



**FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR**

TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO

ENFERMAGEM 2018/02



COORDENAÇÃO DE CURSO:
PROFA. M.Sc. ANA LÍGIA DE SOUZA PEREIRA

PROFESSORAS RESPONSÁVEIS:
PROFA. M.Sc. KELLY APARECIDA DO NASCIMENTO
PROFA. M.Sc. DEYLIANE APARECIDA DE ALMEIDA PEREIRA

**MATIPÓ - MG
2018**

SUMÁRIO

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA	3
ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇAS E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS EM IDOSOS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO BAIRRO BOA VISTA DE MATIPÓ-MG.	30
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS CAMINHONEIROS QUE TRAFEGAM PELA BR 262 NA ZONA DA MATA MINEIRA.....	51
AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE HEMODIALÍTICA SOB A ÓPTICA DO PACIENTE E DO ENFERMEIRO	72
AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS COORDENADORES	107
CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR DE GESTANTES USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA.	132
FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA PRÁXIS DO ALEITAMENTO MATERNO: A PERSPECTIVA DAS NUTRIZES DE UMA CIDADE DA ZONA DA MATA MINEIRA	156
PROCESSO DE LUTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE VIVEM A EXPERIÊNCIA DO ÓBITO DE PACIENTES SOB OS SEUS CUIDADOS: UM ESTUDO EM UM HOSPITAL GERAL DA ZONA DA MATA MINEIRA.....	174
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE MATIPÓ- MG, UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE SEDENTÁRIOS E PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA	207

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA

ACADÊMICAS: JÚNIA CÁSSIA REIS PAULA; LORRAYNE DOS SANTOS PANSUTE; MARIA CÉLIA MOREIRA MACHADO.

ORIENTADOR: Prof. M.Sc. Rodrigo Ataíde dos Santos.

LINHA DE PESQUISA: 1. Cuidado de Enfermagem

RESUMO

O envelhecimento populacional faz parte da realidade da maioria das sociedades e é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade, a mortalidade e o aumento da esperança de vida. Doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Nesse contexto, o estudo objetivou avaliar a assistência domiciliar ao idoso pelos profissionais de saúde, bem como a capacidade funcional e o nível de dependência na execução de atividades de vida diária comparada por sexo. Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa desenvolvida no município de Sericita – MG, sendo o público-alvo constituído por uma amostra de 57 idosos cadastrados na Unidade de Saúde Onofre Paula de Oliveira, correspondendo à micro área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) urbano. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2018, por meio de um questionário elaborado pelas pesquisadoras, contendo 7 perguntas fechadas juntamente com escalas para avaliar níveis de incapacidades funcionais. As mulheres idosas apresentaram maiores episódios de quedas e internações; maior frequência nas consultas médicas — quando comparado aos homens — e maior independência para executarem atividades básicas e instrumentais da vida diária.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do idoso; incapacidade; dependência; enfermagem; assistência.

1. INTRODUÇÃO

A população vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, resultado da redução da taxa de fertilidade e aumento da expectativa de vida, o que se deve à melhoria do acesso aos serviços de saúde, avanços tecnológicos da medicina, investimento de infraestrutura em saneamento básico, dentre outros fatores (MARIN; PANES, 2015).

O segmento populacional que mais cresce é o de idosos, com taxas de crescimento em torno de 4% ao ano. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14, 2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente (IBGE, 2015).

Nesse panorama, em decorrência de uma população mais idosa, a promoção e a educação em saúde; a prevenção e o retardamento de doenças e vulnerabilidades e a manutenção da independência e da autonomia são realizações que necessitam ser desenvolvidas visando a melhorar a qualidade de vida dessa população (MUNIZ *et al.*, 2016).

A capacidade funcional da pessoa idosa é avaliada mediante o grau de obstáculo que o idoso tem ao exercer as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVD envolvem atividades que associam a pessoa com ele mesmo, tendo como exemplo, tomar banho, vestir-se, comer, dormir e locomover-se pelos cômodos do domicílio. As AIVD abrangem atividades como realizar compras, quitar contas, preparar alimentos, fazer uso de medicamentos, gerenciar finanças, encarregar-se da limpeza da casa, utilizar transportes e telefone, dentre outras. As AIVD são classificadas como atividades com maior nível de dificuldades quando associadas às ABVD. (ANDRADE; NOVELLI, 2015).

Segundo Ministério da Saúde (2006), as avaliações funcionais relacionam-se às Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Para avaliação da AVD, a escala mais citada e utilizada é a escala de Katz (1963), planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente, a fim de direcionar ações de intervenção e reabilitação. Já para a avaliação das AIVD, a escala mais utilizada é a de Lawton (1969), considerada mais complexa por se tratar da capacidade de vida comunitária independente.

A composição da assistência domiciliar deve referenciar a cooperação de uma equipe multiprofissional de cuidados. Para isso, é preciso organizar a formação desses profissionais para a nova realidade demográfica e epidemiológica, englobando a moradia como ambiente terapêutico. Contudo, a família também apresenta um papel importante na humanização da assistência domiciliar. Sendo assim, modificações constatadas na estrutura familiar ampliam as possibilidades de que as futuras gerações careçam de cuidados suplementares que a família não será qualificada em suprir, ou seja, isso aumentará o compromisso dos governos — em particular no âmbito municipal — em que a assistência domiciliar é providenciada (THUMÉ *et al.*, 2010).

De acordo com Aquino (2016), o atendimento domiciliar vem crescendo a cada dia, de modo que as famílias optam por manterem os idosos sob seus próprios cuidados com ajuda de cuidadores e equipes de Assistência Domiciliar (*Home Care*). No entanto, observa-se que o idoso possui necessidades complexas e exige uma assistência eficaz que, se não for atendida e adequada, poderá trazer consequências irreversíveis. A elevação na quantidade do cuidado não necessariamente implica na qualidade dessa assistência.

Ainda nessa perspectiva, Souza *et al* (2016) afirmam que é notório que a família vem assumindo cada vez mais o papel de cuidadores e que não está preparada para realizar esse trabalho com o idoso. A falta de conhecimento e habilidade diante de um idoso que precisa de assistência pode gerar sofrimento para esse dependente no ambiente familiar, considerando aspectos de ordem social, econômica e afetiva.

Desse modo, questiona-se: A assistência domiciliar à pessoa idosa prestada pelos profissionais de saúde é adequada e satisfatória? Estariam os idosos apresentando condições funcionais preservadas? Qual seria o grau de dependência do idoso em exercer atividades cotidianas comparando-se por sexo?

Diante do exposto, objetiva-se, com este estudo, avaliar a assistência domiciliar ao idoso pelos profissionais de saúde, bem como as condições funcionais e o nível de dependência na execução de atividades de vida diária comparada por sexo.

O presente estudo visa contribuir de forma significativa para o incremento da atenção do cuidado domiciliar da população idosa por profissionais de saúde, assumindo expressiva relevância, uma vez que os resultados contribuirão para favorecer a assistência mediante as instabilidades funcionais e incapacidades da pessoa idosa em desempenhar atividades cotidianas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e reduz as complicações decorrentes de longos períodos de internações hospitalares. Por isso, se atribuiu à Estratégia de Saúde da Família (ESF) a responsabilidade pelo provimento de cuidados aos idosos, visto que essas equipes têm acesso aos domicílios onde estão presentes os idosos e seus cuidadores.

A realização da avaliação multidimensional — ou seja, que tem múltiplas dimensões, que concerne a níveis ou campos variados na saúde do idoso — possibilita avaliar a dimensão de vulnerabilidade e o risco na comunidade, permitindo, assim, propor um planejamento e ações preventivas, curativas e reabilitadoras que melhorem a condição de vida no envelhecimento (UNASUS, 2014).

A ESF deve estar organizada para acolher, além da demanda espontânea e programada, as necessidades de saúde da pessoa idosa com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diária que necessitem de atendimento no domicílio (BRASIL, 2006).

Neves, Castro e Costa (2016) realizaram estudo com o propósito de analisar as necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem e o atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) após alta de adultos e idosos dependentes. Tratou-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa, realizada em duas etapas, com 217 pacientes para avaliar a capacidade de autocuidado e demandas de cuidado após alta. A segunda etapa foi realizada em seis domicílios de indivíduos com *deficit* de autocuidado, por meio de entrevista semiestruturada. Evidenciaram-se dificuldades vivenciadas por pacientes e cuidadores no atendimento de suas necessidades, destacando-se a sobrecarga e a falta de apoio profissional.

Dantas *et al* (2017) realizaram estudo descritivo com abordagem quantitativa com dados obtidos na web *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o propósito de descrever o perfil de morbimortalidade e indicar os desafios para atenção domiciliar dos idosos. Constatou-se acréscimo no número de idosos, dominância da morbimortalidade e hospitalizações por doenças crônicas. Nessas circunstâncias, o auxílio domiciliar figura como relevante escolha assistencial, mas tem sido executada de forma limitada.

A atenção domiciliar se concretiza em intervenções como visitas, assistência agendada ou suspensa e, até mesmo, internação domiciliar. A atenção domiciliar figura como importante dispositivo no contexto da atenção aos idosos, acima de tudo porque, além de estender a autonomia desta população e de suas famílias, evita perigos fisiológicos, imunológicos e emocionais em decorrência de hospitalizações em vão (DANTAS *et al.*, 2017).

Pereira (2017) realizou uma pesquisa de revisão bibliográfica sobre questões relacionadas com o histórico da atenção domiciliar no Brasil, os conceitos envolvendo a atenção domiciliar e as repercussões dessa atenção para as famílias. Na sequência,

foram analisadas entrevistas semiestruturadas realizadas com os informantes-chave do Programa Melhor em Casa de Santa Catarina. Observou-se aumento das internações domiciliares, justificadas pela perspectiva de atendimento humanizado. Dessa forma, o atendimento domiciliar em saúde chega às famílias como um benefício tanto ao usuário quanto à sua família, pela possibilidade de realizar o tratamento com acompanhamento médico no seu domicílio, perto dos familiares, num local de aconchego. Percebe-se por esta “humanização do cuidado” uma lógica de redução dos custos e gerenciamento dos leitos hospitalares por meio da desospitalização.

Thumé *et al* (2010) realizaram estudo com objetivo de avaliar as causas associadas à assistência domiciliar aplicada pela população idosa e suas peculiaridades, de acordo com o modelo de atenção - (ESF) e modelo convencional. Tratou-se de um estudo transversal de base populacional com demonstração representativa de 1593 indivíduos com 60 anos ou mais moradores na região urbana de Bagé, RS. Como principais resultados, evidenciou-se que a assistência domiciliar foi minuciosamente relacionada à história pregressa de acidente vascular cerebral, ao aparecimento de sinais de demência e às incapacidades para atividades da vida diária, sendo a família responsável por 75% das exigências de cuidados. Nas áreas da ESF enfatizou-se a atuação dos profissionais de enfermagem. Dois terços dos idosos mencionaram melhoria na condição de saúde.

Couto, Castro e Caldas (2016) realizaram estudo de investigação qualitativa com visitas domiciliares e entrevista semiestruturada com nove familiares de idosos dependentes em autocuidado. Objetivou-se compreender as vivências de cuidar de idosos dependentes, no ambiente domiciliar, a partir da ótica de cuidadores familiares que apresentaram sobrecarga e desconforto emocional. Na compreensão dos familiares, as suas vivências como cuidador, no contexto domiciliar, variaram entre aspectos positivos e negativos, que respectivamente minimizam e maximizam o sentimento de sobrecarga e desconforto emocional.

Carvalho *et al* (2015) objetivaram, em estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, apreender, na vivência dos cuidadores, a prática do cuidado domiciliar e a contribuição das equipes de assistência domiciliar para a continuidade do cuidado. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, aplicada a dez cuidadores, em seus domicílios. Trabalhou em três temáticas: decisão para o cuidado, cotidiano dos cuidados e a dimensão social do cuidado no contexto da atenção domiciliar. Como resultado, identificou-se baixa renda e escolaridade dos

cuidadores e destacou que o cuidado domiciliar apresentou deficiências devido às condições socioeconômicas. Ressalta-se que o ponto de atenção dessas redes é a atenção primária, necessária para dar suporte ao cuidador e à equipe de saúde na proposta de desospitalização e humanização por meio da assistência domiciliar.

Quando se trata da avaliação da capacidade funcional do idoso, Almeida *et al* (2017) objetivaram analisar os fatores associados à funcionalidade de idosos participantes de um grupo de convivência, utilizando uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva e analítica, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, subprojeto do Projeto Programa interdisciplinar de estudos e pesquisas sobre o envelhecimento humano: ações de cuidados e atenção ao idoso. Os instrumentos de coletas de dados utilizados foram um questionário sociodemográfico, Escala de Lawton e Brody. Verificou-se uma maior distribuição de idosos do sexo feminino, alfabetizado, vivendo sem companheiro e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. A maioria dos idosos apresentou algum tipo de problema de saúde, dependência para Atividades Básicas de Vida Diária e dependência para Atividades Instrumentais de Vida Diária. O estudo demonstrou que a maioria dos idosos era dependente de familiares para a realização de alguma atividade de vida diária, o que compromete a qualidade de vida desses idosos. Os resultados apontaram também uma grande interferência da presença de doenças crônicas nas funcionalidades dos indivíduos, principalmente no que diz respeito a atividades instrumentais de vida diária, causando nos idosos a perda de sua autonomia.

Nos estudos apresentados até o momento os autores não se atentaram de forma significativa à qualidade da assistência prestada pelo profissional de saúde, bem como às intervenções de enfermagem que permitiriam melhorar a condição funcional do idoso em desenvolver suas atividades de vida diária cotidiana e as demais complexidades. Outro diferencial do estudo proposto visa à comparação por sexo dos indivíduos idosos. Tais resultados poderão gerar ações de prestação de cuidados contribuindo para preservação das condições funcionais dos idosos.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

A instância em que se insere o enfermeiro na promoção do envelhecimento ativo e saudável é a prevenção de agravos ao longo de todo o ciclo da vida e na atenção às necessidades específicas. Isso descreve a figura do profissional em maior contato com o usuário do serviço de saúde, além de ser o principal responsável pelo

desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para os idosos e suas respectivas famílias (GOES, 2016).

É preciso que o profissional de saúde conheça alguns termos para prestar assistência domiciliar ao idoso. Para Fontes e Neri (2015), a resiliência é compreendida como um padrão de funcionamento adaptativo frente aos riscos atuais e acumulados ao longo da vida. Engloba uma variedade de recursos psicológicos, essenciais para a superação de adversidades, como as competências pessoais, as autocrenças e o controle interpessoal em interação com os apoios sociais.

No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos (BRASIL, 2012).

Conforme Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2006, p. 8),

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.

O método do envelhecimento se define, usualmente, por mudanças físicas nítidas que ocorrem ao decorrer dos anos. Dentre essas transformações, salientam-se a anulação de potência durante a marcha e a perda gradativa das funções dos órgãos e dos sentidos. Essas mudanças refletem diretamente a autoestima do idoso devido às consequências funcionais que essas transições apontam em seus papéis sociais, as quais podem ocasionar cenários depressivos. Além destas, variações de ordens metabólicas e desordens celulares expõem os indivíduos a doenças típicas dessa fase da vida, como alteração na memória e doenças cardiovasculares. Contudo, o envelhecimento predispõe ao organismo ajustes fisiológicos negativos, os quais envolvem falências físicas primordiais para o exercício das AVD, como o equilíbrio e a força muscular (SANTOS, 2017).

Entendendo como funciona o processo fisiológico do envelhecimento, a cartilha da UNA-SUS descreve a importância de associar assistência com a avaliação de atividades de vida diária. O comprometimento das AVD pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometam direta ou indiretamente. Dessa forma, a presença de declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice, e sim representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos (BRASIL, 2006).

Conforme Marin e Panes (2015), a atenção à saúde do idoso apresenta necessidades específicas e demanda um olhar ampliado e interdisciplinar para que se possa detectar, precocemente, seus problemas, além de se promover intervenções pautadas na promoção da saúde. Na atenção à saúde do idoso, deve-se levar em consideração que as doenças crônicas e suas incapacidades não são consequências inevitáveis do envelhecimento, mas sim a falta de um trabalho voltado à prevenção. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso no seio familiar e reforça o papel importante da família como determinante nos resultados do processo de reabilitação. Desse modo, entende-se que a assistência domiciliar assume um papel importante no amparo e proteção, geralmente assumida pelo cuidador, sendo este familiar ou não.

Entende-se como cuidador, de acordo com Labegalini et al (2016), aquele que atende às necessidades de autocuidado de indivíduos com algum grau de dependência, por períodos prolongados, frequentemente até a morte do idoso. É ele quem assume a responsabilidade de dar suporte ou de assistir as necessidades do indivíduo, garantindo desde cuidados básicos — como alimentação e higiene — até outras atividades, como ir ao supermercado e realizar tarefas financeiras. Os mesmos autores relatam que cuidar de um idoso dependente envolve tarefas complexas, permeadas de dificuldades de diferentes ordens, que podem ser agravadas pela escassez de preparo e de informações para o cuidador.

A relação do profissional de enfermagem com o idoso e família precisa assumir um papel central em todo o processo de cuidados. A relação é simultaneamente o contexto de todos os cuidados e também um instrumento terapêutico. Os enfermeiros constroem e reconstróem a avaliação e adaptam as intervenções aos acontecimentos de saúde-doença que se confrontam. O processo do cuidar em assistência domiciliar está interligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à

infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para essa assistência (MUNIZ, 2017).

Para Rebouças *et al* (2017) o conceito contemporâneo de saúde considera saudável o indivíduo com plena capacidade funcional, mesmo que seja diagnosticado com múltiplas doenças crônicas não transmissíveis. Esse conceito privilegia a independência e a autonomia do indivíduo no dia a dia como variáveis fundamentais. A realização dessas atividades sem ajuda pressupõe independência, motivação, habilidade física e engajamento social. Necessitar de ajuda para “usar transporte” e “tomar banho” são sentinelas em quadros depressivos e demências.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa. De acordo com Gil (2016), tal modalidade de estudo visa descrever características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis, englobando o uso de técnicas padronizadas para coletar os dados, como questionário e observação sistemática.

O estudo foi desenvolvido na cidade de Sericita- MG, localizado na Zona da Mata Mineira, composta por uma população atual segundo base de cálculo de 7.434 habitantes, com área aproximada de 166.012 km² e densidade demográfica de 42,94 habitantes/km² (IBGE, 2010).

O público-alvo foi constituído por 57 indivíduos, equivalendo a 12,05% da população de idosos residentes na cidade e cadastrados na Unidade de Saúde Onofre Paula de Oliveira, correspondendo à microárea de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) urbano. A amostragem de idosos deste PSF seguiu os seguintes critérios de inclusão: ser idoso (idade maior ou igual a sessenta anos) e estar cadastrado na referida Unidade de Saúde. Foram excluídos da amostra idosos das zonas rurais e de pertencentes a outros PSFs.

Os dados foram coletados no período de março a abril de 2018, por meio de um questionário elaborado pelas pesquisadoras, contendo 7 perguntas objetivas, juntamente com escalas para avaliar níveis de incapacidades funcionais. Os questionários foram aplicados nas respectivas residências, durante visitas domiciliares acompanhadas pelo agente comunitário de saúde e autorizadas pelos coordenadores e profissionais que integram a Unidade de PSF Onofre Paula de Oliveira.

Foram levantados dados sociodemográficos, tais como alfabetização, sexo, estado civil, idade, renda, plano de saúde e condições de moradia. Foi feita também a caracterização da assistência domiciliar e dados com indicadores de morbidades, próprios do processo de senilidade, evidenciando a prevalência de doenças crônico-degenerativas.

Para o estabelecimento de incapacidade funcional, foi utilizada a escala de Katz (1963), que avalia as Atividades Básicas de Vida Diária (AVD), permitindo verificar o grau de independência no desempenho de seis funções: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Foi também observada a escala de Lawton (1969) que avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e, de acordo com o grau de limitação apresentado, possibilita determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente.

Para a análise dos dados, foram utilizadas tabelas de pontuações que acompanharam as escalas. A tabela referente à escala de Katz seguiu ao padrão em que recebia a pontuação 0 para independentes em todas as funções; 1 para dependente em uma função e independente em 5 funções; 2 para dependente em duas funções e independente em quatro funções; 3 para dependente em três funções e independente em três funções; 4 para dependente em quatro funções e dependente de duas; 5 para dependente de cinco funções e independente em uma função e 6 para os idosos que eram totalmente dependentes.

Para a análise da escala de Lawton, as alternativas das variáveis possuem pontuação de forma decrescente em que a alternativa “sem ajuda”, valia 3 pontos; “com ajuda parcial”, valia 2 pontos e “não consegue”, valia 1 ponto. Após a somatória dos pontos, a classificação seguiu o seguinte padrão: 0 a 9, totalmente dependente; 10 a 15, dependência grave; 16 a 20, dependência moderada; 21 a 25, dependência leve; e 26 a 27, independência.

Os pesquisados foram informados acerca dos objetivos do estudo e a participação foi concretizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este procedimento seguiu às atribuições da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhes o anonimato e o direito de recusar-se ou de desistir da participação do estudo.

Nesse âmbito, os dados posteriormente foram tabulados por meio do programa *Microsoft Excel 2010* e organizados em forma de tabelas para apresentação dos resultados, incluindo análises descritivas para todas as variáveis apresentadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste estudo, foram entrevistados 57 idosos avaliados nas suas capacidades funcionais juntamente com a assistência prestada pelo profissional de saúde. Questões como variáveis sociodemográficas e avaliações de atividade de vida diária foram comparadas por sexo. As proporções foram de 19 homens e 38 mulheres pesquisadas. A amostra de idosos do sexo feminino sobrepõe-se à do público masculino no decorrer de todo o trabalho.

Após análise, somatória e codificação dos dados, obtiveram-se os resultados das variáveis sociodemográficas que estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas referidas pela população estudada. Sericita-MG, 2018.

Variáveis	FR (%)
Analfabetismo	
Sim	59,65
Não	40,35
Sexo	
Masculino	33,33
Feminino	66,67
Idade	
60 a 74	31,58
75 ou mais	68,42
Renda	
1 salário	52,63
2 salários	40,35
3 salários	3,51
Não tem	3,51
Plano de saúde	
Sim	70,18
Não	29,82
Condição de moradia	
Cônjuge	38,60
Com filhos solteiros	14,04
Com filhos casados	26,32
Outros	21,05

Fonte: Dados da pesquisa. **FR:** Frequência Relativa

Observa-se, a partir dos dados apresentados, que o percentual de mulheres (66,67%) se sobrepõe à população masculina estudada (33,33%), dado este que se assemelha aos resultados obtidos em um estudo realizado por Muniz *et al* (2016) em que se obteve uma amostra de 67,7% do sexo feminino. Tais dados corroboram com este estudo evidenciando que a mulher apresenta maior longevidade. Os principais fatores que determinam a menor longevidade do homem estão relacionados à maior

exposição a atividades laborais insalubres; maiores vítimas da violência relacionadas a armas de fogo e acidentes automobilísticos; sedentarismo e por procurarem menos os serviços de saúde. Dos 68,42% de idosos com idade de 75 anos ou mais, 64,01% são representados pelo sexo feminino em um total de 38 idosas.

Os valores obtidos sobre o analfabetismo do idoso foram baseados em suas respostas, considerando o fato de saberem escrever o próprio nome e reconhecer números. Do total da amostra, 59,65% responderam serem alfabetizados.

Quando questionados sobre a renda e condições de moradia, 52,63% afirmaram receber 1 salário mínimo mensal; 40,35% recebem 2 salários e 3,51% com renda mensal de 3 salários. Ainda, 3,51% não possuem renda. Com esses dados pode-se estabelecer uma ligação com a condição de moradia desta amostra de idosos. Os números revelaram que 38,60% moram com o seu cônjuge, 14,04% moram com filhos solteiro, 26,32% moram com filhos casados e 21,05% moram com outros não havendo necessariamente ter parentesco. Sobre o plano que saúde, 70,18% responderam que possuíam, porém especificaram plano assistencial funerário. Jorge *et al* (2017) relacionaram condições sociais à escolaridade básica dos idosos. A baixa escolaridade pode ser atribuída ao fato de que a população tenha vivido em um período escolar em que não havia abrangência em massa do ensino público. Em relação à condição financeira, Jorge *et al* (2017) também ressaltam que ter uma boa condição econômica é de suma importância para se ter acesso aos serviços de saúde de qualidade.

A Tabela 2 mostra o resultado sobre o número de internações nos últimos quatro anos e de consulta médica nos últimos 3 meses comparados por sexo. Observa-se que as mulheres prevalecem em maiores taxas de internações e consultas médicas.

Tabela 2: Frequência relativa (%) do número de internações nos últimos quatro anos e de consultas médicas nos últimos três meses referidas pela população estudada. Sericita-MG, 2018.

Internações/Consultas	Sexo	
	Masculino FR (%)	Feminino FR (%)
Internações nos últimos 4 anos		
Nenhuma	40,00	60,00
Uma	23,50	76,50
Duas ou mais vezes	35,00	65,00
Passou por consulta médica nos últimos 3 meses		
Nenhuma	50,00	50,00
Uma	30,00	70,00
Duas ou mais vezes	28,00	72,00

Fonte: Dados da pesquisa. FR: Frequência Relativa.

Freitas (2017) afirma que a hospitalização para o idoso pode trazer repercussões como redução na autonomia, independência e funcionalidade. Os idosos hospitalizados apresentam recuperação mais lenta e complicada, maiores índices de morbimortalidade e permanência hospitalar prolongada. Rocha (2017) ressalta que a internação de idosos não necessariamente ocasionará em uma melhoria no quadro de saúde que acarretou na internação. Muitas vezes também pode ser observado um aumento do risco de novas complicações, diminuição da capacidade funcional, além de mudança na qualidade de vida.

Foram pesquisados quais profissionais estiveram no domicílio da pessoa idosa prestando assistência (Tabela 3).

Tabela 3: Frequência relativa (%) do número de profissionais que estiveram no domicílio da pessoa idosa prestando assistência nos últimos 3 meses referidas pela população estudada. Sericita-MG, 2018.

Assistência dos profissionais	Orientação/cuidados	
	Não (%)	Sim (%)
Médico	17,60	82,40
Profissional de enfermagem	13,60	86,40
Assistente Social	50,00	50,00
Fisioterapeuta	13,70	86,30
Agente comunitário de Saúde	-	100,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Pelos dados obtidos, destaque-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) com total assistência, seguido do profissional de saúde (Enfermeira) com 86,4%, o médico com 82,4 %, assistente social com 50% e fisioterapeuta com 86,3%. Por se tratar de uma cidade pequena, desprovida de serviço hospitalar, o sistema de saúde vigente na administração busca trabalhar com seus profissionais de saúde na linha de promoção e prevenção.

Para Neves, Castro e Costa (2016), o cuidado domiciliar envolve a “casa da família”, ambiente dinâmico, onde o enfermeiro — juntamente com os demais membros da equipe— ocupa-se da prestação de cuidados de organização do processo de trabalho, da elaboração e gestão do plano de cuidados.

Das mulheres entrevistadas, 56,7% relataram não terem sofrido queda no último ano; 72,7% também não estiveram acamadas. Em comparação com o sexo masculino, levando em conta o número inferior de pesquisados, 43,3% disseram não terem sofrido queda no último ano, mas 41,7% responderam que estiveram acamados nos últimos 30 dias (TABELA 4).

Tabela 4: Histórico de quedas no último ano e se esteve acamado nos últimos 30 dias, referidos pela população estudada. Sericita-MG, 2018.

Quedas /Esteve acamado	Sexo	
	Masculino FR (%)	Feminino FR (%)
História de queda no último ano		
Não	43,3	56,7
Sim	22,2	77,8
Esteve acamado nos últimos 30 dias		
Não	27,3	72,7
Sim	41,7	58,3

Fonte: Dados da pesquisa. FR: Frequência Relativa.

De acordo com o estudo de Vitorino *et al* (2017), estima-se que uma em cada três pessoas idosas sofra queda por ano e menos da metade informa ao seu médico. Essas quedas resultam em situação de um idoso acamado o que implica em altos gastos no serviço de saúde.

Para maior entendimento do estudo, foram pesquisados os indicadores de morbidades que mais prevaleceram nos idosos entrevistados, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes as doenças mais prevalentes. Quando comparados por sexo, o diabetes foi de maior prevalência nas mulheres com 83,3%, seguido por hipertensão arterial com 70% das pesquisadas (TABELA 5).

