irá deixar evoluir para o parto normal, pois mãe e bebê estavam evoluindo sem complicações no momento, não havendo indicação de cesárea. Mesmo assim a parturiente e a família demonstraram muita resistência, afirmando que caso acontecesse algo com o bebê ou com a mãe, a equipe seria responsabilizada. No pré-parto a paciente é assistida pela equipe plantonista, estando muito resistente às orientações da enfermagem. Após muito diálogo e explicações do processo de parto, a parturiente permite ser ajudada pela equipe, incentivada a ficar no cavaleiro e depois na posição de cócaras. Nesse momento, a paciente começou a demonstrar-se mais confiante no parto. Porém a família ainda se mostrou muito receosa. Já na sala de parto a equipe vigilante e a mãe bastante ansiosa é encorajada a ajudar o bebê a nascer. O parto ocorre sem intercorrências, com presença e participação ativa do pai do recém-nascido. (Diário de campo – dados da pesquisa).

Verifica-se na história 1 a representação da importância da família no trabalho de parto, ofertando apoio psicológico para as parturientes neste momento. A família exerce um importante papel neste momento, pois é neste apoio que a puérpera se sente confiante e segura a enfrentar os desafios que surgem com a maternidade.

Pereira et.al (2016) mencionam que o apoio psicológico a mulher no momento do parto e no pós parto imediato são fundamentais pois podem interferir em vários aspectos da maternidade, dentre eles a produção do leite.

Considera-se também que esse apoio não deva vir apenas da família, mas também da equipe que acolhe essa gestante na maternidade, daqueles que realizaram seu pré-natal, demonstrando a importância da mulher e do bebê e que todos estão trabalhando em prol de sua saúde e bem estar.

Outro ponto importante observado nas histórias de trabalho é o antagonismo que ocorre quando as parturientes são multíparas. A experiência tanto pode facilitar o processo de parto como se complicar quando a mulher se torna resistente às orientações da equipe, por compreender que não precisa mais de ajuda, o que acaba trazendo dificuldades para equipe em prestar uma boa assistência.

Rosa, Silveira e Costa (2013) referem que gestantes multíparas desenvolvem mais riscos que as demais, muitas vezes ocasionados pela não realização do pré-natal, por se intitularem “experientes”.

Outro ponto relevante nas histórias de parto diz respeito a compatibilidade da realização de um parto natural após a realização anterior de parto cirúrgico. De modo geral, é apresentado para a população que um parto cesariano anterior impede a realização de um parto normal posteriormente.

Madi et.al (2013) referem que a realização de um parto vaginal após um parto cesáreo ainda é visto pela maioria da população como algo impossível ou muito raro, porém é possível. Dependendo do tempo que a cesárea foi realizada, a indicação da mesma, pode-se sim haver um parto vaginal. Para isso é necessário uma vigilância continua e redobrada para esta puérpera, no entanto, o que não é indicado neste momento é a indução do parto, por riscos de ruptura uterina (MADI et al., 2013).

### **Fragilidades de mulheres no momento do parto**

Após as entrevistas e as observações realizadas na maternidade podem-se observar as diversas fragilidades das mulheres no momento do parto e como isso influencia no andamento do trabalho de parto e parto.

Verificou-se que a presença da família, no momento do parto, tanto pode favorecer as fragilidades como as potencialidades da mulher. O apoio da família, na gestação e durante o parto e puerpério, de modo geral, influencia como esta parturiente irá encarar o seu processo de parir. Durante as observações realizadas verificou-se que algumas pessoas no papel de acompanhantes não tinham condições psicológicas para acompanhar o trabalho de parto das pacientes. Algumas se mantinham calmas até o momento da internação,

porém quando as parturientes entravam no trabalho de parto ativo, mostravam-se muito preocupadas, impacientes e passavam isso para as parturientes, fazendo com que elas ficassem ainda mais inseguras.

Vale ressaltar que a presença do acompanhante familiar durante o trabalho de parto e parto é uma das práticas preconizadas pela OMS, e que existem estudos que comprovam maior índice de satisfação das puérperas em trabalho de parto acompanhada por familiares, assim também como os inúmeros benefícios para a mãe e o RN (BRASIL, 2017).