Tabela 5: Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes, referida na população estudada. Sericita-MG, 2018.

Doenças Crônicas		Sexo	
		Masculino FR (%)	Feminino FR (%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	Não	41,20	58,80
	Sim	30,00	70,00
Diabetes	Não	37,80	62,20
	Sim	16,70	83,30

Fonte: Dados da pesquisa. FR: Frequência Relativa

Em um estudo realizado por Machado *et al* (2017), dos 52 idosos pesquisados, a maioria era do sexo feminino e também prevaleciam o diabetes e a hipertensão arterial como principais doenças crônicas não transmissíveis. Esses dados confirmam a necessidade de implementação e de ações de políticas públicas efetivas para combater ou minimizar a existência dessas doenças na população idosa. Sabe-se que sua existência é o reflexo de um estilo de vida não saudável comprometendo, assim, o bem-estar do idoso.

Uma das últimas perguntas do questionário estruturado se referia à autopercepção da saúde e ao grau de dependência. Os números mais expressivos para a autopercepção da saúde, apresentados na Tabela 6, foram de que 60% do

público masculino consideravam sua saúde péssima e 75% do público feminino considerarem-na boa.

Tabela 6: Autopercepção da saúde referida pela população estudada. Sericita-MG, 2018.

Autopercepção da saúde	Sexo	
	Masculino FR (%)	Feminino FR (%)
Péssima	60,00	40,00
Regular	34,30	65,70
Boa	25,00	75,00
Ótima	-	100,00

Fonte: Dados da pesquisa. **FR:** Frequência Relativa.

A importância de analisarmos a autopercepção da saúde do idoso é também justificada por Vilela (2015) , segundo o qual é essencial entender como a pessoa idosa percebe sua saúde, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a esta. Indivíduos mais velhos referem com mais frequência que o seu estado de saúde é regular ou ruim ao apresentar condições limitantes ou incapacitantes do seu estado de saúde.

Continuando nessa linha de raciocínio, foram aplicadas duas escalas para avaliação da capacidade funcional, tanto para desempenhar atividades de vida diária quanto para desempenhar atividades instrumentais de vida diária.

Após codificados e avaliados, os resultados obtidos na escala de Katz foram comparados por sexo. Para os dois eixos opostos de dependência e independência, 31,3 % dos idosos do sexo masculino são considerados dependentes para todas as funções, já do sexo feminino equivale a 68,8% do total de idosas pesquisadas consideradas dependentes. A porcentagem de independência para o sexo masculino é de 33,3% e para o sexo feminino é de 66,7% (Tabela 7).

Tabela 7: Escores de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Katz, referida pela população estudada. Sericita-MG, 2018.

Escore de Katz	Sexo	
	Masculino FR (%)	Feminino FR (%)
Independente nas seis funções	33,30	66,70
Independente em 5 funções e dependente em 1	22,20	77,80
Independente em 4 funções e dependente em 2	-	100,00
Independente em 3 funções e dependente em 3	100,00	-
Independente em 2 funções e dependente em 4	33,30	66,70
Independente em 1 função e dependente em 5	60,00	40,00
Dependente para todas as funções	31,30	68,80

Fonte: Dados da pesquisa. **FR:** Frequência Relativa. **FA:** Frequência Absoluta.

Quando analisados segundo o sexo, observou-se que, as mulheres foram mais independentes para ABVD do que os homens. Um diferencial quando comparado aos

estudos de Pinto *et al* (2016), em que se levava em conta o maior número de mulheres, porém a independência era prevalente em homens. Os autores, ainda, apontaram em seu trabalho a importância da assistência pelo profissional de saúde. Um fato positivo que resulta nos dados obtidos neste trabalho, chegando à conclusão de uma assistência bem prestada.

Espera-se que o idoso desempenhe suas atividades básicas de vida diária não exigindo tanto raciocínio, concentração e dependência. Já para as atividades instrumentais de vida diária, a ajuda parcial ou total influencia na sua dependência e independência.

Na Tabela 8, observa-se que na comparação por sexo, 37,0% do público masculino apresentou dependência total nas atividades, contra 63% das mulheres. Ainda, 42,1 % para dependência grave contra 57,9% das mulheres, 25% nas atividades de dependência moderada, contra 75% para o público feminino. Para a dependência leve e independência não houve comparações.

Tabela 8: Escores de Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Lawton, referida pela população estudada. Sericita-MG, 2018.

Escore de Lawton	Sexo	
	Masculino FR (%)	Feminino FR (%)
Totalmente dependente	37,00	63,00
Dependência grave	42,10	57,90
Dependência moderada	25,00	75,00
Dependência leve	-	-
Independência	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. **FR:** Frequência Relativa.

Nota-se consonância com estudos anteriores quando se refere ao público feminino para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária. Almeida *ET AL* (2017) caracterizaram as mulheres como susceptíveis sofrendo influências de diversos fatores como a questão socioeconômica, maior expectativa de vida e maior prevalência em doenças incapacitantes, o que conseqüentemente repercute na qualidade de vida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em se trabalhar na linha de frente com a promoção e prevenção da saúde faz com que o profissional da área de saúde tenha meios de garantir uma qualidade de vida ao idoso. Nos resultados obtidos, o agente de saúde e o enfermeiro

lideram essa assistência, além disso, o enfermeiro é o principal responsável pelo desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para os idosos e suas respectivas famílias. Isso mostra números positivos do estudo no atendimento à população e no acompanhamento à sua saúde.

As amostras de idosos do sexo feminino sobrepõem-se às do público masculino durante todo o trabalho, uma característica encontrada em vários outros artigos pesquisados para a construção da seção Resultados e discussões. Isso mostra que as mulheres, por inúmeras questões, como longevidade, maior procura aos serviços e atenção com sua saúde apresentem números relevantes.

Um fato significativo na aplicação das duas avaliações tanto ABVD quanto nas AIVD, nos idosos estudados, foi que realmente a comparação por sexo destacou maior participação do público feminino. Isso porque, quando se avalia principalmente nas AIVD de Lawton, sua complexidade requer mais concentração e também são tarefas mais desempenhadas por mulheres como preparo de alimentos, arrumar a casa e fazer compras.

Portanto existe uma relação em avaliar o profissional de saúde quanto à assistência prestada e o grau de funcionalidade do idoso. Dessa forma, este trabalho contribui significativamente para este serviço de atenção domiciliar, possibilitando e estabelecendo um grau de dependência da amostra estudada, pois foi realizada de pesquisa de situações vivenciadas na realidade atual, tornando-se ferramenta que poderá ser usada por esta equipe multidisciplinar e como base de informações para demonstrativo de futuros projetos de prevenção e intervenção nos serviços de saúde.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Paloma et al. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. Revista da Sobama, Marília, v.18, n.1, p. 53-64, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://200.145.171.5/revistas/index.php/sobama/article/view/7274/4736>. Acesso em: 29. jul. 2018.

ANDRADE, Nathalia Barros de; NOVELLI, Marcia Maria Pires Camargo. Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 23, n.15, p. 143-155. 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/issue/view/60>. Acesso em: 21.mar.2018.

AQUINO, Eduardo Barros de; BENITO, Linconl Agudo Oliveira. Modalidades assistenciais de atendimento ao idoso: revisão da literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 141-152, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.rbpp.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3526/3273>. Acesso em: 02.mar.2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de atenção básica n.19, 192 p, Brasília, 2006. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>. Acesso em: 05.mar.2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Acompanhamento longitudinal do idoso. Caderno de atenção básica n.10, 05 p, São Luís, 2014. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>. Acesso em: 05.mar.2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2012. **Resolução CNS 466 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 21.jun.2018.

CARVALHO, Danielli Piatti et al. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24. n.2. p.450 a 458, abr/jun, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00450.pdf. Acesso em: 04.mar.2018.

COUTO, Alcimar Marcelo do; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de; CALDAS, Célia Pereira. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Revista Rene**, Ceará, v.17, n.1, p.76 a 85, 2016 jan./fev, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2624/2011>. Acesso em: 06.mar.2018.

DANTAS, Isadora Cid et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós Gerontologia**, v.20, n.1, p. 93 - 108, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32058>. Acesso em: 03.mar.2018.

ERVATTI, Leila Regina; BORGES, Gabriel Mendes; JARDIM, Antônio de Ponte. **Mudança demográfica no Brasil o início do século XXI**: Subsídios para as projeções da população. n. 51, p. 138-151, 2015. Rio de Janeiro. IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 23.Jun.2018.

FONTES, Arlete Portella; NERI, Anita Liberalesso. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20. n.5. p. 1475-1495, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63038239017.pdf>. Acesso em: 06.mar.2018.

FREITAS, Flávia Alexandra Silveira de et al. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. v.24. n.3. p. 253-258. 2017. Disponível

em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/140163/135302>. Acesso em: 17.mai.2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GOES, Thais Monteiro. POLARO, Sandra Helena Isse; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. **Revista Cofen**, v,7. n.2. p.47-51. 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/794/319>. Acesso em: 04.mar.2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3140902>. Acesso em: 19.mar.2018.

JORGE, Matheus Santos Gomes et al. Caracterização do perfil sociodemográfico das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.10, n.1, p.61-73, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5822/3006>. Acesso em: 11.jul.2018.

LABEGALINI, Célia Maria Gomes et al. Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v.6. n.1. p.2. 2016. jan/abr. Minas Gerais. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1129>. Acesso em: 15. Mar. 2018.

MACHADO, Wyarlenn Divino et al. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **Revista Ciências e Saberes**, São Luis, v.2, n.3, p. 444-451, abr./jun., 2017. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>. Acesso em: 11. jul. 2018.

MARIN, Maria José Sanches; PANES, Vanessa Clivelaro Bertassi. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**. v.1. n.1. p.26-34. 2015. jul/dez. Marília – SP. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/RIPPMAR/article/view/5641>. Acesso em: 04.mar.2018.

MUNIZ, Emanuel Avelar Muniz et al. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. **Revista Kairós Gerontologia**. v19, n2, p, 133-146, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30365/20994>. Acesso em: 07. Mar. 2018.

MUNIZ, Emanuel Avelar et al. Atenção domiciliar ao idoso na Estratégia Saúde da Família: Perspectiva sobre a organização do cuidado. **Revista de Enfermagem – UFPE Online**. v 16, n. 2, p. 98-110, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11908/14391>.

Acesso em: 10. Mar. 2018.

NEVES, Ana Carolina de Oliveira Jeronymo et al. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. **Cogitare Enfermage**. v. 21, n. 4, p. 01-10,2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47708>. Acesso em: 03. Mar. 2018.

NOVAES, Marta Moreira et al. Avaliação de indicadores de desempenho funcional de idosos longevos residentes em domicílio. **Arquivos de Ciências da Saúde**. v.23. n.3. p.67-72, 2016. Bahia. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/280/pdf_128. Acesso em: 03. Mar. 2018.

PEREIRA, Thayze. **Atenção domiciliar em saúde: caracterização do programa melhor em casa no estado de Santa Catarina**. Florianópolis, 2017. F. 68. Monografia, Centro socioeconômico. Departamento de Serviço Social - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/183554>. Acesso em: 03. Mar.2018.

PINTO, Andressa Hoffmann et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 21, n.11, pp. 3545-3555, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016001103545&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29. Set.2018.

REBOUÇAS, Mônica et al. Validade das perguntas sobre atividades da vida diária para rastrear dependência em idosos. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, n. 84, p. 01-09, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006959.pdf. Acesso em: 06.mar.2018.

ROCHA, Verginia Margareth Possatti. **Evolução do número de internações de idosos no Rio Grande do Sul entre 2008 e 2016**. Santa Maria, 2017.13p. Monografia/Graduação. Especialista em Estatística e modelagem quantitativa – Curso de Especialização em Estatística e modelagem quantitativa, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, RS

SANTOS, Aline Araújo et al. Qualidade de vida em idosos praticantes do Programa Universidade aberta para a terceira idade (UNIATI). **Revista Brasileira de qualidade de vida**. Ponta Grossa, v.9. n.2. p.141-152. Abr/jun, 2017. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/5642/4320>. Acesso em: 05.mar.2018.

SOUZA, Maria Ferreira de et al. Dificuldades encontradas pelos cuidadores familiares na assistência domiciliar dos idosos. *Revista Ciência e saberes*. v. 2, n.1, p. 187-190, 2016. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/71>. Acesso em: 17. Fev.2018.

THUMÉ, Elaine et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Revista de Saúde Pública*. v. 44, n. 6, p. 1102-

1111, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1961.pdf>. Acesso em: 20. fev. 2018.

VILELA, Daisy de Araújo. Perfil sociodemográfico, nível de atividade física, dor e auto percepção de saúde de idosos em unidades de saúde de referência em município de médio porte da região centro oeste. Goiânia,2015. Universidade Federal de Goiás Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Disponível em:<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/5044/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Daisy%20de%20Ara%C3%BAjo%20Vilela%20-%202015.pdf>. Acesso em: 29.jul.2018.

VITORINO, Luciano Magalhães et al. Medo de cair em idosos residentes no domicílio: Fatores associados. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 51, n. 3, p. 01-07, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/130914/127374> Acesso em 24. Jun. 2018

ANEXO 1


UNIVÉRTIX
FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

TÍTULO DO TCC:
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E DA CAPACIDADE FUNCIONAL
DA PESSOA IDOSA

QUESTIONÁRIO

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

ANALFABETISMO () sim () não SEXO: () MAS. () FEM. IDADE: () 60 a 74 () 75 ou mais ESTADO CIVIL: () solteiro (a) () casado (a) () viúvo (a) CONDIÇÃO DE MORADIA: () cônjuge () mora com filhos solteiros () mora com filhos casados () outros SALÁRIOS MÍNIMOS: () 1 salário () 2 salários () >3 salários () não tem PLANO DE SAÚDE: () sim () não

CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILAR

1. O idoso foi submetido à internações hospitalares recentes (nós últimos 4 anos):
() nenhuma () uma () duas ou mais vezes

2. Recebeu, nos últimos 6 meses, em sua casa, orientações para cuidados em seu domicílio de um profissional de saúde:

Médico	() sim	() não
Profissional de enfermagem	() sim	() não
Assistente social	() sim	() não
Fisioterapeuta	() sim	() não
ACS	() sim	() não

3. Passou por consulta médica nos últimos 3 meses:
() nenhuma () uma () duas ou mais vezes

4. Esteve acamado nos últimos 30 dias:

sim não

5. Autopercepção da saúde:

péssima regular boa ótima

6. História de queda no último ano:

sim não

INDICADORES DE MORBIDADES

7. Diagnóstico médico:

hipertensão: sim não

diabetes: sim não

AVC: sim não

câncer: sim não

depressão sim não

Parkinson sim não

Alzheimer sim não

Outros:

ANEXO 2


FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

TÍTULO DO TCC:

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA
PESSOA IDOSA**

ESCALADE KATZ (A. B. V. D.)

1 BANHO

- Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizado para banho).
- Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costa ou perna).
- Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.

2 VESTIR:

- Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.
- Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.
- Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.

3 BANHEIRO:

- Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).
- Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.
- Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.

4 TRANSFERÊNCIA:

- Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).
- Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.
- Não sai da cama.

5 CONTINÊNCIA:

- Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.
- Tem “acidentes” ocasionais, *acidentes = perdas urinárias ou fecais.
- Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.

6 ALIMENTAÇÃO:

- Alimenta-se sem assistência.
- Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.
 - Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

ANEXO 3



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

TÍTULO DO TCC:
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR E DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA

ESCALA DE LAWTON (A. I. V. D.)

- 1 **O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1
- 2 **O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1
- 3 **O(a) Sr(a) consegue fazer compras?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1
- 4 **O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1
- 5 **O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1
- 6 **O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1
- 7 **O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1
- 8 **O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários correto?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1
- 9 **O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?**
Sem ajuda3
Com ajuda parcial2
Não consegue1

PONTOS: _____

ANEXO 4

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, _____,
brasileiro (a), residente na cidade de _____ declaro ter sido procurado (a) pelas acadêmicos pesquisadoras JÚNIA CÁSSIA REIS PAULA, LORRAYNE DOS SANTOS PANSUTE E MARIA CÉLIA MOREIRA MACHADO para dar o competente consentimento a fim de participar do trabalho investigativo para a disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Enfermagem da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX a ser conduzido pelos citados acadêmicos.

Os acadêmicos, em reunião específica para esse fim, prestaram os esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho, cujo exame prévio pormenorizado foi realizado, havendo, em especial, alertado para possíveis riscos em que poderá incorrer o (a) signatário (a), ao participar desse trabalho, bem como esclareceu os benefícios pessoais e sociais que o trabalho poderá trazer.

Além disso, os acadêmicos, ao discutir as medidas que serão adotadas no decorrer do trabalho, para proteger a pessoa do (a) signatário (a), informou da impossibilidade de assegurar cem por cento de confidencialidade e anonimato. Após o exame e os esclarecimentos prestados, foi-lhes dado o consentimento, inclusive para posteriores publicações, na certeza de que os benefícios pessoais e sociais da pesquisa serão maiores que os riscos que ela poderá oferecer.

Matipó, ____ de abril de 2018.

ASSINATURA DO(A) ENTREVISTADO(A)

ANEXO 5

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Ao senhor Sebastião Robson Cruz dos Reis

Por meio desta viemos solicitar autorização para que as acadêmicas do Curso de Enfermagem do 9º Período da Faculdade Vértice-UNIVÉRTIX, JÚNIA CÁSSIA REIS PAULA, LORRAYNE DOS SANTOS PANSUTE E MARIA CÉLIA MOREIRA MACHADO realizem a pesquisa através da coleta de dados (questionário semiestruturado e escalas).

Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes.

Solicitamos ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, preservando sigilo e ética, conforme termo de consentimento livre que será assinado pelo participante.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento desta pesquisa em nossa região.

Matipó, ____ de abril de 2018.

ASSINATURA DO SECRETÁRIO DE SAÚDE

ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇAS E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS EM IDOSOS ACOMPANHADOS PELA EQUIPE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO BAIRRO BOA VISTA DE MATIPÓ-MG.

ACADÊMICAS: ALICE SANTOS DE SOUZA REIS; JULIANA DE SOUZA GOMES; NATÁLIA REIS PAULA.

ORIENTADORA: Profa. Dnt. Deyliane Aparecida de Almeida Pereira

LINHA DE PESQUISA: 1. Cuidado de Enfermagem

RESUMO

O objetivo deste estudo é identificar a associação entre doenças e fatores sociodemográficos em idosos acompanhados pela equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) do Bairro Boa Vista de Matipó-MG. O estudo consiste em uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, sendo que a amostra foi constituída por 237 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. O levantamento das informações foi realizado no prontuário dos pacientes, após a autorização da enfermeira responsável, por meio de um roteiro de coleta com informações sociodemográficas e de saúde. Verificou-se que o predomínio de doenças crônicas atinge mais o público feminino com 60,5% quando comparada ao masculino; e percebe-se que pardo/negro apresentam 76,9 diferente dos demais dados. Já referente à renda familiar, 52,2% vivem com 1 salário mínimo; e os indivíduos casados ou amasiados apresentam maior prevalência de patologia (51,4%). Os dados demonstraram que houve associação entre condições de saúde (doença e ingestão de medicamentos) com os dados sociodemográficos (sexo e estado civil). Sendo assim, o enfermeiro, na consulta de enfermagem, precisa conhecer tais características para que o atendimento e assistência ao paciente sejam adequados.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento; doenças crônicas; condições de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2016), a população idosa, com 60 anos ou mais de idade, entre 2012 e 2016, correspondeu a 29,6 milhões de pessoas, tendo aumento de 16% nos últimos anos, 48,5% são homens e 51,5% mulheres.

Diante do vertiginoso crescimento desta população, observam-se avanços nos serviços de saúde e tecnologia de diagnóstico, pois as doenças crônicas prevalecem e as complicações geram incapacidades e dependência, aumentando a demanda dos serviços de saúde (COSTA et al, 2017).

A velhice deve ser compreendida em toda a sua amplitude e totalidade, uma vez que é um fenômeno biológico universal com consequências psicológicas e sociais

das mais diversas (MEDEIROS et al, 2016). Os fatores ambientais, econômicos e educacionais influenciam no aparecimento de doenças e limitações nas atividades de vida diárias destas pessoas ocasionadas pela idade avançada e podem estar associados ao estilo de vida sedentário.

A inatividade física e os hábitos alimentares inadequados contribuem para o aumento dos efeitos deletérios do envelhecimento, tais como: Doenças Cardiovasculares(DCV), Hipertensão Arterial (HA), Doenças de Parkinson, Demência e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Verifica-se, que a maioria desses acometimentos podem ser prevenidos e controlados com uma alimentação saudável, exercícios, hidratação, detecção e diagnóstico precoce de patologias, havendo assim um tratamento adequado.

Diante desse panorama, é indispensável oferecer melhores condições para o processo de envelhecimento dos indivíduos, contribuindo para que possuam, no fim da vida, boas condições físicas, qualidade de vida e o mínimo de agravos (SILVA, SOUZA e GANASSOLI, 2017). Decerto, há necessidade de programas de capacitação permanente aos profissionais nas áreas da saúde e de serviços sociais para melhorar as condições crônicas de vida e saúde de toda a população (VALCARENGHI et al, 2015) e que promovam a qualidade de vida.

Esta investigação se justifica uma vez que há desinformação, preconceito e desrespeito aos cidadãos da terceira idade a somar-se à precariedade de investimentos públicos para atendimento às suas necessidades específicas. Dessa forma, o profissional de enfermagem deve ficar atento às alterações que normalmente ocorrem nesses pacientes, tendo como foco priorizar o atendimento com qualidade, para prevenir complicações, além de humanizar o cuidado, a assistência e a relação com o usuário do serviço de saúde. Assim, é importante compreender as condições de saúde de idosos, para que a prática do enfermeiro seja efetiva.

Logo, o objetivo deste estudo é identificar a associação entre doenças e fatores sociodemográficos em idosos acompanhados pela equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) do Bairro Boa Vista de Matipó-MG.

Tem-se como relevância social, a necessidade de a equipe de Enfermagem analisar o processo saúde-doença¹, promovendo educação em saúde para os idosos,

¹O processo saúde-doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades (VIANNA, 2012).

na realização do autocuidado e na assistência sistematizada. Cabe ressaltar que os fatores sociodemográficos, sexo e estado civil estão presentes no nosso estudo por se associarem com condições de saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O enfermeiro, no que se refere às ações referentes à saúde da pessoa idosa, tem várias atribuições cujo objetivo é a realização da consulta de enfermagem, processo metodológico de sistematização de conhecimento configurado em método aplicado na perspectiva educativa e assistencial, capaz de dar respostas à complexidade do sujeito assistido. Segundo Silva, Vicente e Santos (2014), a realização da consulta de enfermagem tem seu aporte legal amparado na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/86 que a legitima como sendo uma atividade privativa do enfermeiro.

Em completude ao exposto, Valcarenghi (2015) afirma que envelhecimento se caracteriza por alterações específicas. Assim, é preciso que profissionais da saúde tenham habilidades em lidar com a diversidade de situações apresentadas por essa população. O autor realizou um estudo cujo objetivo é a promoção da saúde com o foco em pessoas idosas com doenças crônicas. Os resultados demonstram que o cuidado de enfermagem ao idoso é essencial para que as ações sejam permeadas pela promoção da saúde.

A promoção da saúde está ligada diretamente à capacidade funcional de idosos, o que pode ser observado no estudo realizado por Teles et al (2017) que avaliou idosos da cidade de Recife. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, com o total de 46 idosos em uma Estratégia Saúde da Família. Os resultados apontaram que a maioria dos idosos apresentavam capacidade funcional preservada para o desenvolvimento das Atividades Básicas da Vida Diária, embora haja declínio na qualidade de vida.

A equipe de enfermagem deve ser caracterizada, dentre outras, por ações que possam interferir no processo de saúde/doença das pessoas, facultando o avanço da autonomia, individual e coletiva, bem como a qualidade de vida dos usuários. Segundo Berlezi et al (2016), o planejamento das atividades deve atender aos padrões dos problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e morbidades, evidenciando assim a

magnitude de conhecer o perfil populacional da clientela. Assim, torna-se necessário investigar a concepção de idoso, que pode ser distinta conforme as diversidades regionais. Evidencia-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde, ampliando a oferta de ações específicas que identificam as necessidades do idoso, aperfeiçoando a qualidade da assistência e assegurando a ele uma qualidade de vida mais saudável.

Outro aspecto que merece destaque com o envelhecimento é a fragilidade, que, segundo Vieira et al (2017), é definida como o resultado de alterações fisiológicas e biológicas relacionadas à idade, sensação de fraqueza, redução do empenho físico, dificuldade em realizar atividades. Para compreender este aspecto, o autor realizou um estudo para investigar a existência de fragilidade em idosos Trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal, realizada com 83 idosos com 60 anos ou mais. Os resultados apontaram que a presença da fragilidade foi verificada em 6% dos participantes e a pré-fragilidade em 71,1%. Observou-se, também, que 53,01% dos idosos apresentaram sobrepeso e que a maioria já se encontra em estado de pré-fragilidade. No entanto, há necessidade de se investigar os determinantes dessa condição e reforçar a importância de redirecionamento das atividades oferecidas, a partir da necessidade de cada indivíduo, a fim de que tragam benefícios à sua saúde física e mental.

Diante do exposto, pode-se verificar a existência de diferentes estudos que abordam o processo de envelhecimento, a qualidade de vida de idosos, a importância da prática de atividade física e as mudanças na capacidade funcional de idosos. Assim, verifica-se a importância de estudos que apontem caminhos que subsidiem o enfermeiro da Atenção Básica, seja na prestação de cuidados na qualidade de vida dos idosos, seja auxiliando no controle de doenças crônicas para um envelhecimento saudável.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil tem passado por duas fases: a transição epidemiológica e demográfica. Isso porque, com o aumento da população idosa, doenças crônicas constantemente vêm surgindo. A partir disso, percebe-se dificuldade na área de saúde para desenvolver ações de cuidado e atenção a essa população. Segundo Miranda (2016), as mudanças demográficas são consequências da queda da taxa de fertilidade e do crescimento da expectativa de vida.

Os desafios atuais do profissional de enfermagem, frente ao crescimento da população idosa no mundo, geram desafios aos recursos adaptativos devidos à existência de perdas e limitações inerentes, levando ao idoso à reflexão sobre a sua existência, conquistas e morte. Valer et al (2015) afirmam que o envelhecimento poder ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, variáveis estas que interferem diretamente na qualidade de vida.

Porém, segundo Gritti et al (2015), as DCNT descompensam e favorecem o surgimento de outras patologias, aumentando a demanda de internações e de reinternações hospitalares. A exemplo disso, considera-se o diabetes mellitus que gera complicações microvasculares que seriam retinopatia diabética (cegueira) e complicações macro vasculares, relacionadas à obstrução dos grandes vasos sanguíneos. Considera-se, também, a hipertensão arterial que não tratada pode provocar aneurismas, acidente vascular cerebral, além de doenças cardíacas relacionadas ao mau fluxo sanguíneo. Em contraste, Lira, Goulart, Alonso (2017) afirmam que a manutenção de um estado nutricional adequado é fator protetivo para as doenças cardiometabólicas.

Diante do aumento das DCNT, Salci et al (2017) afirmam que as práticas de cuidado do Profissional de Enfermagem na Atenção Básica têm sido valorizadas e ressignificadas, pois é nesse campo que surge a aproximação social e cultural com a população as práticas de saúde.

Segundo Valcareghi (2015), o processo do cuidar envolve uma relação entre a pessoa que cuida e o paciente, sendo que esta prática perpassa a compreensão do enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional, ou seja, do praticar o cuidado de enfermagem.

As orientações do Ministério da Saúde, no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, elencam que o Sistema de Saúde deve promover o monitoramento das doenças, avaliar os fatores de risco, realizar ações de prevenção e controle e de promoção e avaliar as intervenções.

Corroborando, Mendes, Marques (2014) afirmam que as ações terapêuticas do enfermeiro, no cuidado do idoso, têm como foco a promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidado precoce e reabilitação, ou seja, maximizar as condições de saúde e minimizar as perdas e limitações desenvolvidas com o processo de envelhecimento, tendo sempre como estratégia a alimentação saudável e a prática de atividades físicas.

Em suma, o enfermeiro deve priorizar a manutenção da capacidade funcional dos idosos, com acompanhamento das condições de saúde, com ações educativas preventivas e diferenciadas, com cuidados qualificados e atenção múltipla e integral, ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que atenda com eficácia e eficiência às Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no Sistema Único de Saúde preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). O enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o papel de orientar sobre as necessidades que o idoso apresenta no que diz respeito a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e seu bem estar, o atendimento preferencial nos postos de saúde e hospitais, além da obtenção das informações sobre prevenção e controle de osteoporose, o cadastramento da população idosa em base territorial, o atendimento domiciliar, a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, a prevenção e a participação em atividades culturais e de lazer (HOEPERS et al, 2016).

O atendimento deve ser respaldado pelos princípios norteadores do SUS, que são a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde considerando as características holísticas dos pacientes e desenvolvendo a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, em conjunto com as práticas educação em saúde.

Nesse contexto, dentre as estratégias de atuação e organização da atenção à saúde da pessoa idosa, a partir de um modelo de atenção integral preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), tem-se a integração da atenção básica, a segurança do paciente, a alimentação saudável, a educação continuada, a integração na comunidade, o cuidado humanizado, entre outros.

Em síntese, a equipe de enfermagem deve promover a qualidade de vida dos idosos juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais da saúde. Além de realizar a busca ativa deste público, palestras educativas sobre os efeitos deletérios do envelhecimento e doenças mais recorrentes e importância das campanhas.

3. METODOLOGIA

O estudo consiste em uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Segundo Gabriel (2014), este tipo de pesquisa tem o objetivo de “quantificar” os dados para generalizar os resultados de uma amostra para a população-alvo, sempre coletados a partir de instrumentos estruturados e cuja análise se dê utilizando

estatística.

O local de realização da pesquisa foi a Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada no Bairro Boa Vista, na cidade de Matipó-MG. A amostra foi constituída por usuários cadastrados na referida ESF, com idade igual ou superior a 60 anos. O critério de escolha da ESF foi devido ao fato de que ela apresenta usuários dentro do perfil de estudo.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi solicitada a autorização da enfermeira responsável, por meio da assinatura do Termo de Autorização da Pesquisa. Na oportunidade, foram prestadas informações quanto aos objetivos do estudo. A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento do prontuário de 237 pacientes. Para isso, elaborou-se um roteiro de coleta contendo as seguintes informações: nome, sexo, cor/etnia, rua, micro área, profissão, renda familiar, estado civil, história patológica pregressa e medicamentos. Como critério de inclusão utilizou-se os usuários que tinham os prontuários completos durante o dia de coleta, sendo que a pesquisa foi iniciada dia 27 de setembro de 2017 com término dia 28 de novembro de 2017.

Para facilitar a localização dos prontuários, foi utilizada a caderneta de levantamento de idosos do Programa Saúde da Família (PSF) que abrangia todos os usuários do sistema. Cabe destacar que este estudo assegura a privacidade das pessoas discriminadas nos prontuários, de modo a proteger sua imagem, bem como a garantia de não utilização das informações coletadas em prejuízo às pessoas e/ou da instituição, seguindo as especificações da lei 466/2012 (BRASIL, 2013) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os dados obtidos foram digitados no programa *Microsoft Excel* versão 2013. Posteriormente foi realizada a análise descritiva, que envolveu medidas de tendência central (média e mediana) e a dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil).

Além disso, foi realizado o teste Shapiro Wilk para verificar a normalidade das variáveis e adotou-se nível de significância de $\alpha \geq 0,05$. Para as variáveis com distribuição normal, foi utilizado o teste paramétrico *t student* para comparar os valores entre os sexos e grupos (doentes e não doentes); para as variáveis com distribuição não normal, foi utilizado o teste *Mann-Whitney* (não paramétrico).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A população de estudo foi constituída por 237 idosos, com idade superior a 60 anos, sendo que 54,9% são do sexo masculino e 76,7% são negros-pardos.

A tabela 1 apresenta as características sociodemográfica dos idosos.

Tabela 1: Características sociodemográficas de idosos atendidos na ESF- Boa Vista- Matipó- MG 2017.

Variáveis	%
PROFISSÃO	
Aposentado	90,6
Lavrador	5,5
Doméstica	0,7
Outros	2,1
RENDA FAMILIAR	
< 1 salário	1,7
1 salário	54,2
2 ou mais salários	44,0
ESTADO CIVIL	
Solteiro	3,8
Casado\amasiado	56,4
Separado\divorciado	1,7
Viúva	38,1

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Verifica-se que 90,6% são aposentados, 56,4% são casados/amasiados e 54,2% têm renda familiar igual a 1 salário mínimo. A importância econômica do gasto exige um planejamento múltiplo; considerando que, apesar de constitucionalmente a saúde ser prevista como política pública universal, o estado não tem demonstrado capacidade de fazer frente a todos os gastos com o cuidado aos doentes. Portanto, é importante questionar o próprio modelo de assistência, que deve priorizar a promoção da saúde visando um envelhecimento bem-sucedido (CALDAS, 2003).

Além disso, planejar o processo de aposentadoria é fundamental para que o idoso tenha os recursos necessários para manter seu estilo de vida, sem que as despesas médicas se tornem um grande problema.

Hoje, pouco se conhece sobre o impacto econômico da dependência do idoso na família e no próprio sistema de saúde. Seria de fundamental para a formulação de políticas saber quais são os gastos de um paciente idoso com alto grau de dependência para o Sistema Único de Saúde (SUS), para os planos privados de assistência à saúde e para aqueles sem cobertura alguma.

No gráfico 1, são apresentados os tipos de doenças que acometem cerca de 74,0% dos idosos.

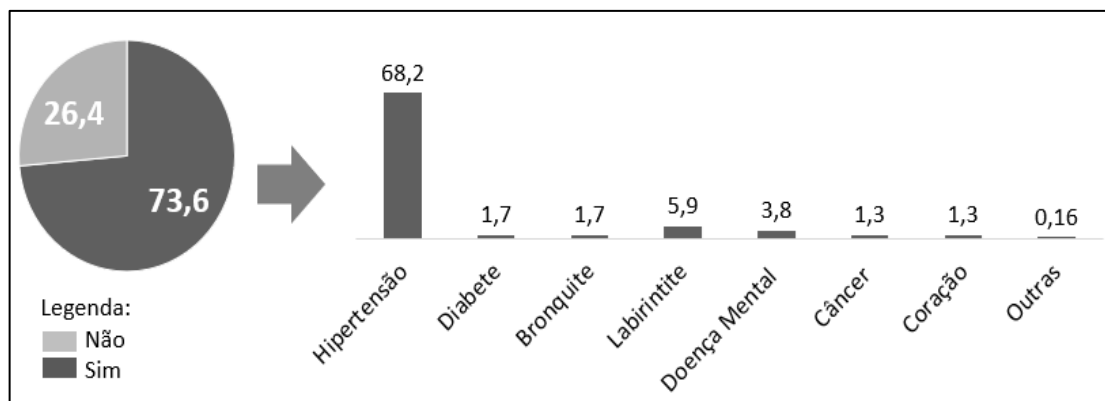


Gráfico 1: Presença de doenças em idosos atendidos na ESF - Boa Vista – Matipó –MG.
 Fonte: elaborado pelos pesquisadores

A maior prevalência são de idosos com hipertensão arterial (68,2%). Fato este que corrobora com a assertiva de Kerkhof (2016), em que indivíduos mais acometidos pelas doenças crônicas são os idosos. Tal fato pode estar associado a fatores genéticos, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco de remodelagem, como tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade.

Dentre esses fatores, as complicações decorrentes do descontrole dessa enfermidade geram impactos negativos tanto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos quanto no sistema de saúde como, por exemplo, o aumento do uso de medicamentos (SOUZA et al, 2018). Portanto, é importante o acesso aos fármacos na recuperação do paciente, postergando ou prevenindo doenças cardíacas ou lesões de órgãos.

No gráfico 2, são apresentados os medicamentos consumidos pelos idosos.

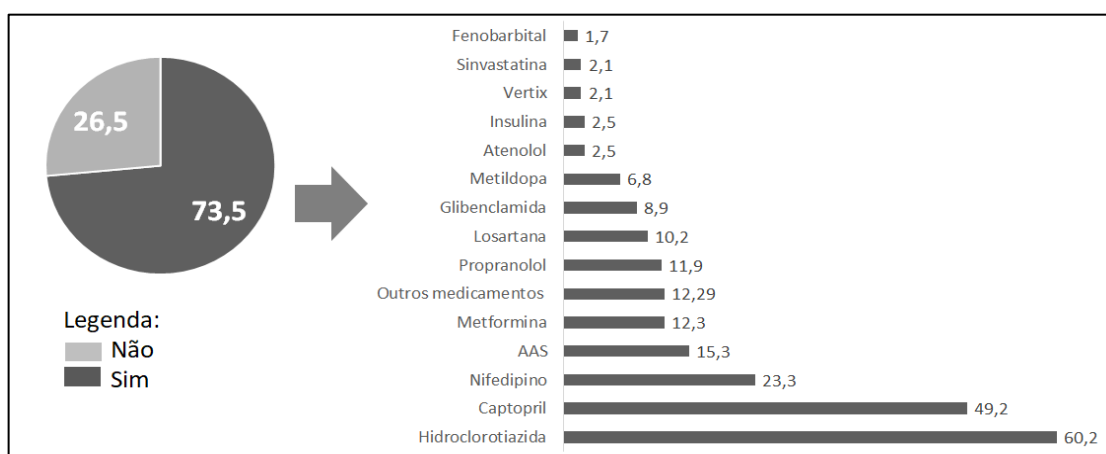


Gráfico 2: Ingestão de medicamentos em idosos atendidos na ESF - Boa Vista – Matipó – MG.
 Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Observa-se, no gráfico 2, que 73,5% dos idosos avaliados utilizam medicamentos de uso contínuo, sendo a maior prevalência para tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes. Os medicamentos Hidroclorotiazida (60,2%) e Captopril (50,8%) são os fármacos são utilizados para tratamento da pressão arterial.

De acordo com Ribeiro, Andrade e Couto (2018), o hidroclorotiazida (HCTZ) é um diurético amplamente comercializado dentro do território nacional e um dos medicamentos mais distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Juntamente com os betabloqueadores, estes são os fármacos mais utilizados no tratamento de hipertensão nos últimos 40 anos, com eficácia comprovada na redução da morbidade e da mortalidade relacionadas à doença.

O Hidroclorotiazida pode aumentar ou potencializar a ação de outros fármacos anti-hipertensivos, podendo também interferir sobre as necessidades de insulina nos pacientes diabéticos e reduzir o efeito de hipoglicemiantes orais. É um medicamento geralmente bem tolerado com o qual raramente podem ocorrer algumas reações adversas como, por exemplo, náuseas anorexia, vômitos, constipação vertigens, parestesia, cefaleia, anemias, entre outros(HIDROCLOROTIAZIDA, 1999).

O fármaco captopril (ácido (2S) -1-[(2S)-2-metil-3-sulfanilpropanoil] pirrolidino-2-carboxílico) está incluído na classe terapêutica dos anti-hipertensivos, prescrito para pacientes com hipertensão e insuficiência cardíaca. O captopril age como um dos inibidores da ECA (enzima de conversão da angiotensina) diminuindo as retenções de água e sódio nas artérias, ocasionando uma redução da pressão arterial. (VIDAL et al,2017).

Este não deve ser usado concomitantemente com suplementos de potássio ou substitutos de sal contendo potássio, sem indicação médica. Medicamentos como indometacina e outros agentes anti-inflamatórios não esteroidais podem diminuir o efeito desejado do captopril e aumentar os riscos de toxicidades causados pelo lítio. Uma das reações adversas mais comuns dos inibidores da ECA são casos de tosse, também pode ocorrer dor de cabeça, diarreia, perda do paladar, fadiga e náuseas que desaparecem com a interrupção do tratamento. Deve-se sempre ficar atento a qualquer anormalidade que aparecer durante o tratamento, sempre informando a equipe de saúde caso ocorra (CAPTOPRIL, 1999).

A metformina é um medicamento de uso oral, usado para o tratamento do diabetes tipo 2, pode ser usado sozinho ou junto com outros antidiabéticos de uso oral e sempre deve ser associado a uma dieta apropriada. Este fármaco pertence a um

grupo de medicamentos chamado biguanidas que ajudam a baixar o nível de glicose no sangue, na perda de peso e estabilização do peso corporal. Assim, deve-se sempre acompanhar de perto os pacientes que fazem uso deste, com diuréticos, agonistas beta 2, corticosteroides, tetrocosactida, clorpromazina, pois eles podem interferir na ação esperada do fármaco (CLORIDRATO DE METFORMINA, 1999).

Caso ocorra o uso, deve ser feito exame de glicose com maior frequência e, caso necessário, adequar a dose para um tratamento eficaz. Um dos efeitos colaterais que pode ocorrer é chamado de acidose láctica, quando ocorre acúmulo de ácido láctico no sangue. Os sintomas são dores abdominais, câimbras musculares, cansaço e dificuldade de respirar, caso ocorram esses sintomas o paciente deve tratar e parar imediatamente de tomar o Cloridrato de metformina (CLORIDRATO DE METFORMINA, 1999).

Na tabela 2 foram realizadas associações entre doenças e fatores sociodemográficos de idosos.

Tabela 2: Associação entre doença e fatores sociodemográficos de idosos atendidos na ESF-Boa Vista – Matipó – MG 2017.

Demográficos	Doença		P
	Sim	Não	
SEXO			
Feminino	60,5	40,3	0,006
Masculino	39,5	59,7	
ETNIA			
Branco	23,1	24,2	0,864
Pardo/Negro	76,9	75,8	
PROFISSÃO			
Aposentado	90,8	88,7	0,642
Outras	9,2	11,3	
RENDA FAMILIAR			
Menos que 1 salário	1,2	3,2	0,295
1 salário	52,6	59,7	
2 ou mais salários	46,2	37,1	
ESTADO CIVIL			
Solteiro	4,6	1,6	0,026
Casado\amasiado	51,4	71,0	
Separado\divorciado/Viúvo	43,9	27,4	

Fonte: elaborado pelos pesquisadores.

Os dados contidos na tabela 2 mostram que o predomínio de doenças crônicas atinge mais o público feminino com 60,5%, quando comparada ao masculino, sendo estas proporções estatisticamente significantes. De acordo com Souza et al (2018), as mulheres apresentaram mais agravos à saúde do que os homens e, embora os

episódios sejam menos graves, levam-nas a procurar com mais frequência os serviços de saúde. Logo, realizam mais consultas e exames, obtendo mais diagnósticos e prescrições médicas e, conseqüentemente, consumindo maior quantidade de medicamentos, prescritos ou não.

Percebe-se que pardo/negro apresentaram 76,9% diferentes dos demais dados. Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país, predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão. Não há evidências de ação diferenciada das drogas anti-hipertensiva em nossa população, entretanto, estudos recentes, em populações de indivíduos negros norte-americanos, o uso de iECA se mostrara menos eficaz, especialmente na prevenção de AVC, do que outras classes de anti-hipertensivos. Devendo, portanto, não serem considerados de primeira escolha nesta população (VARGA, CARDOSO, 2016).

Segundo Brasil (2001), as doenças ligadas à pobreza, como desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose e outras infecções, alcoolismo, etc. são mais incidentes na população negra e isso não ocorre por razões étnicas. O acesso a serviços de saúde é mais difícil e o uso de meios diagnósticos e terapêuticos é mais precário, produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil.

A população brasileira está ficando cada vez mais velha. Conforme dados obtidos mostram que 90,8% são aposentados e Sala (2003) menciona que historicamente a aposentadoria tem sido relacionada à exclusão e a alienação tendo em vista o rompimento do aposentado com as forças produtivas. Nos tempos anteriores, este sofria a desilusão e a desesperança como se tivesse perdido alguma coisa. Perdia o interesse, passava a sentir-se abandonado, pela separação dos amigos de trabalho, de colegas de atividades, uma espécie de morte social.

Já referente à renda familiar, o percentual de 52,6% de idosos vivem com 1 salário mínimo. O crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas (SCHMIDT et al, 2011).

Outra questão que se observa é que indivíduos casados ou amasiados apresentam maior prevalência de patologia (51,4%). A OMS afirma que o estado civil dos indivíduos influencia na dinâmica familiar e no autocuidado. Para os idosos, a composição familiar pode ser um fator decisivo pela falta de estímulo do autocuidado e ao asilamento (MIZANZI et al, 2008). Tal situação favorece a inserção no contexto doença e tratamento. O suporte familiar, o apoio e a presença constantes no tratamento podem auxiliar a adesão do hipertenso ao tratamento e, conseqüentemente, evitar ou postergar as complicações da hipertensão arterial (MANTOVANI et al, 2008).

A tabela 3 mostra as associações de medicamentos com fatores sociodemográficos, o que evidencia algumas variáveis importantes.

Tabela 3: Associação de medicamentos e fatores sociodemográficos

Demográfico	Medicamentos		
	Sim	Não	p
SEXO			
Feminino	60,8	40,3	0,005
Masculino	39,2	59,7	
ETNIA			
Branco	23,3	24,2	0,881
Pardo/Negro	76,7	75,8	
PROFISSÃO			
Aposentado	91,3	88,7	0,552
Outras	8,7	11,3	
RENDA FAMILIAR			
Menos que 1 salário	1,2	3,2	0,171
1 salário	51,2	61,3	
2 ou mais salários	47,1	35,5	
ESTADO CIVIL			
Solteiro	3,5	3,2	0,023
Casado\amasiado	51,2	71,0	
Separado\divorciado/Viúvo	43,3	25,8	

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

Na tabela 3, podemos observar que o sexo feminino obteve uma ingestão maior de medicamentos (60,8 %), comparado ao sexo masculino, e os casado/amasiado (51,2%) mais do que os solteiros e viúvos. Isso pode ser explicado pela ingestão de medicamentos sem prescrição médica, ou seja, a prática de automedicação. Diante desses dados, é necessária a contribuição dos profissionais de enfermagem para otimizar o uso racional de medicamentos por idosos e diminuir ao máximo as complicações do consumo. Além disso, adaptar a ESFs para melhorar o atendimento

em saúde bem como preparar para o novo plano de atenção a esses idosos (SANTOS et al, 2014).

A prevalência do uso de medicamentos por idosos aposentados, que apresentou em 91,3%, mostra que, além da idade e do sexo, outros fatores predisponentes para o uso de medicamentos têm sido identificados no País. No grupo dos idosos aposentados, as mulheres mais velhas, com maior renda familiar e com mais sintomas, utilizam mais medicamentos prescritos. O tamanho da família e as atitudes favoráveis em relação aos serviços não médicos são variáveis predisponentes para o consumo de produtos de venda sem prescrição médica (ROZENFELD, 2003).

Os resultados referentes à renda família de 1 salário mínimo (51,2%) mostraram-se relevantes porque o acesso gratuito aos medicamentos, principalmente os de uso contínuo, pode levar ao comprometimento da renda familiar ou favorecer o abandono do tratamento, o que pode ocasionar o agravamento do estado de saúde e a consequente expansão dos gastos com internações e atendimentos ambulatoriais. Além disso, a maioria da população atendida no serviço público de saúde é de baixa renda, sendo o fornecimento gratuito, normalmente, a única alternativa de acesso aos medicamentos (HELFER et al, 2012).

O enfermeiro da ESF trabalha na configuração de um modelo de atenção voltado para a promoção da saúde, com uma lógica de atendimento centrada na relação entre usuário e serviço, baseada no respeito mútuo, na valorização das subjetividades e na autonomia dos sujeitos.

Dentro dos deveres da equipe — que são as ações programáticas da ESF atuando no processo saúde doença — os usuários do grupo de idosos relatam que usufruem da distribuição de medicamentos, consultas médicas e de enfermagem, vacinas e participação de atividades educativas. O atendimento prestado pelo agente de saúde é bastante valorizado pelos usuários, pois se sentem acompanhados, mesmo estando no domicílio (SANTOS et al, 2014).

Dessa forma o enfermeiro deve desenvolver atividades educativas no intuito de acompanhar esses idosos, tais como grupos de convivência que estimulam o idoso a adquirir maior autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão. Nos grupos, são oferecidas atividades que contemplem hábitos saudáveis e favoreçam o bem-estar (oficinas de memória,

relaxamento, oficina culinária para hipertensos e diabéticos, higiene postural, oficinas de ginástica, conferências, seminários, jornadas, palestras (WICHMANN et al, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto conclui-se que os dados mostraram que houve associações entre condições de saúde (doença e ingestão de medicamentos) com os dados sociodemográficos (sexo e estado civil).

Dessa forma, o enfermeiro, na instituição de saúde investigada, pode priorizar a atenção à saúde do idoso elaborando estratégias educativas em saúde, considerando sexo e estado civil. Diante disso, o processo Saúde Doença aborda determinantes sociais que interferem no processo de adoecimento da população bem como o risco das mesmas; contando com uma boa atuação da equipe da Atenção Básica, centrando o cuidado no idoso que está sujeito a inúmeras variáveis que determinam suas necessidades durante o processo de envelhecimento e adoecimento.

Cabe ressaltar que, em outras pesquisas, deve-se implementar os parâmetros bioquímicos e sugere-se que, em outros estudos, se realizem pesquisas complementares envolvendo informações hematológicas e hemodinâmicas.

6. REFERÊNCIAS

BERLEZI, Evelise Moraes et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado. **Revista brasileira geriatria gerontologia**, vol.19 n 4, p.643 – 652, Rio de Janeiro. 2016 Disponíveis em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232016000400643&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 26. Julho. 2018

CAPTOPRIL. Responsável: Andreia Cavalcante Silva. Teuto Brasileiro S/A:Anápolis – GO, 1999. Bula de Remédio. Acesso em: 16. Agosto. 2018.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.773-781, 2003. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2003.v19n3/733-781>. Acesso em: 16. Agosto. 2018.

CARTILHA: BRASIL.2001. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. **Ministério Da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília; n.123, p.76, 2001. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf. Acesso em: 03. Outubro. 2018

CARTILHA: BRASIL.2014 Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral, p. 1-46, 2014, Brasília\DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus_pd. Acesso em: 26.Jul. 2018

COSTA, Camila et al. Mobilidade na marcha, risco de quedas e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 293-300, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5855/3055>. Acesso em: 20. Outubro. 2017

CLORIDRATO DE METFORMINA. Responsável: Andreia Cavalcante Silva. Teuto Brasileiro S/A: Anápolis – GO, 1999. Bula de Remédio.

Gabriel, Marcelo L. D. Métodos Quantitativos em Ciências Sociais. **Desenvolvimento em Questão**, vol. 12, n. 28, p. 348-369 Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul Ijuí, Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/752/75232664010.pdf> Acesso em: 22. Jun. 2018

GRITTI, Cristiane et al. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cad. Saúde Colet.** 2015, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 214-219. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-214.pdf> Acesso em: 16. Fevereiro. 2018

HIDROCLOROTIAZIDA. Responsável: Andreia Cavalcante Silva. Teuto Brasileiro S/A: Anápolis – GO, 1999. Bula de Remédio.

HOEPERS, Neiva Junkesetal. Ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na promoção do envelhecimento saudável. **Revista Inova Saúde**, v. 5, n.1, p. 42-56, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/1914/2458> Acesso em: 29. Novembro. 2017

HELPER, Ana Paula et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31 , n. 3, p. 225-232, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/225-232> Acesso em: 04. Outubro. 2018.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas sociais**. 2016. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html> Acesso em: 22. Jun.2018

KERKHOF, Gabriela. **Qualidade de vida relacionada á saúde em idosos atendidos em unidades de saúde e relação com a prática de atividade física e presença de doença**. 2016. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança) - Universidade Federal do Rio grande do Sul. Porto

Alegre. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157050/001018535.pdf?sequence=1> Acesso em: 22. Junho. 2018

LIRA, GOULART, ALONSO. A relação entre estado nutricional e presença de doenças crônicas e seu impacto na qualidade de vida de idosos: revisão integrativa. **Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul**, v. 15, n. 53, p. 81-86, 2017. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4572/pdf. Acesso em: 20. Outubro. 2017

MANTOVANI, Maria de Fátima et al. O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 336-342, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4836/483648980003.pdf> Acesso em: 21.junho.2018.

MEDEIROS, Daniele Viana et al. A percepção do isoso sobre a velhice. **Revista de Enfermagem**, v.10, n. 10, p. 3851- 3859, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11452/13272> Acesso em: 20. Outubro. 2017

MENDES, MARQUES. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0900.pdf> Acesso em: 03. Março. 2018

MIRANDA, MENDES, SILVA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19 n.3 p.507-519,2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v19n3/pt_1809-9823-rbqg-19-03-00507.pdf Acesso em: 20. Abril.2018

MIZANZI, Sybellede Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma Equipe de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.17, p. 672-9, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07> Acesso em: 16. Agosto. 2018

RIBEIRO, ANDRADE, COUTO. Estudos de equivalência farmacêutica e perfil de dissolução comparativo de comprimidos contendo hidroclorotiazida. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, v. 30, n. 1, pp5-13, 2018. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=2224&path%5B%5D=pdf> Acesso: 16. Maio. 2018

ROZENFELD. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, vol.19;n.3; 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300004 Acesso em: 04. Outubro. 2018

SANTOS, Debora Souza et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino –Americana de Enfermagem**, v.6 n.22p. 918-

925, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-0002-2496.pdf Acesso em: 05. Outubro. 2018.

SILVA, SOUZA, GANASSOLI. Qualidade de vida na terceira idade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista. Soc. Bras. Clin. Med.** v. 15, n. 3, p. 146-9, 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf Acesso em: 16. Fevereiro. 2018

SILVA, VICENTE, SANTOS. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, 2014; n. 17, v.3, p. 681-687. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00681.pdf> Acesso em: 22. Julho. 2018

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil** 4, 2011. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20%202011%20Doen%20E7as%20cr%20F4nicas%20n%20E3o%20transmiss%20EDveis%20no%20Brasil.pdf?sequence=1> Acesso em: 04. Outubro. 2018

SALCI, Maria Aparecida et.al. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, n.1, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2882.pdf Acesso: 16. Fevereiro. 2018

SALA; JAEGER. Aposentadoria e a identidade do trabalhador. **Disciplinarum Scientia, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria**, v. 4; n.1; p.101-119, 2003. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/849/793> Acesso em: 03. Outubro. 2018

SOUZA, Livia Alves Oliveira et al. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, n. 4, p.1 – 14. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00040017.pdf> Acesso em: 18. Junho. 2018

TELES, Mariza et.al. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados em uma estratégia saúde da família. **Rev.enferm UFPE online**, v.11, n.6, p.2620-2627 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23431/19122> Acesso em: 18. Junho. 2018

VALCARENGHI, Rafaela Vivian et al. Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 4, p. 705-712, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0705.pdf> Acesso em: 17. Fevereiro de 2018

VALER, Dayane Borghetti et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos, **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.809-819, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v18n4/pt_1809-9823-rbqg-18-04-00809.pdf Acesso em: 25. Abril .2018

VARGA, CARDOSO. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.664-671, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00664.pdf> Acesso em: 14. Novembro. 2018

VIDAL, Hérika Danielle Almeida et al. Impureza é do fármaco captopril: Síntese e Caracterização. IV Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG, p.1-5, Goiás (2017). Disponível: <http://www.anais.ueg.br/index.php/cepe/article/view/10038/7240>. Acesso em: 17. Maio. 2018

VIEIRA, Gerlane Ângela et al. Avaliação da fragilidade em idosos participantes de um centro de convivência. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, v.1, n.1 p. 114-121, 2017 Disponível em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836315> Acesso em: 18. Junho. 2018

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Processo saúde-doença. **UNA-SUS**, 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf Acesso em: 14. Novembro. 2018

WICHMANN, Francisca Maria Assmann et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro. v. 16 n. 4 p. 821-832 . 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v16n4/1809-9823-rbqg-16-04-00821.pdf> Acesso 15. Novembro. 2018

ANEXO 7

SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 8º e 9º PERÍODO – 2018/01
DISCIPLINA: SEMINÁRIO DE CONCLUSÃO DE CURSO
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, _____ RG
Nº _____, autorizo ALICE SANTOS DE SOUZA REIS, JULIANA DE SOUZA GOMES E NATÁLIA REIS PAULA ACADÊMICOS DO 7º PERÍODO DA FACULDADE UNIVÉRTIX a fazer uma coleta de dados nos prontuários dos pacientes com idade igual ou superior a de 60 anos, com objetivo de conhecer as condições de saúde e qualidade de vida dos idosos acompanhados pela equipe pertencente ao ESF-BOA VISTA, além de esclarecer os benefícios pessoais e sociais que o trabalho poderá trazer para a realização do Projeto de Pesquisa: Condições de Saúde de idosos acompanhados por equipe Estratégia Saúde da Família.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após a autorização do enfermeiro (a) responsável.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Matipó, 20 de junho de 2017.