A rede cegonha também preconiza e assegura este direito a parturiente (BRASIL, 2014). Por isso a importância de preparar não somente a paciente durante o pré-natal, mas preparar o esposo, outros membros da família, a pessoa que irá lhe acompanhar no momento do parto, como também a pessoa que lhe ajudará nos primeiros dias do RN. Isso é fundamental para que, no momento do parto e pós-parto imediato, essas pessoas estejam cientes do que irá acontecer, apoiando a paciente, e não a desestimulando ou a deixando mais ansiosa.

Gestantes e acompanhantes que participam juntas de grupos no pré-natal, demonstram estar mais familiarizadas e preparadas para o momento do parto, pois são conhecedores do que vai acontecer, tornando-as protagonistas do momento (MONTICELL; BASSO, 2010).

O pré-natal exerce um papel fundamental na vida das gestantes já que se propõe a ser um momento de aprendizado para o período gravídico-puerperal, devendo contemplar, de modo geral, todos os cuidados à mulher e ao bebê de maneira singular (MOTA; MOREIRA, 2012).

Na fala das mulheres em estudo verificaram-se fragilidades quanto às orientações realizadas no pré-natal. Percebeu-se um discurso vazio sobre o que sabiam do período final da gestação, assim como do trabalho de parto, como se observa nas respostas das puérperas, logo a seguir.

*“Não foi explicado nada.” Cravina*

*“Eu fiz o pré natal, mas ninguém me explicou nada não.” Gardênia*

*“Não me falaram nada.” Girassol*

*“Fui preparada ela explicou. Gloriosa (Não soube dizer o q foi explicado a ela)."*

*“Explicou direitinho”. Cravo*

Como se podem observar as parturientes relatam não terem sido orientadas sobre o parto e as que afirmam terem sido orientadas, quando questionadas como, não souberam explicar. Mostrando que mesmo que estas orientações tenham sido realizadas não foram efetivas, pois as parturientes não compreenderam o que foi dito.

A falta de orientações se apresentou como uma das principais fragilidades dessas puérperas, o que acabou gerando outra fragilidade: o nervosismo. Tudo o que não se conhece, que não é do cotidiano do ser

humano, gera medo. O ser humano, de certa forma, tem medo do que desconhece, e com o parto não é diferente.

Quando não orientadas devidamente sobre o parto surge o medo e a ansiedade excessiva. Além disso, a desinformação leva as parturientes a confiarem em ditos populares, em experiências de terceiros e como consequência, acabam adotando posturas errôneas. Por isso deve haver uma atenção muito especial para a escuta qualificada, o esclarecimento de dúvidas, os anseios relacionados ao trabalho de parto. A informação é a principal arma para que essa gestante seja protagonista do seu parto, uma gestante bem informada pode discutir com a equipe o melhor para si e para seu bebê (TOSTES; SEIDL, 2015).

Outro fator observado foi a resistência de algumas parturientes múltiparas em aceitar as orientações da enfermagem, assim como não realizar o pré-natal por afirmar já saber tudo, devido ter passado por outras gestações.

A não realização do pré-natal é um grande risco tanto para a parturiente como para o neonato. O Ministério da Saúde preconiza no mínimo 06 consultas de pré-natal e o que se observa é que algumas mulheres ainda chegam à maternidade sem nenhuma consulta de pré-natal.

Durante a observação das mulheres em estudo, pode-se observar o esforço da equipe de enfermagem em ajudar, partejar uma múltipara, porém a mesma se negava constantemente em receber orientações, sempre com a mesma resposta *“eu conheço a hora de parir”*. Estudos relatam que mulheres múltiparas apresentam risco duas vezes mais de não realizar o pré-natal, comparadas as primíparas, principalmente se nas gestações anteriores não tiveram riscos (ROSA; SILVEIRA; COSTA, et al., 2013).

Mulheres fragilizadas podem tornar momento do parto doloroso e traumatizante, onde o intuito seria de ser algo prazeroso e cheio de alegria. Uma preparação precoce faz-se necessária para que as dúvidas e os medos sejam discutidos para que, dessa forma, as mulheres possam usufruir deste momento único da melhor forma possível, pois as experiências vivenciadas no parto podem trazer consequências para o puerpério e para a maternidade.