ANEXO 8

Nome completo:		SEXO		COR/ETNIA		
		MAS	FEM	NEGRO	BRANCO	PARDO
Nome da rua:		Micro área:		Prontuário:		
Profissão:		Data de nascimento:				
Renda familiar		Estado civil				
1 salário mín		Até 2 salários min				
Menor que 1slar		Até 4 salários min				

<p align="center">História Patológica Progressa</p>	<p align="center">Medicamentos</p>
--	---

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DOS CAMINHONEIROS QUE TRAFEGAM PELA BR 262 NA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICAS: GLEICIELLY DAMASCENO DA SILVA; JOSELY ALVES DA SILVA;
LENILDA MARTINS DOS REIS.

ORIENTADORA: Profa. Dnt. Deyliane Aparecida de Almeida Pereira

LINHA DE PESQUISA: 1. Cuidado de Enfermagem

RESUMO: O estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida dos caminhoneiros que transitam pela BR 262 na região da Zona da Mata Mineira. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, que objetivou avaliar a Qualidade de Vida de 50 caminhoneiros, pelo questionário QWLQ-78 (*Quality of Working Life Questionnaire*) nas dimensões: compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso das capacidades, oportunidades, integração social, constitucionalismo, trabalho e vida, relevância social. A maioria da amostra são casados (72%), possuem tempo de profissão maior que 10 anos (50%), têm idade média de 41,76 anos (DP= $\pm 9,94$) e estão com sobrepeso (IMC= $27,59$ DP= $\pm 3,97$). No que diz respeito à qualidade de vida, os domínios compensação justa e adequada e oportunidade de crescimento e segurança, apresentaram níveis próximos a três, demonstrando, assim, que esses trabalhadores não estão satisfeitos no que se refere a esses constructos. Com a associação da QVT com o tempo de profissão, aqueles com mais de cinco anos trabalhados apresentam maior satisfação em alguns domínios. Relacionando a QVT dos caminhoneiros eutróficos com aqueles acima do peso, os eutróficos demonstram melhor qualidade de vida. Portanto, para a melhoria da qualidade de vida, o enfermeiro pode atuar como promotor da saúde, buscando meios alternativos para atendimento e acolhimento para, por conseguinte, trazer melhorias ao estado de saúde daqueles profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; saúde; trabalho.

1. INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida é o termo que condiz com as situações básicas e auxiliares do ser humano, estas situações envolvem desde o bem-estar físico, mental e psicológico até os relacionamentos afetivos e sociais. Dessa forma, a qualidade de vida constitui-se em olhar o sujeito de acordo com a sua cultura e valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (HIPÓLITO *et al*, 2017).

Silva (2017) afirma que a qualidade de vida é definida de acordo com a percepção de cada indivíduo sobre a vida e de seu posicionamento no contexto cultural e social. Dessa forma, pode ser moldada por meio dos domínios social, ambiental, físico e psicológico e pelos fatores que os compõem e os regulam

positivamente e negativamente. Entretanto, na sociedade capitalista, o termo Qualidade de Vida torna-se obsoleto, pois, a rotina de trabalho extenuante e os recursos tecnológicos disponíveis dificultam a percepção e a busca pelo bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Como exemplo disso, tem-se a categoria profissional dos caminhoneiros.

Os profissionais que conduzem os caminhões são, em sua maioria, homens que realizam viagens longas sem interrupções para cumprir prazos. Dessa forma, podem ter a saúde comprometida, o que pode afetar sua saúde, acarretando em doenças, uma vez que os costumam apresentar baixa utilização dos serviços de saúde. O modelo tradicional hegemônico, no qual o sexo masculino representa socialmente o cuidador da casa, isento de fragilidade, faz com que o homem adote tipos de comportamento que afetam diretamente sua saúde como, por exemplo, a não adesão às práticas de promoção e prevenção (HINO *et al*, 2017).

No entanto, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.944/2009, criou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), com o objetivo de acolher de forma significativa a população masculina, melhorando suas condições de saúde e reduzindo indicadores de morbimortalidades. Tal situação tem despertado interesse de profissionais da saúde que atuam no sistema público, uma vez que esse segmento tem estilos de vida inadequados (por exemplo, elevadas horas sentados, consumo de alimentos calóricos e ingestão de bebidas alcoólicas, e ingestão de substâncias estimulantes), ficando o acesso ao serviço de saúde em segundo plano (HINO *et al*, 2017).

Devido às peculiaridades inerentes a profissão de motorista, essa categoria profissional é exposta a diversos fatores que influenciam na sua qualidade de vida, a saber: cansaço, insônia, má alimentação, esgotamento físico, uso de medicamentos e drogas. Assim, além de causar danos à saúde, devido ao estilo de vida², a prevalência de acidentes de trânsito é elevada. Segundo Narciso (2017), em 2014, a Polícia Rodoviária Federal constatou 168.593 acidentes com 8.227 mortos. A falta de atenção e sono causaram 32,5% e 6% dos acidentes fatais.

² Estilo de Vida “é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas”.

Diante do exposto, este estudo se justifica pela necessidade de implementar políticas de saúde para esta categoria profissional, e, por conseguinte, orientar os profissionais de saúde em práticas educativas de saúde para esta categoria profissional. Assim, tem-se como questão norteadora: Qual a Qualidade de Vida no trabalho dos motoristas de caminhões que circulam nas rodovias federais?

Sendo assim, o objetivo deste estudo é avaliar a Qualidade de Vida dos caminhoneiros que transitam pela BR 262, na região da Zona da Mata Mineira. Anseia-se que os resultados da pesquisa contribuam para evidenciar fatores que possam prejudicar a QVT, além de permitir a identificação dos meios de intervenção do enfermeiro por meio da atenção primária.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Silva *et al* (2016) defendem que Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem como objetivo o trabalhador em geral. No entanto, é essencial que se promova saúde, oferecendo condições, treinando e orientando para que o trabalhador possa desempenhar suas funções, sem que cause danos a sua saúde. O conceito QVT tem como objetivo resgatar valores ambientais e humanos que passam despercebidos pelas sociedades industrializadas em favor do avanço da produtividade, tecnologia e crescimento econômico, implantando melhorias e inovações gerenciais e estruturais no ambiente de trabalho, buscando atender à estabilidade positiva dos colaboradores que atuam na empresa.

Símmonds (2015) investigou como as empresas do meio de transporte devem proceder para a melhoria em questões relacionadas ao trabalhador, dentre elas o reconhecimento, o aprendizado profissional e, até mesmo, o *feedback* sobre o seu desempenho. Por meio dessa análise, concluiu-se que há necessidade de se estudar a qualidade de vida no trabalho, reconhecendo, assim, variáveis que influenciam no comportamento dos trabalhadores.

Segundo o autor, independentemente da atividade desenvolvida, é preciso promover integração entre o trabalhador e o seu ambiente, preservando sua saúde e segurança. O setor em questão — que é o de transporte — é reconhecido universalmente como um indutor de riqueza e desenvolvimento e o Brasil é um dos países em que mais se utiliza a malha rodoviária. Sendo assim, é necessário avaliar

as condições de trabalho e qualidade de vida que podem influenciar na saúde desses profissionais.

A QVT pode ser dividida em oito dimensões distintas que, juntas, formam um padrão de vida no trabalho necessário ao indivíduo, de acordo com Silva *et al* (2016) e apresentado no Quadro 1:

QUADRO 1: Modelo de avaliação de QVT de Walton

Compensação justa e adequada: trata-se da relação de salário com outros trabalhos, desempenho da comunidade e padrão subjetivo do empregado. Em síntese, equidade salarial.
Condição de segurança e saúde no trabalho: os trabalhadores não devem ser expostos a condições ambientais, jornada de trabalho nem riscos que possam ameaçar sua saúde.
Utilização e desenvolvimento de suas capacidades: o uso e o desenvolvimento das capacidades devem atender a certas condições, como autonomia, variedade de habilidades, informação e perspectiva de atividade, significado e planejamento de tarefa.
Oportunidade de crescimento e segurança: manifestam-se no desenvolvimento pessoal, no desenvolvimento da carreira, na possibilidade de aplicação de novas habilidades, na sensação de segurança no emprego e na remuneração.
Integração social na organização: um ambiente favorável nas relações pessoais é atingido com ausência de preconceitos, democracia social, ascensão na carreira, companheirismo, união e comunicação aberta.
Normas e regras da organização: o grau de integração social na organização está relacionado com o direito à privacidade e à liberdade de expressão de ideias, com tratamento equitativo e normas claras.
Trabalho e espaço total de vida: as condições de crescimento na carreira não devem interferir no descanso, nem na vida familiar do empregado.
Relevância social da vida no trabalho: a atuação social da organização tem significado importante para os empregados tanto na sua percepção da empresa quanto em sua autoestima.

Silva (2013) afirma que a classe de trabalhadores "caminhoneiros" assume difícil jornada de trabalho. Deixando casa e família em busca de uma vida melhor, esses trabalhadores sofrem nas estradas com jornadas de trabalhos intensas, má alimentação, dietas hipercalóricas — que causam doenças crônicas como hipertensão e diabetes — e outros riscos como ingestão de bebidas alcoólicas, anfetaminas e uso de cigarros. O estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos motoristas caminhoneiros, por meio da metodologia quanti-qualitativa de corte transversal e teve como resultado que os caminhoneiros apresentam boa qualidade de vida. No entanto, há comprometimento nas dimensões: dor, vitalidade e saúde mental, afetando diretamente à saúde.

Narciso (2017) fez uma comparação entre as leis nº 12.619 de 30/4/2012 e a Lei nº 13.103 de 2/3/2015, com objetivo discutir a alteração da Lei dos Motoristas profissionais e os aspectos referentes ao sono, segurança e jornada de trabalho. O resultado obtido mostra que a nova legislação apresenta pouca eficácia comparada à anterior. Com isso, as autoridades brasileiras precisam estar cientes do aumento da

periculosidade do risco de acidente, associada à falta de sono e excesso de carga horária de trabalho praticada por esses profissionais.

É importante, também, considerar os problemas nas estradas brasileiras que vão além dos inúmeros buracos no asfalto. A realidade é muito maior do que isso e, como reflexo, temos caminhoneiros cansados e estressados fazendo então a utilização de drogas para suportar várias horas de trabalho (SIMMONDS, 2015).

Ao analisar os cuidados com a saúde dos caminhoneiros — com o objetivo de identificar sua relação com o serviço de saúde —, por meio da obtenção de dados com entrevistas e técnicas de estatísticas descritivas, obteve-se o resultado de que a maioria dos caminhoneiros procura o serviço de saúde apenas em situações emergenciais, diante a incompatibilidade de horário do trabalho e horário de atendimento (HINO *et al*, 2017).

De acordo com o relato dos autores, pode-se observar a ausência de políticas públicas voltadas para a classe de trabalhadores motoristas de caminhão. Embora haja uma lei que defende a segurança do motorista, não há um conjunto de políticas públicas que assegure uma vida mais digna a este trabalhador. Os dados acima nos relatam uma série de determinantes prejudiciais que afetam diretamente esses profissionais e aqueles que o cercam.

O objetivo deste artigo é avaliar a Qualidade de Vida dos caminhoneiros da BR 262 da Zona da Mata mineira e, com isso, compreender as percepções destes trabalhadores acerca dos problemas de saúde que lhes afligem. Pretende-se, também, promover um mapeamento dos problemas acerca da Qualidade de Vida dos caminhoneiros. Ademais, objetiva-se analisar o papel orientação de enfermagem, bem como propor um planejamento de ações indispensáveis para atuação do enfermeiro nesse cenário.

2.2. REFERENCIAL TEÓRICO

Qualidade de vida no trabalho consiste na busca de maior produtividade sem renúncia aos aspectos da motivação e da satisfação do indivíduo, como, por exemplo, elementos que priorizam fatores higiênicos, condições físicas, aspectos relacionados à segurança e à remuneração. (GOUVEIA *et al*, 2012).

Segundo Símonds (2015) a preocupação com a qualidade de vida no trabalho tem acompanhado o ser humano desde os primórdios de sua existência, buscando sempre facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução de suas

tarefas. A qualidade de vida no trabalho envolve os aspectos tanto físicos e ambientais quanto o estado psicológico do indivíduo no local de trabalho. Muitos empresários estão percebendo que melhorar a vida de seus funcionários torna a empresa mais saudável, competitiva e produtiva.

De acordo com Silva (2013), a QVT do profissional caminhoneiro tem inúmeros fatores que colocam a sua saúde em risco, como a ingestão de bebidas alcoólicas, anfetaminas e uso de cigarros, incluindo também o estado psicológico do motorista, pois ficam dias e até meses longe de casa preocupados com a família, fator que prejudica diretamente no seu desempenho.

Os registros de um alto índice de acidentes de trânsito envolvendo essa classe profissional podem estar associados às altas quantidades de álcool no sangue, o equivalente a 19 horas corridas sem descanso. Isso ocorre pelo fato de que a maioria dos caminhoneiros enfrentam jornadas irregulares de trabalho, permanecendo acordados por um período superior a 18 horas diárias. (NARCISO, 2017).

Segundo Batista (2017), as condições de saúde de um indivíduo estão ligadas à qualidade de acesso aos serviços de saúde. Para os homens, a doença é avaliada como sinal de fragilidade, sendo a dificuldade de reconhecê-la um fator intrínseco. No caso de uma doença herdada geneticamente, por exemplo, logo concluem que não são necessários meios de cuidados e prevenção. Portanto, homem sempre se julga invulnerável, o que acaba contribuindo para que a sua procura pelo cuidado seja precária. Os caminhoneiros encontram diferentes dificuldades para o acesso à saúde, como barreiras são identificadas a rotina de trabalho, a falta de tempo entre as viagens e a dificuldade de se locomover com os caminhões dentro das cidades.

Hino *et al* (2017) analisaram os aspectos de trabalho e saúde dos caminhoneiros e verificaram que essa profissão pode desencadear diferentes agravos à saúde devido à constante exposição a riscos físicos e ergonômicos. Os autores ainda afirmam que, ao verificar o conhecimento dos caminhoneiros sobre o programa nacional integral da saúde, perceberam que a maioria desconhecia a existência de uma política voltada para a saúde do homem.

Comparado às mulheres, o público masculino apresenta maior suscetibilidade na aquisição de doenças, resultado de sua maior exposição aos fatores de riscos comportamentais e culturais. Hino *et al* (2017) afirmam que a população masculina tem o conhecimento sobre a PNAISH, todavia relatam que o programa estimula o cuidado somente quando o homem sentir necessidade.

De acordo com Pereira *et al* (2014), promoção da saúde ou a sua manutenção não deve ser responsabilidade apenas do setor saúde, mas de resultado e ações multidisciplinares e intersetoriais, apoiadas por políticas públicas saudáveis.

Considera-se necessário o progresso de estratégias para estabelecer uma conexão entre o homem e o serviço de saúde. Pesquisas apontam que uma das principais justificativas para a ausência do homem nas Unidades Básicas de Saúde foi a incompatibilidade de horário devido ao fato de o funcionamento da UBS coincidir com o horário do trabalho dos homens. Portanto, acredita-se que, por meio da adesão de horários alternativos de atendimento à clientela masculina e da presença de profissionais capacitados para uma assistência acolhedora, o vínculo entre saúde, homem e prevenção seria mais próximo.

3. METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, que visa avaliar a qualidade de vida dos caminhoneiros. De acordo com Gil (2008), a pesquisa descritiva visa à descrição de características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Além disso, engloba o uso de técnicas padronizadas para coletar os dados, como questionário e observação sistemática.

A pesquisa teve como público alvo os caminhoneiros que transitam na BR 262 localizada em Minas Gerais, onde há uma grande concentração desses profissionais de todo país que trafegam nessa região. A coleta de dados ocorreu nos postos de combustíveis localizados na BR 262, Zona da Mata Mineira, no trecho que abrange as cidades de Realeza, Matipó, Abre Campo e Rio Casca, no momento em que os motoristas interrompem suas rotas para o pernoite. O critério de seleção da amostra foi o de motoristas de caminhões e carretas que trafegam e pernoitam por mais de três dias longe de casa.

Na coleta de dados, foram informados os objetivos do estudo e a participação foi concretizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo seguiu as especificações da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhe o anonimato e autonomia de recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo.

O questionário utilizado foi o QWLQ-78 (*Quality of Working Life Questionnaire*), proposto por Reis Junior (2008), baseado no modelo de Walton (1973) que sugere

oito categorias que enfatizam os fatores de influência na QVT, sendo eles: compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso das capacidades, oportunidades, integração social, constitucionalismo, trabalho e vida, relevância social. O instrumento é estruturado numa escala do tipo *Likert*, dividida em cinco pontos e fundamentada no modelo de respostas, de acordo com a Quadro 2.

Quadro 2 – Escala de níveis de satisfação.

Escala	0% âncora	25%	50%	75%	100% âncora
Avaliação do nível de satisfação	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Grau numérico	1	2	3	4	5

Timossi (2009) adota os valores 25 e 75 de uma escala centesimal, iniciada em zero, como referência para determinar a satisfação ou insatisfação do indivíduo. Com isso, os valores inferiores a 25 caracterizam a insatisfação, enquanto os valores superiores a 75 caracterizam a satisfação, os valores compreendidos entre 25 e 75 caracterizam o nível intermediário.

Os dados foram, em primeiro momento, digitados no *Microsoft Excel*, versão 2010, posteriormente analisados pela estatística descritiva e inferencial no programa SPSS versão 24 e apresentados na forma de tabelas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de maio e junho de 2018, foram aplicados 50 questionários para os caminhoneiros que transitam na BR 262. O trecho em questão abrange as cidades de Realeza, Matipó, Abre Campo e Rio Casca e localiza-se no estado de Minas Gerais. A amostra foi composta por caminhoneiros com idade entre 25 a 75 anos, sendo que 98% são do sexo masculino.

Segundo Hino *et al* (2017), a frequência com em que os homens procuram o serviço de saúde é inferior a das mulheres. Um dos principais fatores para justificar tal comportamento relaciona-se à incompatibilidade do horário de trabalho com o de funcionamento dos serviços de saúde. O horário tradicional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) torna-se um impeditivo para os homens que trabalham no mercado formal e não podem se ausentar no momento do expediente. Portanto, a criação de horários alternativos — com atendimento ampliado ou aos finais de semana —

constitui uma maneira estratégica para facilitar o acesso dessa classe de profissionais aos serviços saúde.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e antropométricas da Qualidade de vida dos caminhoneiros quanto ao sexo, faixa etária, estatura, IMC, peso, sexo, estado civil e tempo de profissão.

Tabela 1 Características sociodemográficas e antropométrica dos caminhoneiros que trafegam pela BR 262. Matipó-MG. 2018.

Variável	%	Média (DP)
Estado Civil		
Solteiro	20,00	
Casado	72,00	
União estável	6,00	
Separado	2,00	
Tempo de profissão		
Menos de 1 ano	8,00	
De 1 a 5 anos	20,00	
De 6 a 10 anos	22,00	
Mais de 10 anos	50,00	
Idade		41,76 (9,95)
Peso auto referido		82,70 (13,31)
Estatura auto referido (metros)		1,73 (0,08)
IMC auto referido (Kg/m ²)		27,59 (4,00)

Fonte: elaborado pelos autores Legenda: DP = desvio padrão

Verifica-se, na amostra investigada, que a maioria são casados (72%). De acordo com Hino *et al* (2017), o número reduzido de caminhoneiros que buscam o serviço de saúde de alguma forma o faz por influência familiar, destacando assim o papel importante da mulher no incentivo ao equilíbrio entre o homem e o serviço de saúde. Silva (2013) relata que os caminhoneiros estão sempre viajando, algo que faz parte da sua rotina no trabalho e o tempo para família e amigos acaba reduzido. Sendo assim, podem desencadear solidão nas estradas e ansiedade para entrega de cargas e, por conseguinte, desequilíbrio na qualidade de vida no trabalho, diminuição do desempenho e doenças.

O exercício de dirigir constantemente ligado aos anos de profissão, com o passar do tempo, torna-se desgastante. Na amostra, a maioria possui tempo de serviço maior que 10 anos (50 %). A cabine é o ambiente onde se trabalha, se faz a cocção alimento, se alimenta e se descansa, tudo isso sem as condições de higiene necessárias. Esses fatores, aliados à falta de lazer e solidão, geram agravos à saúde que podem impactar negativamente a qualidade de vida, entendida aqui como um conceito amplo que circunda um construto social (GOUVEIA *et al*, 2012).

Sendo assim, o enfermeiro necessita se especializar na saúde do homem caminhoneiro, incluindo o aprimoramento da comunicação e implementação de planos de saúde educativos, que envolvam as especificidades do público.

Em relação ao Índice de Massa Corpórea (IMC) os caminhoneiros apresentam média 27,59 (DP= \pm 4,00) Kg/m² que, segundo o Ministério da Saúde (2017), é classificado como sobrepeso. Para Gouveia *et al* (2012), a obesidade tem impacto direto na saúde e na qualidade de vida, pois predispõe o organismo ao desenvolvimento de doenças cardiometabólicas³ e até a morte prematura. Dentre as doenças destacam-se as cardiovasculares, digestivas, renais, diabetes mellitus tipo II, problemas ortopédicos e hepáticos, todas associadas ao excesso de gordura corporal e aos estilos de vida não saudáveis.

Ferreira e Alvarez (2013) salienta que a saúde dos caminhoneiros pode ficar comprometida com o passar dos anos ao volante, devido aos hábitos alimentares (alimentação irregular durante a jornada de trabalho, com alto teor de gorduras, baixa ingestão de legumes e verduras) e ao estilo de vida sedentário, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas.

De acordo com Pereira *et al* (2014), o estilo de vida dos caminhoneiros os expõe a atividade extenuante com jornadas extensas de trabalho, condições de vida inapropriadas à manutenção e à promoção da saúde. Esse ritmo intenso de trabalho condicionado à longas horas, ao cumprimento de metas, à seguridade de veículo e carga fazem com que os caminhoneiros durmam em boleias, com conforto, segurança e alimentação precários, desenvolvendo desgaste emocional afetivo, físico-mental, causando vários distúrbios e afetando negativamente sua Qualidade de Vida.

Faz-se então necessário que o enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar de saúde, tenha atue junto a essa população, promovendo uma mudança nesse cenário por meio da adoção de práticas assistenciais de promoção e prevenção à saúde que estejam fundamentadas na integralidade e na humanização da assistência (HINO, *et al* 2017).

É notória a necessidade de maior atenção na atividade diária dos caminhoneiros para assim estabelecer melhorias da sua QVT. A tabela 2 apresenta

³ Doenças cardiometabólicas são uma das principais causas de morte no mundo, consideradas pela Organização Mundial de Saúde a epidemia do século XXI. Essas doenças englobam, entre outras, a obesidade, a diabetes e a hipertensão arterial, as quais se consideram por sua vez fatores de risco de doença cardiovascular como o enfarte agudo de miocárdio, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a doença arterial periférica.

os domínios da QVT que possui média de 3 a 4 pontos. Portanto, a partir do critério estabelecido (quadro 1), os caminhoneiros estão num continuum de nem satisfeito nem insatisfeito satisfeitos com o trabalho.

Tabela 2: Domínios da Qualidade de Vida no Trabalho dos caminhoneiros que trafegam na BR 262. Matipó-MG. 2018.

Domínio	Mínimo	Máximo	Média (DP)
Compensação justa e adequada	1,50	4,50	3,20 (0,72)
Condições de trabalho	1,50	4,33	3,35 (0,61)
Uso ou desenvolvimento de capacidades	2,40	4,80	3,77 (0,47)
Oportunidades de crescimento e segurança	1,25	4,25	3,04 (0,68)
Integração social na organização	2,25	4,50	3,59 (0,49)
Constitucionalismo	2,50	4,50	3,47 (0,51)
Trabalho e vida	1,00	4,67	3,29 (0,90)
Relevância social	3,00	4,80	3,92 (0,39)

Fonte: elaborado pelos autores

Pode se observar que os domínios oportunidade de crescimento e segurança (3,04 pontos), compensação justa e adequada (3,20 pontos) e trabalho e vida (3,29 pontos) apresentaram níveis próximos a três, portanto os caminhoneiros não estão satisfeitos com estes constructos.

Em relação ao critério oportunidade de crescimento e segurança, Gouveia *et al* (2012) afirmam que, devido à jornada de trabalho inerente à profissão, esses trabalhadores não possuem oportunidades na empresa para o crescimento profissional, logo não vislumbram ascensão na carreira e permanecem na mesma atividade laboral por muitos anos. Afirma, ainda, que os treinamentos disponibilizados em algumas empresas não são suficientes para uma oportunidade de crescimento na área de atuação. Outro aspecto que merece destaque é a falta de segurança nas estradas. O risco de roubo em local de pernoite favorece baixas pontuações neste score, conforme evidenciado na tabela 2.

Relacionando o domínio trabalho e vida com sua baixa pontuação, Silva (2013) relata que a ansiedade para entrega de cargas, a solidão nas estradas e a distância da família casa e parentes abalam o emocional destes profissionais, afetando diretamente seu desempenho no trabalho com consequências graves para a saúde.

O domínio “Uso e Desenvolvimento de suas Capacidades”, segundo Gouveia *et al* (2012) pode ser compreendido como a autonomia, a realização de múltiplas funções e o planejamento do trabalho a ser realizado. Nesse quesito, os

caminhoneiros possuem autonomia para tomar decisões como, por exemplo, escolher a rota que vão utilizar, mas seguem rigorosamente uma rotina de trabalho como o dia e horário para entrega da carga.

Neste estudo podemos classificar como indicadores de satisfação os critérios condições de trabalho (3,35), constitucionalismo (3,47), integração social na organização (3,59 pontos), e relevância social (3,92 pontos).

Na dimensão condições de trabalho, o que justifica a satisfação é o fato de os caminhoneiros serem responsáveis pela higiene e pela conservação do espaço interno e externo do ambiente em que trabalham. Em relação ao critério constitucionalismo, os caminhoneiros evidenciaram que são respeitados igualmente, sendo permitido expor suas opiniões às chefias responsáveis, além de terem os seus direitos devidamente respeitados.

Quanto à dimensão Integração social na organização, afirmaram terem boas relações com os colegas de trabalho com companheirismo, respeito, equidade, todos com as mesmas oportunidades. O resultado do domínio relevância social revela que os caminhoneiros têm a percepção de como o seu trabalho é importante para o desenvolvimento do país, que possuem uma imagem positiva na sociedade e se sentem satisfeitos com o trabalho que executam.

A tabela 3 descreve a associação da QVT no trabalho com o tempo de profissão. Segundo Batista (2017), os caminhoneiros, em geral, começam sua jornada de trabalho muito cedo. Como consequência há a interrupção dos estudos, ruptura da leitura, limitando o acesso à informação e afetando o autocuidado. Dessa forma, são expostos precocemente a fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), doenças cardiovasculares, ingestão de bebidas alcoólicas e acidentes automobilísticos.

No que diz respeito às DSTs, Pereira *et al* (2014) declaram que, em uma amostra em que 165 caminhoneiros foram entrevistados, cerca de 63 já foram contaminados por alguma DST, sendo sífilis, herpes, Hepatite B ou C e gonorreia as mais citadas. Essa vulnerabilidade do caminhoneiro a DST's não está somente associada ao tempo fora de casa que permanecem, mas também a cultura machista implantada de o homem ser impetuoso, imune a doenças e incapaz de rejeitar uma mulher.

Estes motoristas percorrem dia após dia longas distâncias, acarretando horas de sono insuficientes e poucos dias de folga em casa com a família. Isso influencia

diretamente o processo saúde-doença-trabalho. Quando um profissional realiza o trabalho para o qual se exige muito empenho, mas não há uma contrapartida de condições reais para a execução, sofre-se desgaste físico, mental e emocional, podendo levá-lo profissional a adoecer, sofrer acidentes e, até mesmo, a morrer (CARDOSO, 2015).

Por meio dos dados coletados, percebe-se que há alguns domínios referentes à QVT destes profissionais com mais tempo de profissão que se destacam positivamente, comparando com aqueles que possuem menos tempo de trabalho, como apresenta a tabela 3.

Tabela 3: Associação dos domínios da Qualidade de Vida no Trabalho com o tempo de profissão (anos) dos caminhoneiros que trafegam na BR 262. Matipó-MG. 2018.

Domínio	≤ 5 anos	≥ 6 anos	p
	Média (DP)	Média (DP)	
Compensação justa e adequada	2,79 (0,72)	3,37 (0,66)	0,009
Condições de trabalho	2,88 (0,67)	3,53 (0,48)	0,000
Uso ou desenvolvimento de capacidades	3,56 (0,52)	3,85 (0,42)	0,043
Oportunidades de crescimento e segurança	2,64 (0,71)	3,20 (0,60)	0,008
Integração social na organização	3,51 (0,39)	3,62 (0,52)	4,90
Constitucionalismo	3,33 (0,54)	3,52 (0,50)	2,50
Trabalho e vida	3,20 (0,95)	3,32 (0,90)	6,43
Relevância social	3,92 (0,93)	3,93 (0,34)	8,80

Fonte: elaborado pelos autores

Os domínios compensação justa e adequada, condições de trabalho, uso ou desenvolvimento de suas capacidades, oportunidade de crescimento e segurança apresentam-se de forma positiva pelo fato de os caminhoneiros com mais de cinco anos de profissão obterem maior satisfação em aspectos como os salários recebidos, autonomia em suas rotas e segurança no trabalho que exerce. Em outro aspecto, o motorista se mantém empregado em uma empresa que não lhe oferece condições adequadas de qualidade de vida, entretanto o prazer que possui em executar a função, o orgulho de ser caminhoneiro é o motivo de permanecer na empresa em que colabora (GOUVEIA *et al*, 2012).

A tabela 4 apresenta a associação dos domínios da QVT com o estado nutricional dos caminhoneiros. Batista (2017) revela que os caminhoneiros do Brasil estão em estado nutricional mais elevado que a média da população brasileira. Com o IMC na faixa de sobrepeso e obesidade, a qualidade de vida destes profissionais está intensamente comprometida relacionando a comorbidades, resultando a distúrbios emocionais e psicológicos.

Tabela 4: Associação dos domínios da Qualidade de Vida no Trabalho com estado nutricional dos caminhoneiros que trafegam na BR 262. Matipó-MG. 2018.

Domínio	Eutrófico	Excesso de peso	p
	Média (DP)	Média (DP)	
Compensação justa e adequada	3,37 (0,59)	3,17 (0,75)	4,013
Condições de trabalho	3,42 (0,48)	3,33 (0,64)	6,050
Uso ou desenvolvimento de capacidades	4,11 (0,38)	3,68 (0,45)	0,006
Oportunidades de crescimento e segurança	3,04 (0,78)	3,04 (0,67)	9,076
Integração social na organização	3,75 (0,43)	3,55 (0,50)	2,036
Constitucionalismo	3,67 (0,60)	3,43 (0,48)	2,042
Trabalho e vida	3,36 (0,91)	3,26 (0,91)	7,052
Relevância social	3,98 (0,29)	3,91 (0,43)	6,011

Fonte: elaborado pelos autores

Segundo a tabela 4, a amostra que são eutróficos possui uma média melhor do que aqueles com excesso de peso no quesito uso ou desenvolvimento de suas capacidades que condizem diretamente com as atividades diárias no trabalho. A Qualidade de Vida nos obesos se compromete consideravelmente quando associada à comorbidades. As maiores dificuldades são os problemas sociais, tendo que enfrentar o preconceito e discriminação no trabalho; além de serem tachados como menos qualificados, com problemas interpessoais, psicológicos e emocionais, conforme exposto por Batista (2017).

Diante dos resultados apresentados, ações benéficas de saúde para esta categoria profissional devem ser planejadas, avaliadas e implementadas corretamente, reduzindo, assim, os níveis, de comorbidades e predisposição para doenças cardiometabólicas. Discutir mais sobre os déficits em relação à QVT destes

trabalhadores ajudaria a buscar soluções benéficas para eles como, por exemplo, a promoção de campanhas em conjunto com o Ministério da Saúde e do trabalho, para melhor assistir o condutor e sua família. Além disso, subir os números de feiras e exposições, divulgando campanhas em toda mídia, não só em revistas específicas da área (SÍMMONDS, 2015).

Portanto o enfermeiro deverá atuar no fortalecimento de ações associadas à saúde do público masculino, trabalhando com o compromisso da mudança deste cenário, levando integralidade e humanização na assistência (HINO et al, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa, conclui-se que os caminhoneiros que trafegam pela BR 262 não nem satisfeitos, nem insatisfeitos, conforme escala *likert* do questionário aplicado, no que diz respeito a Qualidade de Vida no Trabalho. Em relação à associação dos domínios da QVT com o tempo de profissão dos caminhoneiros, aqueles com mais de cinco anos trabalhados estão mais satisfeitos com os salários conquistados e o poder de crescimento que obtiveram na empresa. Relacionando a Qualidade de Vida dos caminhoneiros eutróficos com aqueles acima do peso, observa-se a diferença dos escores indicando pior qualidade de vida dos que possuem índice de IMC elevado no critério de poder realizar suas atividades diárias.

Desse modo os resultados permitiram conhecer o perfil dos caminhoneiros que trafegam nessa região, compreendendo melhor sua vulnerabilidade interligada à saúde. Portanto para a melhoria da qualidade de vida destes profissionais, o enfermeiro pode atuar como promotor da saúde, buscando meios alternativos para atendimento e acolhimento, por conseguinte, trazendo melhorias ao estado de saúde dessas pessoas.

Tem-se como limitação do estudo o fato de os dados serem coletados nas semanas posteriores à greve dos caminhoneiros, o que pode influenciar nas respostas do questionário aplicado.

Ademais, observou-se que, por ter orgulho de ser caminhoneiro o motorista permanece contente na empresa que trabalha. Sugere-se que estudos futuros avaliem estes profissionais em diferentes momentos, pois a atividade laboral exercida pode ser influenciada pela sazonalidade de alguns produtos e serviços.

REFERÊNCIAS:

BATISTA, Adriana Maria Figuerêdo. **Percepção sobre os determinantes de saúde em caminhoneiros do estado de Sergipe**: um estudo quali-quantitativo. Aracaju, 2017.116(f.). Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/6697/2/ADRIANA_MARIA_FIGUEREDO_BATISTA.pdf. Acesso em :09.10.2018.

BRASIL. Arquivo Nacional. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário oficial da união, Brasília, n.12, p.59, seção1. jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimasnoticias/2013/06jun14publicadaresolucaohtml>. Acesso em: 09.11.2016.

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. São Paulo, Vol 27. N1. Indd 73.2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010320702015000100073&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16.11.2018.

FERREIRA, Sérgio de Souza; ALVAREZ, Denise. Organização do trabalho e comprometimento da saúde: um estudo em caminhoneiros. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**, Volume 8, Número 1, 2013, pp. 58-66. Disponível em: <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/viewFile/V8N1A5/V8N1A5>. Acesso em: 19.06.2018.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GOUVEIA, Amanda M.A. et al. Análise da qualidade de vida no trabalho em caminhoneiros de uma indústria petrolífera. **Revista eletrônica saúde e ciência**, v. 2, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.rescceafi.com.br/vol2/n2/amanda-MA-Gouveia-30-51.pdf>. Acesso em: 03.03.2018.

HINO, Paula et al. Análise dos cuidados a saúde de caminhoneiros. **Rev enferm UFPE**. Recife, v. 11, n.11, p. 4741-4748, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231217/25231>. Acesso em: 18.02.2018.

HIPÓLITO, Maiza Claudia Vilela et al. Qualidade de vida no trabalho: avaliação de estudos de intervenção. **Revista Bras. Enferm.** v.70, n.1, p.189-197, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0189.pdf>. Acesso em: 02.04.2018.

NARCISO, Fernanda Veruska; MELLO, Marco Túlio de. Segurança e saúde dos motoristas profissionais que trafegam nas rodovias do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, p. 1-7, 2017. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php/?xml=0034-8910-rsp-S1518-87872016050006761.xml>. Acesso em: 19. 02. 2018.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes. Relação entre processo de trabalho e saúde de caminhoneiros. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza, 27 (4): 462-469.out/dez, 2014. Disponível em : <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2960>. Acesso em: 16.11.2018

REIS JUNIOR, Dálcio Roberto. **Qualidade de Vida no Trabalho**: Construção e validação do questionário QWLQ-78. Ponta Grossa, 2008. 114 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Campus Ponta Grossa.

SAÚDE, Ministério da. **Índice de Massa corpórea**. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40509-imc-em-adultos>. Acesso em: 16. 08. 2018

SILVA, Fabíola Cristina et al. Qualidade de vida no trabalho, um estudo de uma rede supermercadista. **Revista Eletrônica de Administração**, 1679-9127, v. 15, n.1, ed. 28, Jan-Jun 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rea/article/viewFile/1074/944>. Acesso em: 09.10.2018.

SILVA, Michelle Sousa da; ASSUMPÇÃO, Luís Otávio Teles; NEVES, Ricardo Lira de Rezende. Avaliação da qualidade de vida dos caminhoneiros de Guarupí-TO. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, n. 35, v. 11, p.16-24, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n3/v55n3a02.pdf>. Acesso em: 18. 02. 2018.

SILVA, José Antônio Cordero da; SOUZA, Luis Eduardo Almeida de; GANASSOLI; Caroline. Qualidade de vida na terceira idade: Prevalência de fatores intervenientes. **Rev Sos Bras Clin Med**, v.15, n.3, p.146-149. 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf. Acesso em 03. 04. 2018

SÍMMONDS, Elen Guimarães de Sousa. Fatores determinantes da qualidade de vida no trabalho e motoristas de transporte de cargas em trânsito pela região de Barra das Garças- MT. **Fundação Cultural Dr Pedro Leopoldo**. 2012. Disponível em: http://www.fpl.edu.br/2013/media/pdfs/mestrado/dissertacoes_2012/dissertacao_elen_quimaraes_de_sousa_simmonds_2012.pdf. Acesso em: 03. 03. 2018.

TIMOSSI, Luciana da Silva et al. Adaptação do modelo de Walton para avaliação da qualidade de vida no trabalho. **REV. Da Educação Física/UEM**. Maringá, v.20, n.3, p. 395-405, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/5780>. Acesso em: 18. 06. 2018

QUALIDADE DE VIDA DOS CAMINHONEIROS QUE TRAFEGAM PELA BR 262 NA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICOS: GLEICIELLY DAMASCENO DA SILVA, JOSELY ALVES DA SILVA, LENILDA MARTINS DOS REIS

ORIENTADORA: Profa. Dnt. DEYLIANE APARECIDA DE ALMEIDA PEREIRA

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Idade: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () solteiro () casado () união estável () viúvo () separado

Há quanto tempo está na profissão de motorista? () menos de 1 ano () de 1 a 5 anos () de 6 a 10 anos () mais de 10 anos

PESO: _____

ALTURA: _____

IMC: _____

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO SEGUNDO O MODELO DE WALTON

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito da sua Qualidade de Vida no Trabalho. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Nós estamos perguntando o quanto você está satisfeito(a), em relação a vários aspectos do seu trabalho nas últimas duas semanas. Escolha entre as alternativas e coloque um círculo no número que melhor represente a sua opinião.

Em relação ao salário (compensação) justo e adequado:				
1.1 O quanto você está satisfeito com o seu salário (remuneração)?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
1.2 O quanto você está satisfeito com seu salário, se você o comparar com o salário dos seus colegas?				

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
1.3 O quanto você está satisfeito com as recompensas e a participação em resultados que você recebe da empresa?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
1.4 O quanto você está satisfeito com os benefícios extras (alimentação, transporte, médico, dentista, etc) que a empresa oferece?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Em relação as suas condições de trabalho:				
2.1 O quanto você está satisfeito com sua jornada de trabalho semanal (quantidade de horas trabalhadas)?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
2.2 Em relação a sua carga de trabalho (quantidade de trabalho), como você se sente?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
2.3 Em relação ao uso de tecnologia no trabalho que você faz, como você se sente?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
2.4. O quanto você esta satisfeito com a salubridade (condições de trabalho) do seu local de trabalho?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
2.5. O quanto você está satisfeito com os equipamentos de segurança, proteção individual e coletiva disponibilizados pela empresa?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
Em relação ao uso das suas capacidades no trabalho:				
3.1 Você esta satisfeito com a autonomia (oportunidade tomar decisões) que possui no seu trabalho?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5
3.2 Você está satisfeito com a importância da tarefa/trabalho/atividade que você fez?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

1	2	3	4	5
3.3 Em relação a polivalência (possibilidade de desempenhar várias tarefas e trabalhos) no trabalho, como você se sente?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
3.4 O quanto você está satisfeito com sua avaliação de desempenho (ter conhecimento do quanto bom ou ruim está o seu desempenho no trabalho)?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
3.5 Em relação às situações e a frequência em que ocorrem as demissões no seu trabalho, como você se sente?				
Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
Em relação à integração social no seu trabalho:				
5.1 Em relação à discriminação (social, racial, religiosa, sexual, etc) no seu trabalho como você se sente?				
muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5
5.2 Em relação ao seu relacionamento com colegas e chefes no seu trabalho, como você se sente?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
5.3 Em relação ao comprometimento da sua equipe e colegas com o trabalho, como você se sente?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
5.4. O quanto você está satisfeito com a valorização de suas ideias e iniciativas no trabalho?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Em relação ao constitucionalismo (respeito às leis) do seu trabalho:				
6.1 O quanto você está satisfeito com a empresa por ela respeitar os direitos do trabalhador?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
6.2 O quanto você está satisfeito com o sua Liberdade de expressão (oportunidade dar suas opiniões) no trabalho?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
6.3 O quanto você está satisfeito com seu salário, se você o comparar com o salário dos seus colegas?				

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
6.4 O quanto você está satisfeito com as normas e regras do seu trabalho?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Em relação ao espaço que o trabalho ocupa na sua vida:				
7.1 O quanto você está satisfeito com a influência do trabalho sobre sua vida/rotina familiar?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
7.2 O quanto você está satisfeito com a influência do trabalho sobre sua possibilidade de lazer??				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
7.3. O quanto você está satisfeito com seus horários de trabalho e de descanso?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
Em relação a relevância social e importância do seu trabalho::				
8.1 Em relação ao orgulho de realizar seu trabalho?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
8.2 Você esta satisfeito com a imagem que esta empresa tem perante a sociedade?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
8.3 O quanto você esta satisfeito com a integração comunitária (contribuição com a sociedade) que a empresa tem?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
8.4 O quanto você está satisfeito com os serviços prestados e a qualidade dos produtos que a empresa fabrica?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
8.5 O quanto você está satisfeito com a política de recursos humanos (a for a da empresa tartar os funcionários) que a empresa tem?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE HEMODIALÍTICA SOB A ÓPTICA DO PACIENTE E DO ENFERMEIRO

ACADÊMICAS: ANA RITA MARTINS HUDSON; ELIANE MARTINS MOREIRA;
LUCILENE DA CUNHA ROZA.

ORIENTADORA: Profa. M.Sc. Valéria Maria dos Reis.

LINHA DE PESQUISA: 2. Educação, Ética, Gestão e trabalho em Enfermagem.

RESUMO: O estudo teve como objetivo avaliar as ações de Enfermagem em uma Unidade de Hemodiálise sob a óptica do paciente portador de insuficiência renal crônica e do enfermeiro. A pesquisa foi realizada em uma Clínica de Hemodiálise localizada na Zona da Mata Mineira, por meio de amostra composta por 177 pacientes e três enfermeiros. Aplicou-se um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores subsidiados na assistência de enfermagem ao paciente hemodialítico. Dos pacientes, 59,3% estão na faixa etária de 31 a 60 anos, sendo a maioria do sexo masculino, pardos, casados. Quanto à escolaridade, 61,6% não completaram o Ensino Fundamental. Em relação à doença base, 48,0% possuem hipertensão arterial e 23,2% diabetes mellitus, realizando hemodiálise três vezes na semana. Quanto à assistência de enfermagem, os pacientes afirmam que diariamente é realizado o exame físico. Todos os pacientes também reconhecem a importância da assistência prestada. Dentre os sintomas apresentados na sessão de hemodiálise, 37,9% apresentam cãimbra e 27,7% hipotensão. Os enfermeiros da unidade em questão possuem idade média de 34,0 (DP= $\pm 7,2$) anos, a maioria (66,7%) é do sexo masculino, são brancos e solteiros. Quanto às condições de trabalho, todos têm remuneração maior que um salário mínimo e especialização na área de nefrologia. A maioria (66,7%) realiza histórico de enfermagem todos os dias e exame físico em seus pacientes e identificam que os sintomas apresentados durante as sessões hemodialíticas são: hipotensão (66,7%), náuseas (33,3%), cefaleia (66,7%), câimbras (100,0%), vômitos (33,3%). Conclui-se que o enfermeiro deve sempre estar prestando assistência contínua, embasado na Sistematização de Enfermagem, garantindo, assim, satisfação e aceitação do paciente que está passando por esse processo de tratamento.

Palavras-Chave: insuficiência renal crônica; assistência; enfermagem; hemodiálise

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é considerada um problema de saúde pública já que sua incidência e prevalência só vêm crescendo. O prognóstico é ruim e o custo com o tratamento é muito elevado, considerando-se o desgaste psicológico e social enfrentados pelos pacientes (COSTA, 2015).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no Brasil havia 122.825 pacientes em terapia renal substitutiva. Destes, 83% utilizavam o SUS, sendo a hemodiálise utilizada por 92,1% dos pacientes (SESSO *et.al*, 2017).

Ribeiro (2016a) caracteriza a doença pela perda progressiva e irreversível da função renal, em que não ocorre a eliminação da ureia e creatinina, que são consideradas substâncias tóxicas ao organismo. A IRC é de difícil diagnóstico, uma vez que seus primeiros sintomas aparecem somente depois que a capacidade renal está 25% abaixo do normal, se tornando um problema irreversível.

Após ser diagnosticado com IRC, o paciente tem que iniciar uma terapia renal substitutiva, sendo a mais utilizada a hemodiálise cujo objetivo é realizar a função de filtragem e depuração do sangue, desempenhada anteriormente pelos rins (RIBEIRO, 2016a). Nesse contexto, para Santana *et al.* (2017), o sistema de hemodiálise será composto por três partes, sendo elas: um compartimento de sangue, um de líquido de diálise e uma membrana semipermeável que separa os dois compartimentos.

Segundo Horta e Lopes (2017), a hemodiálise afeta a vida e o cotidiano da pessoa, pois carece de mudança de hábitos e adoção de nova rotina, acarretando, assim, transformações psicológicas, biológicas e sociais no paciente. O paciente que se vê nessa situação irá apresentar limitações físicas para realizar atividades, andar, realizar esforços físicos e carregar peso.

Diante do exposto, é indispensável a atuação do enfermeiro no cuidado com o paciente com IRC, em tratamento hemodialítico, pois a busca constante de implementação de novas estratégias técnicas, educativas e organizacionais irá promover um cuidado integral, seguro e eficiente (RIBEIRO, 2016b).

O cuidado com o paciente em tratamento hemodialítico envolve o incentivo ao autocuidado, fornecimento de informações aos familiares e pacientes sobre o tratamento e suas possíveis complicações, promovendo um local de tratamento seguro e confortável (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, de acordo com Martins e Perroca (2017), é necessário avaliar a assistência de enfermagem ao paciente considerando tanto a visão do paciente quanto a do enfermeiro. Tendo como objetivo principal descrever e analisar os fatores envolvidos nesse processo, buscando compreender toda dimensão do cuidado que demandam considerável tempo e energia dos profissionais.

Diante dessa necessidade de alinhamento entre as percepções do paciente e do enfermeiro, originou-se esta investigação cujo objetivo é avaliar as ações de enfermagem em uma Unidade Hemodialítica sob a óptica do paciente com insuficiência renal crônica e do enfermeiro. Esta pesquisa se propõe a responder as seguintes questões: Qual a visão do paciente e do enfermeiro de uma Unidade de

Hemodiálise em relação ao Processo de Enfermagem? Quais ações são desenvolvidas na unidade para efetivação do autocuidado? Quais são as dificuldades enfrentadas durante esta assistência?

O estudo poderá contribuir para evidenciar o lugar do enfermeiro ao executar o processo de enfermagem para assistência ao paciente com IRC. A finalidade dessa atuação profissional é obter maior vínculo e adesão do paciente e de seus responsáveis durante este processo, garantindo, assim, a integridade física e mental dos envolvidos. Além disso, o estudo em tela poderá contribuir no sentido de incentivar o profissional de enfermagem a adotar e aperfeiçoar esta prática junto aos pacientes.

2) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Nesta seção apresenta-se uma compilação de segmentos de artigos em que autores relatam sobre a importância da assistência de enfermagem prestada aos pacientes com Insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento hemodialítico.

Ribeiro (2016a) fez um estudo com o objetivo de comprovar a importância da assistência de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) sujeitos a hemodiálise e com propósitos específicos detectar os principais problemas pertinentes ao processo patológico da IRC e relatar as etapas da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) voltada ao paciente em tratamento hemodialítico. Trata-se de uma pesquisa realizada à luz da metodologia descritiva, por meio de uma revisão bibliográfica. Os resultados do estudo apontam um papel fundamental no processo do cuidado em pacientes portadores de IRC em hemodiálise.

Otoni *et al.* (2015) buscaram identificar a realidade de uma metodologia de assistência de enfermagem fundamentada no Processo de Enfermagem (PE) na área de nefrologia de um hospital filantrópico de Divinópolis-MG. A metodologia utilizada foi de uma pesquisa descritiva realizada em um setor de nefrologia de um hospital de grande porte. Os resultados desse estudo apontam que não havia assistência de enfermagem baseada no PE naquele setor. Por outro lado, desempenhou-se a elaboração mínima essencial para o preparo do campo para realização da proposta de modificação do modelo assistencial, visando as diretrizes científicas indicadas pelo PE.

Horta e Lopes (2017) elaboraram um estudo de revisão bibliográfica como objetivo de conhecer as complicações do paciente renal crônico sujeito à terapia dialítica e as intervenções do enfermeiro na atenção do cuidado e preparo desse paciente. Seus resultados apontam que o paciente com IRC encontra obstáculos no tratamento dialítico como ausência do conhecimento da doença e suas ocorrências, desconhecimento do tratamento provindo a ter reflexo no ambiente domiciliar, psicológico e social.

Alves, Guedes e Costa (2016) efetivaram um estudo com o objetivo de reconhecer e debater as ações assistenciais do enfermeiro ao paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. Trata-se de uma pesquisa efetuada à luz da metodologia qualitativa em que se fez uma revisão integrativa da literatura científica. Os resultados desse estudo demonstram que existe uma certa positividade do enfermeiro como orientador, trazendo assim bons resultados ao tratamento. Pode-se observar nos resultados uma baixa prevalência na família como cuidadora, levando em conta que este papel é fundamental. Destacam-se as diversas formas do cuidar em Enfermagem favorecendo um maior vínculo ao paciente e família.

Silva e Carvalho Filha (2017) executaram um estudo com o objetivo de identificar relevantes dificuldades na realização da Sistematização de Enfermagem, pelos enfermeiros e as dificuldades de Enfermagem no centro de Diálise do Município de Caxias – MA. Trata-se de uma pesquisa realizada à luz da metodologia quanti-qualitativa, na qual se avaliou a assistência prestada a pacientes dialíticos. Os resultados desse estudo demonstram que os principais obstáculos encontrados pelos enfermeiros em implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) são: sobrecarga das funções; falta de tempo; desinteresse e pouca interação entre os profissionais da instituição, pouco conhecimento sobre a SAE.

Ribeiro (2016b) realizou um estudo com o objetivo de explorar os cuidados de Enfermagem ao indivíduo com IRC presentes na literatura. Trata-se de uma pesquisa realizada à luz da metodologia de revisão integrativa da literatura. Os resultados desse estudo apontam a importância da assistência da Enfermagem referente ao cuidado com o paciente com IRC em tratamento hemodialítico, mostra também que o enfermeiro deve estar sempre atento a progressão da IRC, fornecendo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Diante do exposto, verifica-se que os estudos abordam o processo de enfermagem, entretanto ainda é necessário apontar caminhos que subsidiem o

enfermeiro na implementação dessa ação, buscando uma visão não somente do enfermeiro, mas também do paciente no que se refere à aplicação dos cuidados descritos neste processo.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste tópico constam informações sobre a insuficiência renal crônica e suas formas de tratamento bem como a importância de sua aplicação do processo de enfermagem.

2.2.1 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: CARACTERÍSTICAS E MORBIDADES ASSOCIADAS

Os rins são órgãos pares com formato de feijão, de coloração marrom avermelhada e estão localizados próximos as vértebras T12 e L1. São órgãos retro peritoneais, posicionados mais abaixo que os demais órgãos, sendo possível distinguir que os problemas renais se apresentam com dores no dorso e não no ventre (SBAMPATO 2017).

Conforme Silva e Carvalho Filha (2017) os rins ficam localizados na parte posterior do abdômen e são responsáveis por cerca de 20% do débito cardíaco. Entre as suas principais funções está a de realização da homeostasia e equilíbrio hidroeletrólítico. Os rins possuem uma importante estrutura, denominada néfron, responsável por filtrar e eliminar substâncias tóxicas ao organismo.

Os rins são encarregados pela filtração, absorção e excreção de metabólitos do organismo, sendo constituído por vasos, nervos e cálices que estruturam a pelve renal que é constituída por zona medular e zona cortical. Já os néfrons são formados pelo corpúsculo renal, túbulo proximal, Alça de Henle ascendente e descendente e túbulo distal (LIMA, 2015).

Dessa forma, segundo Porto (2017), os néfrons que fazem parte dos rins terão a função de remover do sangue o excesso de substâncias indesejáveis, tais como a ureia, creatinina, potássio e fósforo. Os néfrons irão filtrar o sangue, selecionar e reter as substâncias que serão necessárias para o organismo, sendo elas: proteínas eletrólitos, glicose, etc. O glomérulo irá filtrar o sangue enquanto o túbulo irá converter o líquido contendo substâncias indesejáveis em urina.

Os rins, uma vez que desempenham o papel de filtração e excreção de substâncias, estarão executando a homeostasia, mantendo assim um equilíbrio

constante do organismo, sendo a homeostasia considerada sua principal função (LIMA, 2015).

Diante disso, segundo Souza (2015), um desequilíbrio na função renal faz com que ocorra diversas complicações no sistema orgânico humano, sendo algumas delas manifestações neurológicas (coma, estupor), cardíacas (hipervolemia, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, arritmias) e de coagulação (sangramentos difusos).

Uma consequência deste desequilíbrio é o desenvolvimento de Doença Renal Crônica (DRC), composta por uma abundância de doenças sistêmicas que danificam os rins, resultando na perda parcial da função renal. Ao ser tratada, pode retardar ou bloquear a perda da função renal (MACHADO e PINHATI 2014).

Ribeiro (2016 a) afirma que, para ser definida como DRC, existem três itens fundamentais: componente anatômico ou estrutural (indicadores do dano renal), funcional (taxa de filtração glomerular) e componente temporal.

Em sua fase final, a DRC é denominada como Insuficiência Renal Crônica (IRC), sendo ela a via final de diferentes doenças do Rim e Trato Urinário. Nesse caso, o rim não é mais capaz de remover os produtos de degradação metabólica ou de realizar sua função reguladora (MACHADO e PINHATI 2014). As principais Doenças Base da IRC são: Diabetes Mellitus, a hipertensão arterial, doenças renais como glomerulopatias, displasia, doença renal policística, infecções urinárias, obstruções e cálculos urinários (LIMA, 2015).

Alves, Guedes e Costa (2016) relatam que a IRC é uma patologia clínica evidenciada pela incapacidade dos rins em praticar suas principais funções, causando acúmulos de substâncias, desenvolvendo assim manifestações cardíacas e neurológicas graves.

O indivíduo em comprometimento renal crônico apresenta complicações de ordem neuromuscular, dermatológica, musculoesqueléticas, gastrointestinais, cardiovascular, hematológica, com destaque aos distúrbios das funções cognitivas, como as alterações da personalidade, do comportamento e alterações psicossociais. (...) Dentre os principais sintomas estão: uremia, fraqueza, mal-estar, edema (ALVEZ, GUEDES E COSTA 2016, p.3907-3921).