### **Potencialidades de mulheres no momento do parto**

As puérperas em estudo também demonstraram potencialidades na maternidade, dentre elas, o interesse em parir normal, apesar do medo expresso. O que contraria a ideia da mulher sempre desejar o parto cesariano de acordo com os altos índices nacionais.

Durante o trabalho de parto, na maternidade, as puérperas relataram, em sua maioria, terem seguido as orientações da equipe, o que colaborou para o seu desempenho. Em suas falas relatam as orientações realizadas pela equipe do hospital maternidade:

*“Era tanta da gente ajudando, tanto do enfermeiro, me ajudaram na respiração, na hora da dor, da contração.”* Gardênia

*“A enfermeira mandou eu me acocar, colocar força, colocou até eu num cavalinho, mandou eu ir no banheiro, que se eu fizesse bastante força para a bolsa estourar, aí a bolsa estourou.”* Gravata

Verificou-se que as parturientes que aderiram as orientações da equipe de enfermagem tiveram seu trabalho de parto com menos estresse e puderam ser protagonistas deste momento. Como também evoluíram para o parto normal em menos tempo do que as que recusaram ajuda. Sabe-se que estas estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto devem ser apresentados à parturiente e, cabe a ela, escolher ou não realiza-las, respeitando seus direitos (BRASIL, 2017).

Contar com o apoio familiar também surgiu como uma das maiores potencialidades das parturientes em estudo. Pode-se observar que durante as entrevistas a maioria das puérperas respondeu que o que contribui para vivenciar o parto da melhor forma foi a presença do acompanhante que sempre foi alguém da sua família, mãe ou irmã. Como se pode verificar nos discursos a seguir:

*“Minha acompanhante me ajudou.”* Gloriosa

*“Mulher, elas me ajudaram muito, eu acho, assim pra ter me deram força, minha irmã também.”* Jasmim

Elas relataram a importância da acompanhante no momento do parto, encorajando-as a prosseguir nos momentos de desespero e não desistir, reafirmando os benefícios reconhecidos pela OMS de uma pessoa acompanhante promovendo a diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação e de analgesia e maior satisfação da mulher (BRASIL, 2016).

A vivência de partos anteriores também surgiu tanto como fragilidade, como potencialidade das mulheres em estudo, de acordo com suas manifestações e comportamentos na hora do parto. Pode-se reconhecer que as puérperas mais experientes demonstraram-se mais calmas no parto atual.

As puérperas carregam em si as experiências vivenciadas e acabam por colocar nas gestações atuais a expectativa do que ocorreu na passada, embora saibam que cada gestação ocorre de maneiras diferentes e com suas particularidades, o que condicionam as necessidades de aprendizagem na gravidez atual (DORES, 2013), como relatam:

*“A enfermeira falou, mas eu também já sabia, pois tive 03 partos e 01 aborto, sabia como era já.”* Frésia.

*“A enfermeira me explicou, mas eu já tinha experiência né. Já tive três.”* Cerejeira.

*“Como eu já tive a primeira eu já sabia como era.”* Jasmim.

Durante as observações realizadas identificou-se que os cuidados prestados são baseados na humanização do parto, seguindo os princípios básicos da humanização do parto e do nascimento protocolados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

As pacientes são acolhidas pela enfermeira obstetra e a mesma se faz presente em todas as etapas do parto. Também se pode observar a participação ativa do pai no parto, lhe sendo permitida a presença, requisito da Rede Cegonha e da OMS, sendo incentivado a cortar o cordão umbilical na hora do parto, como relatado nos diários de campo:

Parto 01: “Durante o parto a equipe de enfermagem mostra-se muito compreensiva com a paciente (...) permite o pai a participar do parto de forma ativamente, podendo cortar o cordão umbilical” (*Diário de campo – dados da pesquisa*).

Ações como esta fortalecem o vínculo mãe-filho-pai e também fortalece o vínculo paciente equipe, sendo relevante, pois a paciente necessita confiar na equipe, senti-la como capacitada e disposta a oferecer a ela um bom atendimento. A segurança e tranquilidades da parturiente estão relacionadas ao atendimento recebido pela equipe durante o processo de trabalho de parto (DORES, 2013).

### **Ações de enfermagem que amenizam as dores do parto.**

Durante as observações realizadas na pesquisa contatou-se a realização de estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto. Verificou-se que na maternidade estudada não se realiza a anestesia durante o trabalho de parto.

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor podem ser classificados como uma tecnologia leve-dura, pois são conhecimentos estruturados que, para serem realizados, não necessitam obrigatoriamente de uma equipe multiprofissional, podendo ser realizada pela enfermagem e até mesmo pelo próprio acompanhante (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

As pacientes relatam satisfação na realização desses métodos, como verificados nos discursos a seguir:

“Eles me colocaram na bola, no cavalinho, mandavam eu fazer força pra baixo, eu gostei.”  
Frésia.

“A enfermeira mandou eu me acocar, colocar força, colocou até eu num cavalinho, mandou eu ir no banheiro, que se eu fizesse bastante força a bolsa ia estourar, aí a bolsa estourou.”  
Gravata.

Assim como registrados nos diários de campo:

Parto 05: “A paciente foi acompanhada durante todo seu trabalho de parto, com olhar vigilante, estimulada a deambular, posição de cócaras, bola, cavalinho, banho, massagem, agachar, música e apoio psicológico.” (*Diário de campo – dados da pesquisa*).

A estimulação para deambular, banho, cavalinho, bola, posição de cócaras e massagem nesta instituição, são técnicas utilizadas de modo rotineiro pela enfermagem, no ato de partear. Observa-se durante estas ações mais envolvimento da equipe com a paciente, fortalecendo um vínculo de confiança entre os



mesmos. Essas práticas são reconhecidas e recomendadas pela diretriz nacional de assistência ao parto normal (BRASIL, 2016).

Embora exista estudos comprovando sua eficácia como a revisão literária de Gayeski e Bruggemann (2010) que relatam os benéficos e a geração do bem estar com essas técnicas, algumas das parturientes em estudo se negaram a realizá-los, como relatados nos registros dos diários de campo:

Parto 04: “Como a parturiente já conhecia a equipe, demonstrava confiança nos que ali estavam, porém não se permitia ir a bola ou cavalinho. Queria apenas caminhar e tomar banho. Relata saber a hora certa de parir.” (*Diário de campo – dados da pesquisa*).

Parto 03 : “Foram realizados métodos não farmacológicos do alívio da dor como massagem, banho, cavalinho. A paciente de início colaborou, mais depois apresentou resistência em ser ajudada pela equipe, mostrava-se muito cansada no período final.” (*Diário de campo – dados da pesquisa*).

Verificou-se que apenas realizar estes métodos não é suficiente para garantir uma assistência efetiva e humanizada durante o parto. Faz-se necessário trabalhar esta parturiente tanto fisicamente, como psicologicamente, sendo essa preparação devendo ocorrer desde o início do pré-natal se estendendo até a maternidade, tornando-a conhecedora e empoderada do seu trabalho de parto e parto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais muitos estudos são realizados sobre o parto, seus benefícios e mecanismos, porém, nem sempre a fala da mulher, suas percepções sobre o seu parto são à base das pesquisas. Verifica-se a necessidade de compreender e ouvir as puérperas sobre um dos momentos mais importante de suas vidas, o momento do parto.

É necessário compreender as dificuldades das mulheres em trabalho de parto, para isso precisam-se conhecer suas histórias, verificar suas potencialidades e fragilidades no momento do parto e identificar as ações de enfermagem que contribuem para amenizar as dificuldades enfrentadas pelas parturientes, que foram os objetivos deste estudo.

Concluiu-se que foi possível se aproximar um pouco mais da realidade das parturientes do município de Aracati-Ce. Conhecendo a história de cada mulher entrevistada, seus anseios, medos e dificuldades, abriu-se um leque de possibilidades nos cuidados de enfermagem analisando cada problemática.

Cada história teve sua particularidade, vivenciadas de forma intensa por todos os envolvidos: mulheres-familiares-equipe de saúde. Verificou-se que o parto é um momento muito esperado e significativo para um casal, e que este momento não é apenas um evento fisiológico, mais sim o início de uma nova vida, com a chegada de um novo ser, fazendo surgir um novo ciclo na história de cada um.