Por ser uma doença que leva a perda progressiva e irreversível da função renal, a IRC, quando não diagnosticada precocemente, aumenta as chances de levar o paciente a óbito (SILVA e LIMA, 2016). Para diagnóstico da IRC, observam-se os seguintes parâmetros:

A albumina maior que 30mg/24hs ou relação albiminúria/creatininúria maior que 30mg/g; hematúria de origem glomerular; alterações eletrolíticas ou demais anormalidades tubulares; alterações através de biopsia renal; alterações em exames de imagens na identificação de rins policísticos, hidro nefrose, cicatrizes corticais, sinais de doenças infiltrativas, e estenose na artéria renal (LIMA 2015, p.19).

Ao analisar os parâmetros apresentados acima, a IRC será tratada de acordo com o grau da perda da Função Renal. Diante disso, se o paciente tiver até 10 a 12% da Função Renal será tratado com medicações e uma dieta rigorosa, quando está abaixo desse valor é indicado o tratamento com diálise ou transplante (MACHADO e PINHATI 2014).

Souza (2015) afirma que o tratamento da IRC é feito com a diálise, em duas modalidades básicas, Diálise Peritoneal e Hemodiálise (HD), sendo que neste estudo iremos abordar sobre a hemodiálise.

Dados coletados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) demonstram que 122.825 pessoas estão submetidas a tratamento dialítico, sendo que 83% destes são financiados pelo SUS e somente 17% por seguros privados. O aumento de pacientes com IRC nos últimos cinco anos foi de 31,5%. Em 2016, no Brasil, houve 39.714 mil novos casos (SESSO *et al.* 2017).

Na diálise peritoneal, a superfície do peritônio — que se caracteriza como uma membrana delgada e transparente que encobre todos os órgãos abdominais e as paredes internas do abdômen — atua como superfície de infusão. O líquido estéril específico para a diálise é administrado na quantidade prescrita pelo médico na cavidade abdominal por meio de cateter, fazendo a captação e remoção das substâncias tóxicas presentes no sangue por meio de uma bomba de infusão e osmose (PORTO, 2017).

Para Machado e Pinhati (2014) a hemodiálise é caracterizada por um processo de filtração dos líquidos extra corporais do sangue, realizado por uma máquina, que substitui as funções renais. É fixado cirurgicamente uma fístula arteriovenosa ou um cateter específico na veia, para assim ser realizado o tratamento. Ao longo do processo, parte do sangue do corpo do paciente é retirado pela fístula ou cateter, sendo encaminhado para a linha arterial do dialisador, onde será filtrado e retornará para o paciente por meio da linha venosa.

As máquinas hemodialisadoras são seguras e eficazes por possuírem vários sensores. Os principais dispositivos presentes nas máquinas de diálise são: monitor de pressão do filtro, temperatura, condutividade do dialisato, volume de ultra filtração,

detector de ar, etc (PORTO, 2017). Este sistema é composto por três partes: um compartimento de sangue, um de líquido de diálise e uma membrana semipermeável que separa os dois compartimentos (SANTANA *et al.* 2017).

Para a execução da HD se utiliza, na maioria dos casos, a fístula arteriovenosa (FAV), devido ao fato de ela apresentar resultados mais positivos no que se refere as poucas complicações pós-operatórias. A FAV será confeccionada por meio de um processo cirúrgico, em que irá se unir uma artéria a uma veia permanentemente, permitindo assim que agulhas sejam inseridas dentro do vaso obtendo o fluxo sanguíneo que será processado no dialisador (LIMA, 2015).

Como resultado dessas ocorrências, segundo Bettoni, Ottaviani e Orlandi (2017), a hemodiálise irá interferir no cotidiano do paciente, estabelecendo limitações que afetam aspectos biológicos, psicológicos e sociais, acarretando assim numa ruptura do estilo de vida anterior e criando uma necessidade de adaptação à nova condição.

2.2.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DIALÍTICO

Pacientes submetidos à hemodiálise apresentam perdas e alterações na autoimagem e funções orgânicas, sendo fundamental que o enfermeiro conheça estratégias de adesão ao tratamento, em que essas informações serão a base para a Enfermagem auxiliar na adaptação do cliente. É importante sempre fornecer todas as informações necessárias para o autocuidado e a prática de exercícios físicos, sendo que essas estratégias proporcionam maior adesão ao tratamento por meio da obtenção de hábitos saudáveis (HORTA e LOPES, 2017).

Conforme Santana *et al.* (2017), a qualidade de vida se refere à percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto de cultura e no sistema de valores, em relação a seus planos, seus padrões e suas preocupações. Perante isso, muitos pacientes abandonam o tratamento hemodialítico ou negligenciam os cuidados que deveriam ter devido à falta de conhecimento e percepção quanto ao seu novo estilo de vida, desconhecendo que pode se obter qualidade de vida mesmo com a doença.

Diante desse cenário, percebe-se a importância da assistência de Enfermagem junto ao paciente em tratamento hemodialítico, isso porque esse profissional é responsável desde a chegada do paciente até cuidados com a fistula ou cateter enquanto o paciente dialisa, além de ajudá-lo na compreensão das mudanças no seu estilo de vida (RIBEIRO, 2016 a).

Conforme Lima (2015), o enfermeiro deve realizar planos de cuidados, pois assim estará prestando serviço individualizado e de qualidade. Para isso, é fundamental a capacitação do enfermeiro frente a este cuidado, além da colaboração do paciente, alcançando assim o resultado esperado.

Percebe-se que a qualidade assistencial é vista como um processo difícil que requer da equipe de Enfermagem maior atenção para realizar o cuidado com o paciente. Portanto, o enfermeiro deve identificar em que aspectos podem ocorrer melhorias e o que está dificultando esse cuidado, elaborando, assim, ações e implementações de instrumentos que venham a favorecer e avaliar de forma sistemática os níveis de qualidades prestada ao paciente (SILVA, MARINI e SILVA, 2016).

Silva e Lima (2016) relatam, ainda, que o cuidado de Enfermagem para a qualidade de vida do paciente, além de oferecer melhores condições para o enfrentamento da doença, irá prevenir complicações que são responsáveis pelo alto índice de óbitos, diminuindo também o sofrimento físico e psicológico dos familiares.

Dada essa percepção sobre a importância da assistência de Enfermagem no campo de atenção ao paciente dialítico, segundo Silva e Carvalho Filha (2017), é essencial a utilização do Processo de Enfermagem que se caracteriza por uma ferramenta tecnológica exclusiva do enfermeiro, que, primeiramente, irá identificar, por meio da história de Enfermagem, o problema para, em seguida, realizar a formulação de um diagnóstico, além da identificação e averiguação das necessidades do paciente, oferecendo, assim, um controle para possíveis intervenções.

O processo de Enfermagem é a maior apresentação do método científico da profissão, sendo orientado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), permitindo identificar as prioridades de cada paciente, quanto às suas necessidades (OTONI *et al.* 2015). Para Aguiar e Guedes (2017) o processo de Enfermagem está estruturado nas seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Intervenções e Avaliações.

A resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 358/2009 Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (BRASIL, 2009).

Esta resolução descreve que a SAE é atividade privativa do enfermeiro em que se utiliza métodos e estratégias de trabalho científico para identificação das situações de saúde-doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam

contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Relata, ainda, que incube ao enfermeiro privativamente: a implantação, o planejamento, a organização, a execução e a avaliação do Processo de Enfermagem (SILVA e SILVA 2018).

Ribeiro (2016a) explicou detalhadamente a função de cada etapa do processo de Enfermagem dentro da hemodiálise, sendo a história de Enfermagem importante para que se avalie os distúrbios e a situação apresentada pelo paciente no intuito de intervir avaliar os sintomas. Já o diagnóstico de Enfermagem, se baseia em buscar atender às necessidades relatadas de cada pacientes. Na prescrição de Enfermagem, o enfermeiro deve intervir junto ao público hemodialítico como educador e incentivador, transmitindo segurança e apoio quando preciso para os pacientes. A avaliação será feita de modo que o enfermeiro busque mudanças frente as respostas do paciente, identificando se as ações e intervenções foram eficazes, ou se há necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas anteriores.

Portanto, pode-se observar, segundo Otoni *et al.* (2015), que a SAE vem sendo cada vez mais gratificada e inserida dentro das instituições de saúde por se tratar de um processo que segue essas cinco etapas descritas anteriormente. Um ambiente de bom relacionamento e atividades organizadas oferecem um plano que visa monitorar efeitos advindos da filtragem sanguínea e complicações resultantes da doença, com a finalidade de aumentar as ações educativas de recuperação, prevenção e tratamento, em que se observa a importância da Enfermagem dentre as variadas intervenções.

3. METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, buscando salientar a importância do processo de enfermagem ao paciente com IRC, trazendo uma visão tanto dos enfermeiros quanto dos pacientes. Para Gil (2008), a pesquisa descritiva visa a descrição de características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Além disto, engloba o uso de técnicas padronizadas para coletar os dados, tais como questionário e observação sistemática.

O estudo foi realizado em uma Clínica de Hemodiálise localizada na cidade de Manhuaçu, Zona da Mata do Estado de Minas Gerais. O número de pacientes atendidos pela Clínica é de 218, destes pacientes, 209 estão sob tratamento

hemodialítico. A amostra do presente estudo contou com o total de 177 pacientes presentes no dia e no horário de aplicação dos questionários. A clínica atende a pacientes de toda regional, possuindo, assim, pacientes de variadas cidades, todos financiados pelo SUS. Para resguardar a identidade dos pesquisados e da Clínica, estes não foram identificados.

Os pacientes estão sob os cuidados de 4 enfermeiros: um enfermeiro Responsável Técnico e os outros três trabalhando em turnos alternados, atendendo aproximadamente 30 pacientes. No entanto, nos dias da coleta de dados, um deles estava em férias. Para a seleção dos enfermeiros, foi observado o fato de haver experiência em dar assistência aos pacientes sob cuidados hemodialíticos.

A coleta de dados foi realizada nos dias 4 e 5 de abril. Para obtenção dos dados, foi aplicado um questionário contendo 16 questões de múltipla escolha, com a autorização da equipe administrativa da clínica, abordando sobre histórico do paciente e do enfermeiro na clínica, dados socioeconômicos e aspectos relacionados à importância dos cuidados prestados pelo enfermeiro. O instrumento foi elaborado pelas pesquisadoras.

A aplicação do questionário foi realizada durante o turno em que os enfermeiros trabalham na clínica e enquanto os pacientes realizavam hemodiálise. Os pesquisados foram informados dos objetivos do estudo e a participação foi concretizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este seguiu as especificações da Lei 466/12 (BRASIL, 2012) que trata das pesquisas envolvendo seres humanos, resguardando-lhe o anonimato e autonomia de recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra de estudo.

Após a coleta de dados, estes foram tabulados no *Microsoft Excel*, versão 2010, por meio de estatística descritiva, de frequência relativa, e por análise inferencial (comparação dos sentimentos quanto ao tratamento por sexo). Desses dados foram geradas tabelas que orientaram a escrita da parte de resultados e discussão desse estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este trabalho procurou avaliar as ações de enfermagem em uma Unidade Hemodialítica, tendo como foco a óptica do paciente e do enfermeiro. Assim, na tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas das amostras investigadas.

Tabela 1: Características sociodemográficas de pacientes em tratamento hemodialítico e enfermeiros que atuam no setor de Hemodiálise na Zona da Mata Mineira. 2018.

Indicadores sócio demográficos	Pacientes (N=177) (%) Pacientes	Enfermeiros (N=3) (%) Enfermeiros
Sexo		
Feminino	48,6	33,3
Masculino	51,4	66,7
Cor/raça		
Negro	33,3	-
Branco	24,9	66,7
Pardo	41,8	33,3
Nível de Escolaridade		
Nenhum	13,5	-
Ensino Fundamental Incompleto/Completo	71,2	-
Ensino Médio Incompleto/Completo	10,2	-
Ensino Superior Incompleto/ Completo	5,1	-
Estado civil		
Casado	55,9	33,3
Solteiro	29,9	66,7
Viúvo	14,1	-
Renda Individual		
Um Salário	67,2	-
Mais de Um Salário	19,8	100,00
Menos de Um Salário	2,3	-
Não possui	10,7	-

Fonte: Dados Coletados Pelos Autores da Pesquisa

Foram entrevistados 177 pacientes em tratamento hemodialítico em uma clínica situada na Zona da Mata Mineira. Os pacientes possuem idade média de 54,54 (DP= \pm 16,75) anos, sendo que 58,2% possuem idade maior que 50 anos, destes 32,8% são idosos. De acordo com Santos *et al.* (2015) a prevalência de idosos pode ser explicado pelo fato de que, com o passar dos anos, ocorre uma diminuição frequente e progressiva da capacidade do organismo em manter seu equilíbrio homeostático. Além disso, Xavier *et al.* (2014) apontam que esse predomínio de pacientes com IRC, nesta faixa etária, deve-se, também, à alta prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nessa clientela

A maioria dos pacientes são do sexo masculino (51,4%), resultado este que poder comparado a vários estudos como, por exemplo, o de Muniz *et al.* (2015) que demonstra a prevalência no sexo masculinos nas clínicas de hemodiálise. Ainda de acordo Lima (2015), o sexo pode ser considerado um fator de risco aditivo para progressão da IRC e outros tipos de doenças renais, pois geralmente a incidência será maior em homens do que em mulheres.

No que se refere à cor/raça, 41,8% são pardos e 33,3% negros. Essa alta ocorrência pode ser explicada pelo fato de a raça negra e parda apresentarem prevalência na hipertensão arterial duas vezes maior em indivíduos de cor não branca,

sendo a HAS umas das principais causas que levam o paciente necessitar de Hemodiálise (SANTOS *et al* 2015).

Em relação à escolaridade, 13,5% não possuem nenhuma escolaridade. De acordo com Marinho *et al.* (2017), pessoas com nível de escolaridade mais baixo podem sentir fortemente o impacto da doença em suas atividades ou, ainda, podem não aderir ao tratamento ou realizá-lo inadequadamente. A autora ainda relata que os estudos não influenciam no desenvolvimento da doença renal crônica, porém, a baixa escolaridade pode interferir na adesão e realização adequada do tratamento bem como na qualidade de vida, uma vez que envolve o acesso à educação em saúde e representa dificuldades no entendimento das orientações realizadas pelos profissionais.

Diante disso, Santos *et al.* (2015) reiteram que é indispensável para o enfermeiro conhecer as características educacionais do paciente, especialmente para adequar à comunicação e ao esclarecimento de dúvidas, bem como explicar sobre o procedimento, buscando sempre uma linguagem acessível ao nível educacional das pessoas.

Referente ao estado civil, 55,9% são casados. De acordo com Aguiar e Guedes (2017), a presença da família torna-se um papel fundamental para o paciente sob cuidados hemodialíticos, pois ajuda na adesão ao tratamento, na aceitação da doença e em todas as mudanças que ocorrem durante o processo.

Quanto à renda mensal individual, 67,2% recebiam pelo menos um salário mínimo. Aguiar e Guedes (2017) afirmam que a renda familiar pode estar atrelada à aposentadoria decorrente da doença e/ou o recebimento de benefício pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A Clínica de Hemodiálise do estudo atua com quatro enfermeiros: um deles é o Enfermeiro Responsável Técnico e os outros três são responsáveis por cada turno existente na clínica. Nos dias da entrevista, um dos enfermeiros estava em férias, portanto foram entrevistados somente três enfermeiros.

Os enfermeiros possuem idade média de 34,00 (DP= \pm 7,21) anos. A maioria (66,7%) é do sexo masculino, são brancos, solteiros. Oliveira (2016) em sua pesquisa verificou que existe predominância dos profissionais de Enfermagem na área de Hemodiálise com idade de 21 aos 40 anos, o que pode ser comprovado no presente estudo.

Em relação ao sexo, os dados destoam dos artigos estudados. Lucena *et.al* (2017), por exemplo, relatam a predominância do sexo feminino na área de Enfermagem. Já Aquino (2016) ressalta que, com o passar do tempo, a Enfermagem tem sido escolha profissional para os homens, uma vez que estão se dedicando à prática do cuidar.

Após demonstrar as características sociodemográficas dos pacientes e enfermeiros, os dados a seguir apresentam características e a forma de tratamento da Insuficiência Renal Crônica, sob a ótica dos pacientes em cuidados Hemodialíticos. A figura 1 apresenta a doença base da amostra investigada.

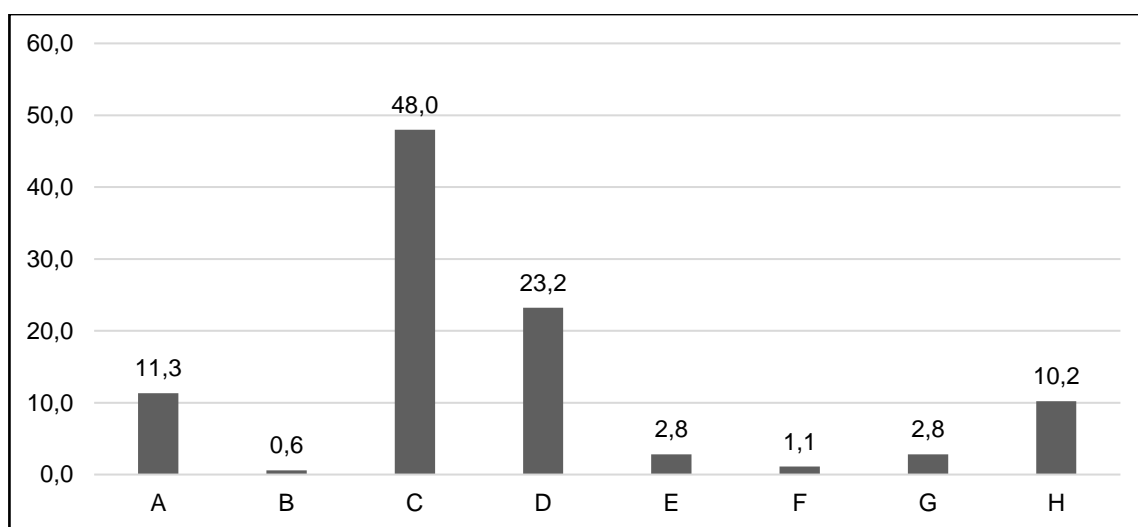


Figura 1: Doença base em pacientes sob cuidados hemodialíticos em uma Clínica situada na Zona da Mata Mineira, 2018, expressos em valores percentuais.

Legenda: A – Glomerulonefrite; B – Piolonefrite; C – Hipertensão; D – Diabetes; E – ITU; F – Cálculos; G – Outros; H - Não Soube Informar

Fonte: Dados coletados pelos autores da pesquisa

Os 177 pacientes foram questionados sob as doenças que já tiveram ou que ainda possuem e que podem ter sido a causa base do desenvolvimento da IRC. Pelas respostas, observou-se que 48,0% relatam possuírem Hipertensão Arterial e 23,2% Diabetes. Bastos (2016) informa que 35,8% dos pacientes que fazem dialise no Brasil possuem como doença base a Hipertensão e 25,7% Diabetes.

Portanto, é necessário, conforme Ferreira (2015), a busca ativa de pacientes que se encaixem nos fatores de risco para desenvolvimento da Hipertensão e Diabetes e fazer com que eles tenham uma melhor aderência ao tratamento de tais patologias. Isso pode ser alcançado por meio da implementação dos cuidados prestados, visando uma mudança de comportamento, evitando assim o surgimento da IRC.

A tabela 2 apresenta informações sobre o tratamento da IRC em pacientes.

Tabela 2: Informações sobre o tratamento da Insuficiência renal crônica em pacientes sob cuidados hemodialíticos em uma Clínica situada na Zona da Mata Mineira, 2018.

Variável	Pacientes (n=177) % Pacientes
Tempo de Tratamento	
Menos de um ano	23,7
Menos de 3 anos	22,0
Menos de 5 anos	18,6
Menos de 10 anos	20,9
Mais de 10 anos	14,7
Perspectiva para transplante	
Sim	44,6
Não	55,4
Primeira vez na unidade	
Anamnese detalhada	72,9
Somente apresenta a unidade	5,1
Só fui orientado quanto o tratamento	22,0
Acolhimento do enfermeiro	
Pergunta sobre o estado de saúde	95,5
Só te encaminha para o local	4,5
Contato com enfermeiro	
Todo o momento, atencioso	87,6
De hora em hora, sempre eficaz	10,2
De hora e hora, visita rápida	0,6
Raramente, porém eficaz	1,7

Fonte: Dados coletados pelos autores da pesquisa

No que tange ao tempo em que estão em tratamento hemodialítico, pode-se observar que 64,3% dos pacientes estão há menos de 5 anos sobre tratamento e fazem hemodiálise três vezes na semana, dados que corroboram com Pereira (2017).

Quando questionados sobre perspectiva de transplante, 55,4% não tinham mais interesse em realizar, usando como justificativa não possuírem mais idade para ficarem na fila para transplante. Mendonça e Anselmo (2014) relatam que existem mais de 30.126 pacientes na fila de espera para transplante, o que pode ser um fator responsável pelo baixo interesse pela sua realização.

Os pacientes com IRC são orientados quanto ao tratamento assim que é confirmado o diagnóstico. O enfermeiro deve sempre buscar adequar-se ao grau de desenvolvimento do paciente por meio da coleta de dados sobre sua história de vida pregressa e sua expectativa diante do tratamento que se inicia, ou seja, a realização de uma Anamnese detalhada (OLIVEIRA e SOARES, 2014). Esse fato foi comprovado na pesquisa quando se questionou sobre o primeiro contato com o enfermeiro.

Segundo os dados obtidos, 72,9% dos pacientes relataram que, ao iniciar o tratamento, o enfermeiro fez uma anamnese detalhada sobre sua vida, condições sócio econômicas e história pregressa. Os outros 22,0% que responderam serem somente orientados quanto ao tratamento são pacientes mais antigos na clínica, mencionando que antes não havia este tipo de atendimento.

Em relação ao acolhimento do enfermeiro ao chegarem para fazer hemodiálise, 95,5% relatam que o enfermeiro pergunta como passaram o dia anterior, se não houve nenhuma intercorrência. Oliveira *et al.* (2017) mencionam que o enfermeiro deve estar sempre em contato com o paciente, estabelecendo um elo de confiança por meio do vínculo terapêutico, com uma visão não somente enquanto o paciente está sob seus cuidados.

Os pacientes foram unânimes na resposta (100%) quando questionados se há a realização do exame físico neles. Relataram, ainda, que o consideram essencial e que é realizado todos os dias. A importância do exame físico reflete, segundo Silva, Marini e Silva (2016), nas complicações que podem ser evitadas quando realizado frequentemente, complicações estas que podem ser extremamente graves e até fatais. O exame físico, portanto, faz com que o enfermeiro possua um olhar holístico, identificando e observando precocemente tais complicações.

Durante a sessão de Hemodiálise, o enfermeiro deve estar sempre presente e fazer o possível para tornar o ambiente mais confortável e adequado desde o preparo do local como o gerenciamento da máquina e mistura de fluidos até a monitorização dos sinais vitais (FRAZÃO *et al.* 2014). Diante disso, pode-se observar que a assistência está sendo prestada de maneira eficaz, uma vez que, ao serem questionados sobre a relação paciente enfermeiro, 87,6% relatam que o enfermeiro está a todo tempo prestando assistência. Apenas 0,6% afirma ser diferente, alegando que o enfermeiro aparece para vê-los, porém de forma bem rápida.

Os pacientes relataram também sobre os sentimentos e sintomas durante o tratamento, o que pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3: Sentimentos e sintomas durante o tratamento da Insuficiência renal crônica em pacientes sob cuidados hemodialíticos em uma Clínica situada na Zona da Mata Mineira, 2018.

Variável	Pacientes (n=177) % Pacientes
Sentimentos por estar fazendo hemodiálise	
Normal	44,1
Impotente	7,9
Desânimo	11,3
Ansiedade	13,0
Solidão	1,7
Angustia	5,1
Fraqueza	16,9
Sintomas mais frequentes	
Hipotensão	27,7
Náuseas	5,1
Cefaleia	14,1
Prurido	5,6
Câimbras	37,9
Vômitos	1,7
Dor torácica	6,8
Febre e calafrios	1,1

Fonte: Dados coletados pelos autores da pesquisa

Em relação a seus sentimentos, 44,1% relatam se sentirem normal por estar passando por esse tipo de tratamento, o que demonstra aceitação, e apenas 11,3% se sentem desanimados.

Maciel *et al.* (2015) explicam este resultado ressaltando que, com o decorrer do tempo, os pacientes passam a ter uma visão melhor quando se trata de possuírem IRC e terem que fazer hemodiálise. Assim, observa-se que eles veem as máquinas hemodializadoras como item essencial para preservação de suas vidas, fornecendo-lhes uma maior sobrevida. Esta percepção se deve também à equipe multiprofissional que fornece apoio ao paciente, fazendo-o reconhecer a doença e a importância da hemodiálise para sua nova forma de vida.

No que tange as complicações apresentadas durante a sessão de hemodiálise, 37,9% relatam ter muita câimbra e 27,7% hipotensão. A câimbra ocorre geralmente no fim das sessões de hemodiálise e predomina nos membros inferiores, sendo causado geralmente pelo *déficit* de cartinina associada ao desequilíbrio entre ultra filtração e preenchimento vascular (DEUS *et al.* 2015). Já a hipotensão, de acordo com Ribeiro (2016a), pode ser causada por excesso de sódio e líquido que o paciente possuía antes de ser submetido à sessão. Portanto, ao ser retirado esse excesso, ocorrem essas crises.

Em completude a essas informações, foi realizada uma análise inferencial comparando os sentimentos quanto ao sexo (tabela 4).

Tabela 4: Comparação quanto ao sexo e sentimentos em relação ao tratamento hemodialítico em uma Clínica situada na Zona da Mata Mineira, 2018.

Sentimento	Feminino (%)	Masculino (%)
Normal	41,0	59,0
Impotência	35,7	64,3
Desânimo	60,0	40,0
Ansiedade	47,8	52,2
Solidão	100,0	-
Angustia	88,9	11,1
Fraqueza	50,0	50,0

Fonte: Dados Coletados Pelos Autores da Pesquisa

Na análise inferencial, verificou-se que houve diferenças estatisticamente significantes ($p=0,046$) quando comparados os sentimentos entre os sexos. Ao longo do trabalho, pode-se observar, de acordo com os resultados, que o indivíduo com IRC que se encontra em tratamento hemodialítico apresenta comprometimento em diversos aspectos relacionados à saúde física e mental, ao bem-estar, ao convívio em sociedade, à funcionalidade e à independência. Isso gera, na maioria dos casos, limitações para realizar as atividades de vida diária devido às alterações impostas pela própria doença e também pelo tratamento, causando os sentimentos descritos acima (BEZERRA 2017).

Nesse aspecto, torna-se relevante, quando analisados ambos os sexos, observar que se apresentam impactos distintos para sua qualidade de vida ao se depararem com uma mudança drástica no seu cotidiano (LOPES *et.al*, 2007).

Cabe destacar os resultados obtidos referente às mulheres, uma vez que apresentaram sentimentos negativos mais predominante em relações aos homens como: desânimo (60,0%), solidão (100%) e angústia (88,9%). Esses sentimentos podem ser justificados pelo fato de a mulher ser considerada como a principal cuidadora do lar e de sua família e a Terapia Renal Substitutiva pode representar quebra desses laços. Além disso, a questão da autoimagem pode também ser afetada, contribuindo assim para surgimento desses sentimentos negativos, favorecendo uma perda de sua identidade individual e social (GOMES *et.al* 2018) .

No que se refere aos sentimentos mais prevalentes nos homens, podemos destacar: impotência (64,3%) e ansiedade (52,2%). Dados que se justificam quando nos referimos ao papel imposto ao homem pela sociedade, que é de provedor da família, estando sempre trabalhando para seu sustento e de seus familiares. Assim, o abandono da sua profissão e a quebra em sua rotina resultam em prejuízos na sua identidade e valores, principalmente em seu papel social (SOUZA *et.al* 2015).

Ao analisar esses dados, verifica-se a importância dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, terem conhecimento desses sentimentos negativos que rodam os pacientes, assim buscando compreender a realidade e a vivência de cada paciente, avaliando suas condições físicas, emocionais e cognitivas, com a finalidade de elaborar um plano de cuidado individualizado que oportunize um enfrentamento satisfatório da doença (GOMES *et.al* 2018).