As parturientes possuem muitas potencialidades a serem exploradas, a fim de torna-las protagonistas de seu parto. Ter voz ativa e não apenas ser coadjuvante é fundamental, pois o momento é dela, e cabe à

mesma expressar suas necessidades. No entanto, para que essa manifestação seja natural e autêntica, faz-se necessário que a mesma tenha informações do que deve acontecer, tenha sido preparada para o momento do parto.

Diante disso, identificou-se que uma das fragilidades encontradas neste estudo foi na realização do pré-natal. A maioria das puérperas entrevistadas demonstraram-se despreparadas para o momento do parto, onde relatam terem sido pouco orientadas ou não orientadas sobre este momento.

Reconhece-se que um pré-natal de qualidade é fundamental para o sucesso do parto, como foi observado que dentre as puérperas, aquelas que realizaram um bom pré-natal, foram bem sucedidas em seus partos e guardaram boas recordações deste momento.

Também durante o partejo, pode-se observar a presença dos fisioterapeutas de forma ativa nesta instituição, acompanhando a parturiente do início do trabalho de parto, até o puerpério, estendendo os cuidados aos RNs.

Observou-se que as mulheres de início preferem o parto normal, porém com o chegar da fase do trabalho de parto ativo, as mesmas querem mudar de opinião devido à intensidade da dor, o que demonstra despreparo quanto a presença da dor fisiológica, inerente ao trabalho de parto.

A presença de acompanhante também foi vista neste estudo como ambígua, pois a função do acompanhante é encorajar a parturiente, apoiar-la e tranquilizá-la. Porém, por também estarem despreparados, alguns acompanhantes aparecem neste estudo preocupados, e as vezes até exaltados com a equipe de enfermagem, traspassando para a paciente estas preocupações e criando conflitos. Caso que não deveria ocorrer, se fossem devidamente preparados para este momento. A necessidade de uma preparação física e emocional, não apenas da paciente e sim dos familiares/acompanhantes apresentou-se com imprescindível.

A história de cada uma deve ser ouvida, acolhida, com seus medos, anseios para ser traçado um plano individual para cada mulher. Esta deve se sentir acolhida, confiante e segura para poder vivenciar este momento da melhor forma possível. A equipe deve oferecer confiança a esta família, e assegurar que a nova vida virá ao mundo de forma segura, que é um dos principais desejos de seus familiares.

Através das reflexões aqui descritas, suscitou na pesquisadora, enquanto futura enfermeira, traçar planos e metas para sanar as dificuldades enfrentadas pelas parturientes, melhorando o ambiente, o tornando mais propício, buscando proporcionar um trabalho de parto positivo, onde a mulher demonstre confiança em si e na equipe.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.; COSTA, G.; PINHAL, G. Conhecimento das Puérperas com Relação aos Métodos não Farmacológicos de Alívio da dor do parto. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 03, jul./set., p. 711-717, 2015. Disponível em: [www.scielo.br/r:genf](http://www.scielo.br/r:genf). Acesso em: 02 mar. 2017.

BARBETTA, P. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 6 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006. Disponível em <https://www.passeidireto.com/arquivo/17369882/barbetta---estatistica-aplicada-as-ciencias-sociais---ufscvel>. Acesso em: 04 maio 2017.

BASSO, Joéli Fernanda; MONTICELLI, Marisa. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 01 – 09, maio – jun., 2010. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em: 25 nov. 2017.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Série A Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 06 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**/ Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br>. Acessado em: 30 de Setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf). Acesso em: 10 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes\\_PartoNormal\\_VersaoReduzida\\_FINAL.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartoNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf). Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5 Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Resolução Nº 510** de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 30 maio 2017.

BRUGNEROTTO et al., 2012. **Manual de Elaboração do projeto para trabalho de conclusão de curso-TCC**. Faculdade São Lucas. Disponível em: <http://www.saolucas.edu.br/repositorio>. Acesso em: 04 maio 2017.

CAMPOS, G. Introdução á metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto, v. 02, n. 01, p. 93-108, 2000. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/IIspeq/anais/pdf/poster1/05.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

CIRCUITO A.G, BELISÁRIO C.R.L, Tavares B.B. Puerperal women's satisfaction with their delivery. **Invest Educ Enferm.**, v. 30, n. 02, p. 208-214, 2012. Disponível: [www.scielo.br/r:genf](http://www.scielo.br/r:genf). Acesso em: 03 mar. 2017.

DORES, P. P. J. Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento; **Escola superior de enfermagem do porto**, Porto, 2013. Disponível: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9401/1/Tese\\_final.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9401/1/Tese_final.pdf) Acesso em: 22 nov. 2017.

FRIGO, J. et al. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Cogitare Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 04, p. 761 – 766, out. - dez., 2013. Disponível em: [www.scielo.br/r:genf](http://www.scielo.br/r:genf). Acesso em: 06 mar. 2017.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2010, vol.19, n.4, pp.774-782. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>. Acessado: 24 de novembro de 2017.

GIL, C. A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível: [https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf) Acessado em 05 de maio de 2017.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. Disponível em: <http://www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf>. Acessado em: 05 maio 2017.

MADI, J. M. et al. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 35, n. 01, p. 516-522, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24419533> Acesso em: 21 nov. 2017.

MINAYO, M.C de S. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 21ª edição. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOTA S.; MOREIRA, A. Assistência pré-natal: conhecimentos de gestantes atendidas em uma maternidade pública da Bahia. **J Health Sci Inst**. 2013;31(1):43-7

PEREIRA B. A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 03, p. 471 – 477, jul. – set., 2011. Disponível em: [www.scielo.br/r:genf](http://www.scielo.br/r:genf) Acesso em: 06 mar. 2017.

PEREIRA et al. Percepção de gestantes sobre suporte familiar e sua interferência na realização do pré-natal conforme diretrizes do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). 2016. Disponível em : [diamantina.cedeplar.ufmg.br/2016/anais/demografia/378-650-1-RV.pdf](http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2016/anais/demografia/378-650-1-RV.pdf) . Acesso em: 20 nov. 2017.

PROGIANTIL, M.; COSTA, F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 02, p. 257 – 263, mar. – abr., 2012. Disponível em: [www.scielo.br/r:genf](http://www.scielo.br/r:genf) Acesso em: 03 mar. 2017.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S. da; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev Saúde Pública**, Pelotas, v. 48, n. 06, p. 977 – 984, 2014. Disponível em: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp). Acesso em: 30 set. 2017.

SCRTON, J. et al. “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. esp., p. 143 – 151, 2015. Disponível em: Acesso em: 04 mar. 2017.

FRANCISCO, B. de S. et al. Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 03, p. 567 – 575, jul.-set., 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1024> Acesso em: 02 mar. 2017.

TOSTES, Natalia Almeida; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun., 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 nov. 2017.

WEI, C.Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H.P.O.; Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 04, p. 717 – 725, out. - dez., 2011. Disponível em: [www.scielo.br/r:genf](http://www.scielo.br/r:genf) Acesso em: 04 mar. 2017.

## **SOBRE AS ORGANIZADORAS**

### *Elane da Silva Barbosa*

Graduada no Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem - FAEN da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN (2011). Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Jacarepaguá - FIJ (2012). Mestra em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação - POSEDUC da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN (2013). Doutora em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação - PPGE da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Membro do Grupo de Pesquisa Educação, História e Saúde Coletiva (GPEHSC) da UECE.

### *Amália Gonçalves Arruda*

Possui mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2010). Atualmente é professora da FACULDADE DO VALE DO JAGUARIBE e enfermeira do CAPS - Secretaria Municipal de Saúde de Beberibe. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Programas de Atendimento Comunitário, atuando principalmente nos seguintes temas: práticas integrativas e complementares, educação em saúde, arteterapia, assistência de enfermagem, diversidade, gestão.

### *Valeska Portela Lima*

Possui graduação em Ciências Biológicas (Bacharelado- 2005 e Licenciatura- 2004) pela Universidade Estadual do Ceará. Coursou Mestrado em Microbiologia Médica na Universidade Federal do Ceará e Doutorado pelo RENORBIO, atuando principalmente nos seguintes temas: Genética molecular, *Helicobacter pylori*, câncer gástrico e polimorfismo de interleucinas.

ISBN 978-65-86212-28-0



9 786586 212280 >