Diante desse quadro de saúde, é indispensável o acompanhamento do enfermeiro e da família, o que pode ser observado na tabela 5 que trata acerca da percepção sobre essa assistência.

Tabela 5: Informações de enfermagem e acompanhamento da família durante o tratamento da Insuficiência renal crônica em pacientes sob cuidados hemodialíticos em uma Clínica situada na Zona da Mata Mineira, 2018.

Variável	Pacientes (n=177) % Pacientes
Intervenções de Enfermagem	
Faz um acompanhamento contínuo	79,7
Faz visita em hora em hora	19,8
Faz as devidas intervenções, só não retorna	0,6
Orientações de Enfermagem	
Sim, orientações eficazes	98,3
Sim, porém não sigo	0,6
Não ocorre este tipo de assistência	1,1
Plano Terapêutico	
Sim, explica claramente	89,3
Sim, deixa informações vagas	1,1
Não ocorre está assistência	9,6
Participação familiar (Dúvidas)	
Sim, ele explica claramente	76,8
Sim, deixa informações vagas	2,3
Não ocorre	20,9
Feed Back quanto sua assistência	
Sim, está sempre buscando nossa opinião	87,6
Não há esse tipo de ralação	12,4
Importância da Assistência de Enfermagem	
É muito importante	92,7
É importante	7,3

Fonte: Dados Coletados Pelos Autores da Pesquisa

Quando apresentaram tais intercorrências, 79,7% dos pacientes afirmam que o enfermeiro faz um acompanhamento contínuo até sua melhora e apenas 10,56% afirmam que o enfermeiro orienta, faz as devidas intervenções, porém não retorna para saber se houve melhora (tabela 5). Faz-se necessário que a equipe de enfermagem tenha sua atenção voltada ao paciente durante a sessão de hemodiálise,

tendo como prioridades verificação dos sinais vitais, administração dos medicamentos prescritos, dando orientações e aconselhamentos, evitando que o quadro do paciente se agrave (SILVA, MARINI e SILVA 2016).

Diante disso, Oliveira e Soares (2014) ressaltam que é de suma importância que o enfermeiro oriente de forma adequada o paciente pois cabe a ele passar informações necessárias, esclarecendo dúvidas e elucidando evidências e precauções para se evitar complicações. Dos pacientes da clínica, 98,3% afirmam que o enfermeiro fornece orientações e as mesmas são bastante eficazes e 1,1% não condiz com a opinião do restante.

Quando um paciente inicia uma terapia renal substitutiva, ocorrem diversas mudanças no seu cotidiano, na alimentação, na ingestão de líquidos, nos cuidados com a fistula, entre outros. Diante disso, o enfermeiro deve elaborar um plano terapêutico a fim de buscar maior adesão ao tratamento e evitar intercorrências (BASTOS 2016). Observa-se que, durante a assistência de Enfermagem na clínica, 89,3% dos pacientes relatam ter e seguir um plano terapêutico, e apenas 1,1% relatou que o enfermeiro às vezes deixa algumas informações vagas.

Sabe-se da importância da família para o apoio e melhor adesão do paciente ao tratamento. Diante disso, 76,8% dos pacientes afirmam que o enfermeiro fornece informações e explica sobre o seu tratamento para seus familiares, já 20,9% relataram que não ocorre esse tipo de assistência, muitas vezes por falta de interesse da família em participar do processo.

O enfermeiro, por estar em contato direto com o paciente e a família, deve fornecer informações sobre a patologia que o paciente possui, suas consequências e limitações, buscando sempre explicar sobre o tratamento à família, para que a ela auxilie nesse processo de saúde-doença (OLIVEIRA *et al.* 2017).

Quando questionados se o enfermeiro busca um *feedback* em relação ao tratamento, 87,6% dizem que o enfermeiro busca saber sua opinião e 12,4% relatam que não ocorre esse tipo de assistência. Para Alves, Guedes e Costa (2016), é importante que se criem mecanismos que ajudem a enfrentar os desafios enfrentados durante a sessão de hemodiálise, buscando sempre um *feedback* do paciente, originando ações focadas nas necessidades do paciente e não somente no aspecto patológico.

Por fim, quando interrogados sob a importância que veem na assistência de Enfermagem em seu tratamento, 92,7% concordam que é muito importante esta

assistência e que o enfermeiro está sempre presente, fornecendo orientações sobre prevenção e promoção de sua saúde e 7,3% acham que eles deveriam ser mais presentes.

A assistência de Enfermagem envolve uma ação recíproca que deve ser criada na dimensão ética entre o enfermeiro e paciente, em que se faz necessário que o enfermeiro esteja capacitado para fornecer uma qualidade de vida e tratamento (OLIVEIRA *et al.* 2017).

A tabela 6 apresenta as características e a forma de tratamento da IRC, sob a ótica dos enfermeiros, tendo como base as fases do Processo de Enfermagem apresentadas no questionário.

Tabela 6: Formação e atuação dos Enfermeiros que trabalham na clínica de Hemodiálise localizada na Zona da Mata Mineira, 2018.

Variável	Enfermeiros (n=3) %
Tempo de Trabalho	
1 ano	33,3
3 anos	33,3
Mais de cinco anos	33,3
Horário de Trabalho	
Diurno	66,7
A Tarde	33,3
Evolução do Paciente (Frequência)	
Todos os dias	66,7
Uma Vez na Semana	33,3
Exame físico (frequência)	
Todos os dias	33,3
Sempre que Possível	66,7
Sintomas apresentados pelos pacientes	
1 sintoma	33,3
3 sintomas	33,3
5 sintomas	33,3
Diagnósticos de Enfermagem	
1 Diagnóstico	33,3
2 Diagnósticos	66,7
Prescrições de Enfermagem	
Muito boa, seguem as orientações	33,3
Boa, porém não realiza algumas	66,7
Proximidade com a Família	
Boa, esclarece as dúvidas	66,7
Boa, mas necessita de orientações	33,3

Fonte: Dados Coletados Pelos Autores da Pesquisa

Quanto às condições de trabalho, todos têm remuneração maior que um salário mínimo, mais de cinco anos de formação e especialização na área de nefrologia.

Oliveira (2016) identificou características semelhantes quanto ao estado civil e renda dos profissionais. Este último pode ser decorrente do piso salarial nacional existente e também pela responsabilidade e experiência que a área exige no cuidado ao paciente. Oliveira, Silva e Assad (2015) informam que é possível obter título de especialista em nefrologia após cursar uma pós-graduação em nefrologia ou comprovar que atua na área por mais de cinco anos, além de realizar uma avaliação teórica.

No que diz respeito ao atendimento aos pacientes, ocorrem predominantemente no período matutino e não há um único responsável por eles. Cabe destacar que apenas um profissional possui tempo de atuação na clínica superior a cinco anos. O tempo de experiência na área de nefrologia é importante, uma vez que ela permite ao enfermeiro ter domínio técnico e teórico específico sobre sua atuação, gerando assim uma melhoria na qualidade de assistência (SILVA, DALBELLO e COSTA, 2016).

Outro fator que influencia no atendimento ao paciente é o turno de trabalho. Prestes *et al.* (2014) afirmam que a prática do trabalho da Enfermagem em um serviço de hemodiálise é realizada em turnos, gerando necessidade de os trabalhadores desenvolverem as atividades em um determinado espaço de tempo. Tal situação merece atenção, pois há procedimentos que precisam ser realizados diariamente e, dessa forma, a repetição de tarefas somada ao número de pacientes atendimentos pode acarretar erros técnicos. Em contraponto, há interajuda devido a não separação dos pacientes. Este contato permite uma melhor avaliação do cuidado que está sendo prestado, realizar possíveis intervenções, traçar metas, realizar atividades, sempre buscando melhoria no processo de cuidar (AGUIAR e GUEDES, 2017).

Todos declaram que possuem conhecimento e prática em relação ao processo de enfermagem e conhecem a história de vida do paciente. Segundo Carvalho e Barcelos (2017), atualmente, no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), vigora a Resolução N° 358 de 2009 que norteia o processo de Enfermagem, a fim de direcionar sua implementação tanto no âmbito público quanto no privado, utilizando-se cinco etapas: Histórico, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação.

O processo de Enfermagem possibilita detectar as prioridades de cada paciente, buscando por meio dele atender a suas necessidades e guiar possíveis intervenções, sendo de indispensável o enfermeiro ter conhecimento deste processo

dentro da área de nefrologia, uma vez que ele é responsável pela monitorização, orientação, detecção e intervenções de Enfermagem, tornando possível prestar uma assistência humanizada (OTONI *et al.*, 2015).

A maioria (66,7%) realizam anotações da evolução de seus pacientes e realiza o exame físico todos os dias. Na evolução de enfermagem, é feita uma coleta e análise detalhada e sequenciada das informações importantes à saúde do paciente. O enfermeiro deve retornar aos dados coletados sempre que achar necessário, sempre analisando-os e acrescentando novos dados (RIBEIRO, 2016a).

Quanto ao exame físico, é importante que seja realizado de maneira eficaz e completa, seguindo os métodos propedêuticos, inspeção, palpação, percussão e ausculta. Segundo Ribeiro (2016) deve ser realizado antes de todas as sessões de hemodiálise, evitando assim intercorrências, já que a pessoa com IRC pode apresentar diversas alterações durante as sessões, principalmente diabéticos e hipertensos.

No que se refere às complicações mais frequentes durante as sessões de hemodiálise, os sintomas apresentados pelos pacientes são: hipotensão (66,7%), náuseas (33,3%), cefaleia (66,7%), câimbras (100,0%), vômitos (33,3%). Esses resultados corroboram com Aguiar e Guedes (2017), que mostraram que dentro do setor de hemodiálise é comum encontrar pacientes com sintomas e intervenções de Enfermagem semelhantes, uma vez que os pacientes possuem a mesma causa de doença base.

Diante disso, o enfermeiro deve agir de forma educativa e preventiva a fim de evitar que tais sintomas apareçam durante as sessões, mas, caso aconteçam, deve-se intervir e monitorar o paciente, além de ter conhecimento dos efeitos advindos da filtragem sanguínea (SILVA, MARINE e SILVA 2016), o que pode ser observado no presente estudo.

Em conformidade com Oliveira, Silva e Assad (2014), o enfermeiro deve identificar e tratar as complicações identificadas durante e após o procedimento hemodialítico. Além disso, segundo Ribeiro (2016), deve realizar a monitorização dos sinais vitais, administração de medicação como analgésicos e anti-hipertensivos, oxigenoterapia e prestar orientações quanto ao peso. Adicionalmente, dar informações quanto à mudança de posição, monitorização da sensibilidade dolorosa, avaliação do nível de consciência e aporte emocional.

Identificou-se, em diversos artigos, predominância de alguns Diagnósticos de Enfermagem, em pacientes hemodialíticos, como o do autor Ribeiro (2016), com base nestes diagnósticos os enfermeiros da pesquisa identificam em seus pacientes ansiedade, baixa autoestima, conforto prejudicado e conhecimento deficiente. Ainda em conformidade com Ribeiro (2016), o diagnóstico de Enfermagem é uma ferramenta indispensável no tratamento hemodialítico individual, buscando sempre atender às necessidades de cada paciente. No diagnóstico, o enfermeiro poderá propiciar critérios apreciáveis para avaliar a assistência proposta, obter suporte e controle ao cuidado, realizar a pesquisa e ensino, além de incentivar o paciente a participar do tratamento e plano terapêutico, contribuindo para o aumento de um instrumento de conhecimento próprio para o enfermeiro.

De acordo com Ribeiro (2016), o enfermeiro identifica os problemas apresentados pelos pacientes, quais necessidades básicas foram afetadas e grau de dependência, buscando realizar um julgamento clínico a respeito das respostas do indivíduo, da família e da comunidade.

Após identificar tais aspectos, todos os enfermeiros relatam que fazem as devidas intervenções voltadas ao processo de Enfermagem e prestam assistência contínua ao paciente. Para Ribeiro (2016), o enfermeiro, ao identificar problemas psicológicos e sociais decorrentes do tratamento, deve intervir e estimular o indivíduo a ser independente e a retomar seus interesses anteriores, com visão em suas limitações. Diante disso, observa-se que o cuidado e a atenção ao identificar tais diagnósticos requerem sensibilidade, empatia e engajamento dos profissionais para sua identificação, garantindo sempre uma melhor adesão ao tratamento.

Os enfermeiros relatam que o retorno dos pacientes em relação às prescrições de Enfermagem é boa (66,67%), embora alguns deles não realizem todas as orientações. No que se refere a Prescrições de Enfermagem, o enfermeiro deve traçar estratégias educando o paciente, tendo em vista a melhoria do tratamento dialítico, sendo assim ao realizar um plano de cuidado para o paciente é necessário que haja empenho e atenção integral, tanto do enfermeiro quanto do paciente (RIBEIRO, 2016).

No que tange a proximidade com a família do paciente, os enfermeiros relatam que buscam inclui-los no tratamento e consideram muito boa (66,67%) a proximidade para fornecimento das orientações necessárias. Frazão *et al* (2014) afirmam que o enfermeiro deve atender às necessidades da rede familiar do paciente, estabelecendo um vínculo enfermeiro-paciente-família, criando confiança e respeito. Além disso, os

autores enfatizam a necessidade de incluir e promover uma participação ativa da família durante o tratamento, desenvolvendo um crescimento educativo do paciente e sua família.

Em completude a todas as ações citadas anteriormente, é indispensável avaliação pelo paciente do serviço prestado. Todos enfermeiros declararam que realizam esta avaliação constantemente. Silva e Lima (2016) informam que o enfermeiro deve sempre avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade e resolubilidade dos cuidados prestados, assim mantendo a assistência ou propondo melhorias e adaptações para melhor eficácia do tratamento.

Em suma, diante do aumento considerável de pacientes portadores de IRC, percebe-se a importância de mais estudos como este que visem identificar os diferentes aspectos relacionados ao tratamento hemodialítico, uma vez que pode-se observar que são bastante escassas as pesquisas que envolvem este tipo de estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IRC é um problema de saúde pública que afeta o paciente, levando em conta o desgaste psicológico e social enfrentado por eles durante o tratamento. Sendo assim, a atuação do enfermeiro é indispensável no cuidado com o paciente com IRC.

Diante disso, é fundamental a implantação da Sistematização de Enfermagem no tratamento hemodialítico, buscando identificar precocemente intercorrências, por meio de ações educativas e organizacionais que irão nortear um cuidado mais eficaz. Devendo também o enfermeiro sempre estar buscando a autonomia do paciente e prestar informações para a família sobre o tratamento.

Nessa concepção, conclui-se que os enfermeiros avaliados realizam os Processo de Enfermagem necessários na Unidade Hemodialítica investigada. As ações de autocuidado são estruturadas no plano terapêutico e são fornecidas informações necessárias ao paciente e familiares. Entretanto, uma das dificuldades enfrentadas é a aceitação do plano terapêutico. Além disso, são realizadas avaliações das intervenções por meio do *Feed Back* e planejamento dos resultados esperados, facilitando, assim, a assistência, tornando-a um processo mais fácil de ser desenvolvido.

6. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Letícia Lima; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem do domínio segurança e proteção para pacientes em hemodiálise. **Rev. Eletrônica trimestral de Enfermagem**, Fortaleza, v.16, n.47, p. 13-25, jul/2017 Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45628/pdf>. Acesso em: 14.fev.2018.

ALVES, Luana de Oliveira; GUEDES, Carolina Cristina Pereira; COSTA, Beatriz Gerbassi. As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integridade. **Rev. Científicas em Ciências da Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 3907-3921. jan/mar 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3945/pdf_1810. Acesso em: 14.fev.2018.

AQUINO, Rafael Lemes. **Impacto do trabalho noturno na qualidade de vida do profissional de Enfermagem do gênero masculino**. Uberlândia-MG, 2016. 104p. Dissertação/Mestrado- Universidade Federal de Uberlândia.

BASTOS, Mariana Araújo Pena. **Evolução da Doença Renal Crônica em Portadores de Hipertensão Arterial: O Papel Estratégico da Atenção Primária À Saúde**. Viçosa-MG, 2016. 110p. Dissertação/ Graduação, Universidade Federal de Viçosa. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/191>. Acesso em: 02.abril.2018

BRASIL. RESOLUÇÃO COFEN Nº 358, DE 15 DE OUTUBRO DE 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília- DF, out/2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 11.set.2018

BETTONI, Loren Caroline; OTTAVIANI Ana Carolina; ORLANDI, Fabiana Souza. Associação entre o autocuidado do paciente em tratamento hemodialítico. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, São Luiz, v.19, p.1-9, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/981>; Acesso em: 14.fev.2018

BEZERRA, Cícero Italo Leite. **O paciente Renal Crônico e a escolha do método dialítico: uma análise da influência de ansiedade, estresse e depressão**. São Paulo-MG, 2017. 87p. Dissertação/Mestrado, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5148/tde-23042018-150751/pt-br.php>. Acesso em: 18.out.2018

CARVALHO, Fabiana Souza; BARCELOS Karine Luciano. Sistematização da assistência de Enfermagem: vivências e desafios de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. **Rev. Brasileira de Ciências da Vida**, Sete Lagoas-MG, v.5 n.2. p.1-25, jul/2017. Disponível em: <http://jornal.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/170>. Acesso em: 24.julho.2018

COSTA, Sylvania Katia Pereira. Implementação de ações da Enfermagem para o autocuidado do paciente em tratamento hemodialítico. **Rev Sistema UNA-SUS**, São Luís 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/981>; Acesso em: 14.fev.2018

DEUS, Bárbara Paula Magalhães *et al.* Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. **Rev de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul-SC, v.1, n.5, p.52-56, jan/mar.2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4951>. Acesso em: 14.fev.2018

FERREIRA, Deizane Maria Custódio. Implementação da consulta de Enfermagem em adultos com diabetes mellitus tipo II para prevenção da doença renal crônica. **Rev UNA SUS**, São Luiz, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9779> . Acesso em 14.fev.2018

FRAZÃO, Cecília Maria Farias de Queiroz *et al.* Cuidados de Enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev. Rene**, Natal-RN, v.4, n.15, p.9-701, jul/ago 2014. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/download/678/pdf>. Acesso em: 14.fev.2018

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Naftali Duarte do Bonfim *et al.* Qualidade de vida de homens e mulheres em hemodiálise. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Bahia, v.32, p. 1-10, abr/jul 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/24935>. Acesso em: 17.out.2018

HORTA, Heloisa Helena Lemos; LOPES, Maria Lisa. Complicações decorrentes do tratamento dialítico contribuição do enfermeiro no cuidado e educação ao paciente. **Rev. de Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v.6, n.2, p.221-227, out 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/Enfermagem/article/view/1457>. Acesso em: 14.fev.2018.

LIMA, Phellipe Brunno Oliveira de. **Cuidado de Enfermagem e avaliação da dor em pacientes em hemodiálise**, Brasília, 2015. 60p. Monografia/Graduação. Curso de Enfermagem, Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia.

LOPES, Gildete Barreto. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em Hemodiálise. **Rev. Associação de Medicina Brasileira**, São Paulo, v.53, n.6, p.505-509, abr 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600017. Acesso em: 17.out.2018

LUCENA, Amália de Fátima *et al.* Validação de intervenções e atividades de Enfermagem para pacientes em terapia Hemodialítica. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.3, n.38, p.1-9, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472017000300402&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 28.maio.2018

MACIEL, Camila de Godoy *et al.* Adesão ao tratamento Hemodialítico: Percepção dos pacientes renais crônicos. **Rev. Cogitare Enferm**, Curitiba-PR, v. 20, n. 3, p. 540-547, abr/ag.2015. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1174/41112-163040-1-pb.pdf>. Acesso em: 14. Fev.2018

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Rev. Cadernos UNIFOA**, Volta Redonda, v.9, n.26, p.137-148, dez.2014. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/26/137-148.pdf>. Acesso em: 14.fev.2018.

MARINHO, Christiellei Lidanne Alencar *et al.* Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise **Rev Rene UFC**, Ceará, v.18, n.3, p.396-403. Mai/juh.2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20071/30721> Acesso em: 24.julho.2018

MARTINS, Priscila Fernandes e PERROCA, Marcia Galan. Necessidades de cuidados: O olhar do paciente e da equipe de enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.70, n.5, p.21-28. set/out 2017. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n3/art_04.pdf Acesso em: 19.nov.2018

MENDONÇA, Ana Elza Oliveira; ANSELMO, Aline Bezerra. Critérios para transplante renal no brasil. **Rev. UNIFACEX**, Natal-RN, v.12, n.1, p. 1-15, out.2014. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/596>. Acesso em: 28.maio.2018

MUNIZ, Gracielle Cordeiro *et al.* Diagnóstico de Enfermagem em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Pesquisa Saúde**, São Luiz-MA, v.1, n.16, p.34-40, jan/abr.2015. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/40742010>. Acesso em: 14.fev.2018.

NOGUEIRA, Flávia Lidyane Lima *et al.* Percepção do paciente renal crônico acerca dos cuidados com acessos para hemodiálise. **Rev. CogitareEnferm**, Foz de Iguaçu, v.3, n.21, p.1-8, Jul/Set 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45628/pdf> Acesso em: 14.fev.2018.

OLIVEIRA, Adriana Maria e SOARES, Eredina. A comunicação como importante ferramenta nas orientações em uma unidade de hemodiálise: um estudo reflexivo. **Rev. Saúde e transformação Social**, Florianópolis, v.5, n.3, p.118-123, out/nov.2014. Disponível em: incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2279. Acesso em 14.fev.2018

OLIVEIRA, Nathalia Bello; SILVA, Valéria Costa; ASSAD, Luciana Guimarães. Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. **Rev Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v.3, n.23, p.375-80, mai/jun 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a14.pdf>. Acesso em: 14.fev.2018

OLIVEIRA, Viviane Magalhães. **Satisfação profissional do enfermeiro em unidades de hemodiálise do distrito federal.** Brasília (2016). 29p. Monografia/Graduação em Enfermagem- Curso de Enfermagem, Centro universitário de Brasília.

OLIVEIRA, Robson Wilson *et al.* O papel do enfermeiro na assistência ao paciente em tratamento Hemodialítico: uma revisão integrativa. **Rev. International Nursing Congress.** Aracajú- SE, v.9, n.12, p.1-3, maio.2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaEnfermagem/article/viewFile/10873/12112>. Acesso as: 14.fev.2018

OTONI, Alba *et.al.* O processo de Enfermagem como metodologia da assistência em um setor de nefrologia. **Rev. Enfermagem CentoMim**, Minas Gerais, v.2, n.5, p.1704-1713, mai/ago 2015. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/496> 2015. Acesso em: 14.fev.2018.

PEREIRA, Eugénia Maria da Costa. **A pessoa com insuficiência renal crônica: programa de reabilitação funcional intradialítico.** Viana do Castelo-PO, 2017. n.17-110. Dissertação de Mestrado- Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

PRESTES, Francine Cassol Prestes *et al.* Contexto de trabalho em serviço de hemodiálise: avaliação dos trabalhadores de Enfermagem. **Rev. Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2015 v.24 n.3. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-Artigo Acesso em: 24.julho.2018

PORTO, Andréa; VIANA, Dirce Laplaca; SILVA, Evandro de Sena. **Curso didático de Enfermagem.** 10. ed. São Paulo. Yendis, Senac, 2017.

RIBEIRO, Danubia. **A importância da assistência de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise.** Porto Velho-RO, (2016a). 44p. Monografia/Graduação. Faculdade São Lucas Curso de Enfermagem, Porto Velho.

RIBEIRO, Kaiomax Renato. Cuidados de Enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica no ambiente hospitalar. **Rev. Recien.** São Paulo.v.6, n.18, p.26-35, ago/out (2016b). Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/159> . Acesso em: 14.fev.2018.

SBAMPATO, Adriana Jaime. **Atlas:** Biologia celular e tecidual, anatomia e fisiologia Humanas. 1. ed. São Paulo: Eureka, 2017.

SANTANA, Natália Aragão *et.al.* Os desafios da assistência de Enfermagem frente aos pacientes dialíticos. **Rev. Congresso Internacional de enf**, Tiradentes v.1, n.1, p.1-4, maio 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5569/2056> . Acesso em: 14.fev.2018.

SANTOS, Railma Rodrigues dos *et al.* Qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Renal crônica sob tratamento hemodialítico. **Rev. Interdisciplinar**, Teresina- PI, v. 8, n.3, p.83-92, jul/set.2015. Disponível em:

https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/715/pdf_238 . Acesso em: 14.fev.2018.

SESSO, Ricardo Cintra, *et.al.* Inquérito Brasileiro de Dialise Crônica 2016. **Rev. Brasil Nefrologia**; v.3, n.39, p. 241-266, mar/mai 2017. Disponível em: <https://sbn.org.br/inquerito-brasileiro-de-dialise-cronica-2016>. Acesso em: 01.março.2018

SILVA, Felipe Santana; CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Souza. Sistematização da Assistência de Enfermagem a Pacientes Dialíticos: dificuldades, desafios e perspectivas. **Rev. Ciência da Saúde**, Maranhão, v.24, n.2, p.33-37, abr/jun.2017. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/599/687>. Acesso em: 1.março.2018

SILVA, Jessica Sanches; DALBELLO, Marcela de Oliveira; COSTA, Maria Antônia Ramos. Atividades Assistenciais e Administrativas do Enfermeiro nas Clínicas de Dálise. **Rev. UNINGÁ**, Paraná, v.28, n.1, p.34-38, out/dez 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0209.pdf Acesso em: 9.julho.2018

SILVA, Mayara Santos; MARINI, Thais Silva de Oliveira; SILVA, Cristina Fialho Braz da. Enfermagem e suas intervenções nas principais complicações ocorridas durante a sessão de hemodiálise. **Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 45-60, nov/ 2016. Disponível em: <http://www.revesc.org/index.php/revesc/article/viewFile/7/9>. Acesso em: 14.fev.2018.

SILVA, Surellyson Oliveira Pereira da; LIMA, Carlos Bezerra de. Tratamento de pessoas com insuficiência renal crônica: análise de cuidados de Enfermagem. **Rev. Temas em Saúde**, João Pessoa, v.16, n.2, p.332-346, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16219.pdf>. Acesso em: 14.fev.2018.

SILVA, Marcelo Tardelli da Silva; SILVA, Sandra Regina. **Manual de Procedimentos: Estágio em Enfermagem**. 5ª. ed. São Paulo: Martinari, 2018.

SOUZA, Ana Mariele *et.al.* Transplante Renal: Vivência de homens em hemodiálise inscritos na lista de espera. **Rev. Rene**, Alfenas-MG, v. 16, p. 11-20, jan/fev 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3240/324036185003/>. Acesso em: 18.out.2018

SOUZA, Maria Helena Soares de; MOZACHI, Nelson. **Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**. 4.ed. Curitiba. Divulgação Cultural, 2015. http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

XAVIER, Brunno Lessa Saldanha *et al.* Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. **Rev. Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v.22, n. 3, p.314-320 jan/abr.2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13683> Acesso em: 24.julho.2018

7. ANEXOS

Anexo I



ACADÊMICAS: ANA RITA MARTINS HUDSON
ELIANE MARTINS MOREIRA
LUCILENE DA CUNHA ROZA

ORIENTADORA: VALÉRIA MARIA DOS REIS

O objetivo desse questionário é apresentar a importância do Processo de Enfermagem (PE) em pacientes com Insuficiência renal crônica (IRC), em uma clínica de hemodiálise, localizada na Zona da Mata Mineira. Serão aplicados dois questionários: um para os pacientes que são atendidos na clínica e outro para os enfermeiros que dão assistência a eles.

Esta pesquisa será importante, pois, além de demonstrar como o é a importância a inserção do PE no cuidado ao paciente, irá mostrar também como o paciente vê todo este processo, sua percepção do cuidado prestado, criando, assim, subsídio para uma linha de cuidado mais eficaz e de qualidade.

Questionário para paciente

Nome:

Idade:

Sexo:

Etnia: () Negro () Branco () Pardo

Estadocivil: () Casado () Solteiro () Viúvo

Escolaridade:

Renda: () Um salário mínimo () Mais de um salário
() Inferior a um salário mínimo

1) Qual doença você tinha antes de desenvolver insuficiência renal crônica?

- () Glomerulonefrite () ITU
() Pielonefrite () Cálculos
() HAS () Outros:
() Diabetes Mellitus () Nenhuma

2) Há quanto tempo está em tratamento hemodialítico?

- () Menos de 1 ano () Menos de 5 anos
() Menos de 3 anos () Menos de 10 anos () Mais de 10 anos

3) Quantas vezes na semana você faz hemodiálise?

- () Três vezes () A semana toda

4) Você possui alguma perspectiva para transplante?

- () Sim () Não

5) Quando você entrou a primeira vez na unidade a enfermeira fez:

- Uma Anamnese detalhada
- Somente apresenta a unidade
- Só fui orientado quanto ao tratamento que seria realizado

6) Ao chegar na unidade e ser acolhido pelo enfermeiro ele:

- Pergunta sobre o estado de saúde, e como passou durante o tempo em que esteve em casa.
- Só te encaminha para o local onde irá ocorrer a sessão.

7) É realizado o exame físico em você com que frequência?

- Todos os dias que estou na unidade, acho importante esta prática
- Todos os dias que estou na unidade, porém não vejo o porquê deste exame
- Pelo menos uma vez na semana, acho importante esta prática
- Pelo menos uma vez na semana, porém não vejo o porquê deste exame
- Não é realizado, gostaria que fosse
- Não é realizado, não sinto falta

8) Com que frequência você se vê em contato com o enfermeiro?

- Todo o momento, percebo sua atenção voltada para mim
- Todo o momento, porém não demonstra muito interesse
- De hora em hora, sempre muito eficaz
- De hora em hora, um visita muito rápida
- Raramente, sempre muito eficaz
- Raramente, acho não necessário

9) Como você se sente ao estar passando por este tipo de tratamento?

- Normal
- Solidão
- Impotente
- Angústia
- Desânimo
- Fraqueza
- Ansiedade

10) Quais são os sintomas mais frequentes durante a sessão de hemodiálise?

- hipotensão
- câimbras
- náuseas
- vômitos
- cefaleia (dor de cabeça)
- dor torácica
- Prurido
- febre e calafrios

11) Ao apresentar tais complicações durante a sessão de hemodiálise o enfermeiro:

- Faz um acompanhamento contínuo até a melhora
- Faz visitas de hora em hora
- Realiza as devidas intervenções, só não retorna para saber se houve melhora

12) Diante destas complicações apresentadas, você é orientado de como reagir em caso destas situações?

- Sim, as orientações são bastante eficazes
- Sim, porém não sigo as orientações
- Não, elas não fornecem este tipo de orientação

13) Ao prestar assistência, e detectar problemas, você observa que o enfermeiro faz um plano terapêutico para ser seguido? Evitando assim novos problemas?

- Sim, ele explica claramente tudo que será feito, e o que devo fazer
- Sim, ele explica o que será feito, mas deixa algumas informações vagas
- Não ocorre este tipo de assistência

14) O enfermeiro além de dar orientações a você, fornece informações a sua família, sobre as condutas que devem ser realizadas?

- Sim, ele explica claramente tudo que será feito, e o que devem fazer
- Sim, ele explica o que será feito, mas deixa algumas informações vagas
- Não ocorre este tipo de assistência

15) O enfermeiro busca um *feedback* em relação ao seu tratamento? Quanto sua adaptação, necessidades e eficácia do tratamento ofertado?

- Sim, está sempre atento a nossa opinião, buscando melhorias,
- Sim, porém quase nunca somos ouvidos
- Não há este tipo de relação

16) Pra você qual a importância da assistência de Enfermagem para seu tratamento?

- É muito importante, pois ele sempre está presente, promovendo a prevenção e promoção da minha saúde.
- É importante, Porém poderia ser mais presente
- Não considero relevante

Questionário para os enfermeiros**Nome:****Idade:****Sexo:****Etnia:** () Negro () Branco () Pardo**Estado civil:** () Casado () Solteiro () Viúvo**Renda:** () Um salário mínimo () Mais de um salário
() Inferior a um salário mínimo**1) Qual seu tempo de formação?**

- () Um ano
() Três anos
() Mais de Cinco anos

2) Você possui alguma especialização na área de nefrologia?

- () Sim () Não

3) Há quanto tempo trabalha na Clínica?

- () Um ano () Três anos () Mais de Cinco anos

4) Qual seu horário de trabalho na Clínica?

- () Matutino
() Vespertino
() Turno noturno

5) Você é responsável por quanto paciente?

- () Dois pacientes
() Quatro pacientes
() Seis pacientes
() Todos pacientes, não há separação de pacientes

6) Você possui conhecimento e pratica em relação ao Processo de Enfermagem?

- () Sim, domino bem esta prática
() Sim, tenho conhecimento, porém não possuo muita pratica
() Não possuo nenhum conhecimento e pratica

7) Qual grau de conhecimento você considera ter diante da história de cada paciente que está sob seu cuidado?

- () Excelente, é a primeira coisa que procuro saber
() Boa, busco saber somente o necessário
() Regular, não acho necessário, busco foco somente no tratamento

8) Você realiza anotações da evolução de seus pacientes com que frequência?

- () Todos os dias () Uma Vez na semana () Não é realizado

9) Em relação ao exame físico considerado parte da história de Enfermagem você realiza?

- Sim, todos os dias
- Sim, sempre que possível
- Não é realizado

10) Quais sintomas mais frequentes apresentados por seus pacientes durante a sessão de hemodiálise?

- hipotensão
- náuseas
- cefaleia (dor de cabeça)
- Prurido
- câimbras
- vômitos
- dor torácica
- febre e calafrios

11) Ao apresentar tais intercorrências, você como enfermeiro responsável:

- Age rápido, e faz um acompanhamento constante
- Age rápido, porém não vê necessidade de um acompanhamento constante
- Somente chama o medico

12) Já em relação aos Diagnósticos de Enfermagem, quais os mais encontrados?

- Ansiedade
- Baixa auto estima
- Conforto prejudicado
- Conhecimento deficiente
- Desesperança
- Desobediência

13) Após identificar tais problemas, qual sua conduta?

- Faço as devidas intervenções e presto assistência contínua
- Faço as intervenções necessárias, porém não presto assistência contínua

14) Ao fazer a Prescrição de Enfermagem, qual o retorno do paciente?

- Muito boa, segue todas orientações
- Boa, porém não realiza algumas orientações
- Ruim, a maioria dos pacientes não aceitam

15) Qual sua proximidade com a família do paciente, você busca inclui-lo no processo de tratamento?

- Muito boa, esclareço suas dúvidas, e dou todas orientações necessárias, mantendo-o sempre próximo ao paciente
- Boa, sempre esclareço duvidas, mas vejo necessidade em orientações
- Não vejo importância da assistência à família nesse processo

16) Você sempre faz uma avaliação da assistência que foi prestada ao paciente?

- Sim, constantemente
- Sim, uma vez ou outra
- Não vejo necessidade nesta avaliação

AValiaÇÃO DOS Atributos DA Atenção Primária em Saúde NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS COORDENADORES

ACADÊMICOS: ANDRÉ LUIZ ZANOTI GALLINARI; GISLAYNE APARECIDA FIDELES; MARIA DO CARMO APARECIDA PIRES.

ORIENTADORA: Prof^ª Esp. Renata Ferreira Pieroti Machado Pessôa.

LINHA DE PESQUISA: 3. Política Pública e Avaliação.

RESUMO: Objetivou-se avaliar os atributos da atenção primária em saúde utilizando o instrumento PCATool-Brasil (*Primary Care Assessment Tool*), na perspectiva de enfermeiros coordenadores, e verificar a associação do tempo de formação com o tempo de atuação no serviço de saúde, em um Município de pequeno porte da Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo quantitativo, com abordagem descritiva, cuja população compõe-se de um grupo de 9 enfermeiras e suas respectivas unidades. Foi aplicado o instrumento *PCATool-Brasil*, versão profissionais da saúde (BRASIL, 2010), durante o mês de abril de 2018. Com relação aos resultados, os atributos acessibilidade, longitudinalidade, coordenação-integração de cuidados, serviços disponíveis, serviços prestados e orientação comunitária apresentaram baixos escores em relação aos valores de referência. No entanto, o item coordenação-sistema de informação e orientação familiar obteve um bom escore. Não podendo deixar de mencionar o escore essencial (3,47) e escore geral (4,33) que obtiveram resultados muito abaixo do preconizado, demonstrando que os serviços oferecidos no mencionado município estão vulneráveis. Enfim, o referido município não atingiu bons resultados, portanto, sugere-se uma revisão quanto a seu funcionamento.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação de serviços de saúde; atenção primária à saúde; enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8.080, representou uma conquista para a população e um grande avanço para a saúde pública brasileira na década de 1980. Seguindo o exemplo dos sistemas de saúde em outros países, o SUS segue um modelo internacional que institui a Atenção Primária como a principal instância de atenção, além de servir como porta de entrada aos demais níveis, promovendo saúde e evitando agravos (MARTINS e SELOW, 2016).

No entanto, mesmo estando entre um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o SUS ainda está em processo de construção, com necessidade de consolidação de seus princípios e diretrizes, a fim de implementar políticas para seu fortalecimento, visto que o busca integrar e coordenar ações nas esferas municipal, estadual e federal (RAIMUNDI, *et al.*, 2016).

Um dos grandes desafios que o SUS enfrenta diante as desigualdades no acesso à saúde, em um país com tantas diferenças socioeconômicas como o Brasil, é a implementação da Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade. O número de profissionais com qualificação adequada contratados para a cobertura de saúde em diversas localidades do país nem sempre é suficiente (STEIN, 2017).

Um fator de grande relevância e que pode representar uma desvantagem para os serviços públicos de saúde é a carência de profissionais efetivos, pois o fato de não possuírem estabilidade com o vínculo empregatício pode repercutir negativamente no desempenho profissional (RAIMUNDI, *et al.*, 2016).

Nesse sentido, o enfermeiro como gerente, coordenador, e assistencialista da unidade primária de saúde tem papel primordial na construção de vínculo do serviço e usuário. Uma vez que o seu trabalho se centra basicamente no cuidado individual do ser humano, assim como na família e na coletividade, promovendo conforto, acolhimento, e bem-estar ao cliente. Na atenção primária, a relação enfermeiro e usuário dos serviços ocorre de forma interpessoal e constitui um ambiente favorável para o desenvolvimento da prática profissional, possibilitando o melhor acolhimento para o paciente (SANTOS, 2016).

Contudo, o enfermeiro deve possuir habilidade para superar as limitações apresentadas pelo serviço, assim como na atuação dentro dos fundamentos do SUS (SILVA *et al.*, 2017). Para superar essas limitações, estão sendo propostas várias iniciativas, por meio de Instituições de Programas de Residência em Enfermagem com foco na Atenção Básica e do incremento da formação de enfermeiros para a prática avançada em enfermagem (BARBIANI, 2016).

Diante desse contexto, indica-se a realização de outras pesquisas que apontem caminhos para a superação desses desafios. A falta de retroalimentação para a continuidade do cuidado pode ser atribuída ao desinteresse do profissional da Atenção Primária quanto aos resultados e à qualidade da assistência prestada nos demais níveis assistenciais (SILVA, 2015).

Assim, a questão norteadora se delimitou: Qual é a avaliação de enfermeiros — coordenadores das ESFs (Estratégia Saúde da Família) de um município da Zona da Mata Mineira — sobre a Atenção Primária em saúde na unidade em que estão atuando? Diante disso, o estudo tem como objetivo avaliar os atributos da Atenção Primária em Saúde, na perspectiva de enfermeiros coordenadores, utilizando o

instrumento PCATool-Brasil (*Primary Care Assessment Tool*) e verificar associação do tempo de formação com o tempo de atuação no serviço de saúde.

Pressupõe-se que este estudo possa contribuir para um melhor desempenho e qualidade dos serviços da Atenção Primária para o atendimento a usuários do SUS no município, de modo a garantir acesso e promover a integralidade da atenção.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para Echer (2001), a revisão de literatura é essencial porque auxilia para apoiar decisões do estudo, analisar a posição de autores sobre determinados assuntos e tirar dúvidas.

Marinho *et al* (2015) realizaram um estudo com o objetivo de descrever a avaliação dos atributos da Atenção Primária na concepção de enfermeiros e apresentar o perfil desses profissionais na cidade de Montes Claros-MG. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva. Foi utilizado um questionário para relatar o perfil desses profissionais e utilizado o instrumento PCATool-Brasil, que apresenta a extensão dos atributos da atenção primária. Mostra-se, na conclusão, um melhor resultado para os escores essenciais da Atenção Primária, o que está associado com a qualificação dos profissionais. Nota-se, assim, a importância de estudos concretos como este para o fortalecimento e melhora da Atenção Primária.

Outro estudo realizado por Ferreira *et al* (2016) teve como propósito avaliar a extensão dos atributos da Atenção Primária em unidades básicas de saúde na perspectiva de enfermeiros em Passos-MG. Foi utilizado o método quantitativo avaliativo. Realizou-se pesquisa com 27 enfermeiros e coleta de dados pelo PCATool-Brasil. Com relação aos resultados, o atributo acessibilidade teve escore inferior aos demais, revelando que a porta de acesso de primeiro contato está comprometido. Portanto, é notório que essa pesquisa possa contribuir para o melhor desempenho da cidade mencionada para os serviços de saúde.

Além disso, também Fracolli *et al* (2015) tiveram como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária na estratégia saúde da família (ESF) no município de Quatá-SP, por meio de pesquisa quantitativa, descritiva e avaliativa. Foram entrevistados 34 famílias registradas na ESF selecionada e para a coleta de dados foi utilizado o instrumento PCATool-Brasil, versão criança. Os

resultados dos atributos apresentam-se como aceitável de acordo com os valores de referência, no entanto, o item acessibilidade e serviços disponíveis necessitam melhorar-se. Então, uma organização no processo de trabalho dentro da atenção primária pode ser viável.

O objetivo do projeto de Batista *et al* (2016) foi avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na concepção dos profissionais das equipes saúde da família na cidade de Diamantina-MG. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, transversal, descritiva e analítica. Os dados foram colhidos e analisados por meio de um instrumento validado PCATool-Brasil, em 2014. Os principais resultados com escores mais baixos foram acessibilidade, longitudinalidade, serviços disponíveis e orientação comunitária. Tal resultado corrobora a necessidade de melhoria do serviço local, tendo em vista, atender aos princípios básicos de saúde.

Para Chomatas *et al* (2013), o objetivo do estudo foi investigar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde comparando unidades do modelo tradicional e ESF, no município de Curitiba-PR. Foi aplicado o instrumento PCATool-Brasil para 490 médicos e enfermeiros. Os dados foram colhidos no ano de 2008. Os resultados revelaram que, em Curitiba, as ESF possuem maior presença dos atributos do que as unidades tradicionais, o que pode ser atribuído evidentemente à qualificação dos profissionais. Assim, fica evidente a contribuição de políticas públicas com incentivo à estratégia saúde da família.

Diante os estudos supracitados, utilizaremos o mesmo instrumento de avaliação para conhecer a realidade dos serviços de atenção primária, nas estratégias saúde da família de um determinado município, sob a ótica de seus respectivos enfermeiros, a fim de identificar algumas situações na rotina de trabalho para, então, traçar soluções capazes de superá-las.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

A quantidade de pacientes na fila de espera nas unidades de saúde mostra que o número de consultas de média complexidade é extenso e insuficiente para atender a toda população da Atenção Primária (SERINOLLI, 2017). No serviço público, a busca pela Estratégia Saúde da Família como primeiro contato revela a importância e a necessidade para articulação dos serviços da rede de saúde (ALMEIDA, 2016).

Pesquisas apontam a complexidade para operar sistemas de saúde, além disso, vários fatores influenciam na organização do processo de trabalho e no destino

dos recursos do setor saúde, resultando em piora nas condições de saúde da população (NASCIMENTO, 2015).

Infelizmente, não há muitos mecanismos para avaliar a qualidade dos serviços da atenção básica. Os lapsos encontrados focam basicamente na gestão e na estrutura das unidades básicas de saúde para receber pacientes, que, por ventura, deixam a desejar em vários aspectos (ARAUJO, *et al.*, 2017).

A atenção básica vem sofrendo profundas mudanças desde a promulgação da política nacional de atenção básica nos serviços por ela oferecidos em seu financiamento e seu papel de organizadora do sistema de saúde (FARAH, *et al.*, 2017). Observa-se também, na Atenção Primária, que o enfermeiro, na sua prática laboral, expressa muitas vezes sentimentos de sofrimento e angústia provenientes das inúmeras obrigações que envolvem sua rotina (FERNANDES, *et al.*, 2018).

Apoiado nesse contexto, o enfermeiro conta com uma série de instrumentos e ferramentas para basear sua prática. Como ética na gestão, saberes sobre poder organizacional e cultura, condição da qualidade de vida no ambiente de trabalho, legislação trabalhista, teorias administrativas, coordenação de subordinados, controle de recursos materiais da unidade básica de saúde, sistema de informação, recursos físicos, além da habilidade de negociação para trabalho em equipe (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

A resolubilidade na atenção primária necessita do acesso a consultas e procedimentos disponíveis da atenção secundária. Além do mais, uma boa relação de ambas, de fato, contribui consideravelmente para a solução de um problema (ERDMANN, *et al.*, 2013).

O motivo pela busca da saúde evidencia a relevância da cobertura do serviço para dar conta da diversidade da procura. Diversos fatores têm mudado brutalmente essa questão e, com isso, a globalização trouxe uma nova realidade. Desse modo, há uma crescente necessidade de conhecer essa demanda que tem provocado mudanças significativas nesse contexto (FERNANDES, 2013).

O Ministério da Saúde, em 2006, divulgou o Pacto pela Saúde e um de seus atributos é o Pacto de Gestão, tendo o intuito de melhorar o acesso da população aos serviços, visando toda a rede de saúde (AGUILERA, *et al.*, 2013).

O foco na atenção básica é primordial em alguns aspectos presentes no processo para referenciar pacientes a outros serviços especializados. Os protocolos de encaminhamento, para serem efetivos, necessitam ser ligados a processos que

reforcem a capacidade das equipes na prática de micro regulamentação na UBS (gestão de filas próprias, exames, consultas descentralizadas) e que liguem a articulação entre as unidades, centrais de regulação e serviços especializados. Merece ser feita a consolidação e incorporação, no sistema, pelos instrumentos de saúde (BRASIL, 2016).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem descritiva. Segundo Fontelles *et al* (2009), este tipo de pesquisa é trabalhado com características expressas sob a forma de dados numéricos e utiliza recursos e técnicas estatísticas a fim de classificar e analisar.

O estudo foi realizado em uma cidade de pequeno porte da Zona da Mata Mineira, com uma expectativa populacional para 2018 de 24.368 habitantes e uma área territorial de 763.364 km² (IBGE, 2018). O referido município possui 9 Estratégias Saúde da Família (ESF), incluindo a zona urbana e rural, sendo integrado por 4 distritos os quais possuem respectivamente suas ESFs.

A população do estudo compõe-se de um grupo envolvendo 9 enfermeiros em atuação nas ESFs. Para essa seleção, foram considerados os enfermeiros que trabalham na atenção básica do mencionado município.

Para iniciar a coleta de dados, em um primeiro momento, foi encaminhado um termo de autorização ao Secretário Municipal de Saúde, solicitando a realização da pesquisa e, posteriormente, uma carta-convite à coordenadora da Atenção Primária, para que os profissionais de Enfermagem fossem pesquisados na própria unidade de saúde. Após a autorização, foi feito um contato prévio com os profissionais enfermeiros a fim de agendar um dia para a aplicação do questionário, respeitando sua liberdade em seu local de trabalho.

Os enfermeiros preencheram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), em consonância com a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013) do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando o anonimato e a autonomia em recusar ou desistir de fazer parte do estudo.

A coleta de dados ocorreu no mês de abril, por meio de um questionário fechado, contendo 77 questões, sendo utilizado o instrumento PCATool-Brasil, versão profissionais da saúde (BRASIL, 2010), cujo objetivo é avaliar os serviços de saúde

baseados em aspectos de mensuração (estrutura, processos e resultados) e no âmbito de: 1. Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade; 2. Longitudinalidade; 3. Coordenação - Integração de cuidados; 4. Coordenação - Sistema de Informações; 5. Integralidade - Serviços Disponíveis; 6. Integralidade - Serviços Prestados; 7. Orientação Familiar; 8. Orientação comunitária.

Para o cálculo dos escores, as respostas seguem o modelo de escala tipo *Likert*, gerando escores que variam no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = Com certeza não, 2 = Provavelmente não, 3 = Provavelmente sim, 4 = Com certeza sim). (PENSO, *et al.*, 2017).

Os questionários foram digitados e os dados organizados no programa *Microsoft Excel 2007*. As análises descritivas e inferenciais foram realizadas no programa SPSS, versão 24. Os dados descritivos estão expressos em medidas de frequência relativa, média, desvio padrão, valores mínimos e máximos. Para a estatística inferencial, foi realizada a correção de Pearson objetivando identificar associações entre tempo de serviço e tempo de formação com os escores do PCATool-Brasil. Adotou-se como nível de significância (5%). A partir desses dados, foram originadas as tabelas que orientaram a escrita dos resultados e discussões desse estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A avaliação dos serviços de saúde é vital para o gestor, uma vez que possibilita a disponibilização de dados essenciais para auxiliar o planejamento das ações, proporcionando um aumento considerável na resolutividade dos serviços (Penso, *et al.*, 2017). A totalidade dos participantes envolvidos nesse estudo pertence ao sexo feminino, sendo pertinente citar a feminização na profissão de Enfermagem. Todavia, o número de homens tem aumentado com o passar do tempo (MARINHO, *et al.*, 2015).

A tabela 1 apresenta informações como idade, tempo de formação, tempo de serviço e número de usuários atendidos por Enfermeiras atuantes nas Estratégias Saúde da Família, em um Município de pequeno porte, na Zona da Mata Mineira.

Tabela 1: Idade, tempo de formação, tempo de serviço e número de usuários atendidos por Enfermeiras atuantes nas Estratégias Saúde da Família, em um município de pequeno porte, na Zona da Mata Mineira. 2018.

Variáveis	Mínimo	Média (DP)	Máximo
Idade	29,00	31,89 (3,14)	38,00
Tempo de formação	5,00	8,33 (1,87)	11,00
Tempo de serviço na Atenção Primária	1,00	6,00 (2,83)	10,00
Número de usuários atendidos	1389,00	2592,89 (766,01)	3443,00

Fonte: elaborado pelos autores

Conforme esboçado na tabela 1, a média de idade dos participantes dessa pesquisa é de 31,89 (DP= \pm 3,14) anos. Observa-se, também, na relação do tempo de formação no ensino superior uma média de 8,33 (DP= \pm 1,87) anos. Além disso, o tempo de serviço na Atenção Primária de cada enfermeira é em média 6,0 (DP= \pm 2,83) anos. O tempo é um fator de relevância a ser considerado porque pode influenciar nos resultados.

O número de usuários atendidos é, em média, 2.592,89 (DP= \pm 766,01) pacientes. Conforme Malta *et al* (2016), a média recomendada é de 3.000 usuários por unidade, podendo chegar a ser menor, de acordo com a necessidade e a área, não ultrapassando limite máximo até 4.000 por equipe.

Na tabela 2, é descrito o estado civil e grau de escolaridade das Enfermeiras participantes da pesquisa nas Estratégias Saúde da Família.

Tabela 2: Estado civil e grau de escolaridade de Enfermeiras atuantes nas Estratégias Saúde da Família, em um município de pequeno porte, na Zona da Mata Mineira. 2018.

Variáveis	%
Estado civil	
Solteiro	44,44
Casado	44,44
Outros	11,11
Escolaridade	
Graduação	55,56
Especialização	44,44

Fonte: elaborado pelos autores

É possível perceber, nos resultados apresentados na tabela 2, com relação ao estado civil, que houve uma coincidência no número de solteiros e casados, correspondendo a (44,44%). No que tange ao grau de escolaridade, apenas 44,4% apresentam especialização.

Segundo Maia (2017), as especializações aprimoram o desempenho profissional de tal forma que potencializa e amplia o julgamento do profissional efetivo, implementando novas ideias para exercer com convicção determinada abordagem.

A tabela 3 exibe os escores de avaliação da atenção básica segundo o PCATool-Brasil, por Enfermeiras atuantes nas Estratégias Saúde da Família.

Tabela 3: Escores de avaliação da Atenção Básica, segundo o PCATool-Brasil, por Enfermeiras atuantes nas Estratégias Saúde da Família, em um município de pequeno porte, na Zona da Mata Mineira. 2018.

Escores	Mínimo	Média (DP)	Máximo
Acessibilidade	3,70	5,56 (1,40)	7,78
Longitudinalidade	1,48	1,87 (0,24)	2,19
Coordenação IC	0,80	1,46 (0,40)	1,98
Coordenação SI	6,67	8,89 (1,24)	10,00
Serviços Disponíveis	1,01	1,19 (0,10)	1,30
Serviços Prestados	1,69	1,83 (0,10)	2,00
Orientação Familiar	7,78	9,51 (0,81)	10,00
Orientação Comunitária	3,33	4,32 (0,57)	5,00
Essencial	3,01	3,47 (0,35)	4,21
Geral	3,78	4,33 (0,37)	5,03

Fonte: elaborado pelos autores

Na concepção de Batista *et al* (2016), a opinião positiva dos profissionais de saúde sobre os atributos do PCATool-Brasil deve ter nota de corte de maior ou igual a 6,6. Fracolli *et al* (2015) corroboram tal informação em seu estudo, quando considera também esse número de referência para investigar os valores dos atributos, assim como calcular os escores essenciais e geral.

Conforme a tabela 3, referente ao atributo acessibilidade, é exibida uma média de 5,56 (DP= \pm 1,40), demonstrando um valor inferior ao recomendado. Com as repostas obtidas, percebem-se problemas no acesso de primeiro contato-acessibilidade, considerado a “porta de entrada”. Quando o paciente adoece, o serviço de saúde não atende no mesmo dia, possivelmente pela ausência efetiva de médicos. Além disso, também não há atendimento noturno e aos finais de semana. Assim, pode-se sugerir uma reflexão no atendimento acessível da atenção primária nesses horários, o que eventualmente irá diminuir a busca pela atenção secundária.

Estudo semelhante foi realizado em Curitiba-PR e os resultados apontaram ser necessária uma mudança no modelo assistencial (CHOMATAS, *et al.*, 2013).

No que se refere à longitudinalidade, observa-se um escore muito abaixo do esperado 1,87 (DP= \pm 0,24), revelando claramente a dificuldade que se tem na assistência contínua do tratamento ao longo do período. Além disso, confirma-se, ainda, que não há uma boa relação de comunicação e vínculo entre enfermeiro-paciente na Estratégia Saúde da Família. Foram encontrados, também, valores de escores baixos em relação aos de referência (6,0) no município de Chapecó-SC (FERREIRA, *et al.*, 2016).

No atributo coordenação-integração de cuidados, é evidenciado um escore de 1,46 (DP= \pm 0,40), apontando que há obstáculos nesse nível de atenção em relação ao encaminhamento para serviços especializados, prejudicando, assim, a continuidade do cuidado. Nessa perspectiva, Carneiro *et al.* (2014) descrevem que ainda são muitos os desafios, no que diz respeito à comunicação entre a atenção primária e os demais níveis assistenciais.

No entanto, o atributo coordenação-sistema de informação alcançou um escore médio de 8,89 (DP= \pm 1,24), mostrando um bom resultado, inferindo-se que o usuário pode verificar seu prontuário quando deseja estando disponível para ele quando for requisitado. Além disso, os registros de saúde estão sendo usados corretamente para fins de comunicabilidade nas unidades de saúde. O prontuário é um instrumento desenvolvido para ajudar no acesso às informações do paciente (CARNEIRO, *et al.*, 2014).

Com relação ao atributo serviços disponíveis, o escore foi de 1,19 (DP= \pm 0,10). Um resultado preocupante visto que esse atributo é considerado de extrema importância e um pilar de organização do SUS. Contudo, as unidades estão fragilizadas no que tange às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (MARINHO, *et al.*, 2015).

O atributo serviços prestados obteve um resultado de 1,83 (DP= \pm 0,10). Verifica-se a necessidade de melhoria considerável desse atributo para que o paciente seja assistido em sua totalidade. Mesmo que alguns procedimentos não possam ser realizados, deve ser encaminhado ao serviço especializado corretamente de acordo com cada urgência, para atingir o objetivo da atenção integral (MARINHO, *et al.*, 2015).

Na perspectiva da orientação familiar, obteve-se escore de 9,51 (DP= \pm 0,81) revelando o foco das equipes de saúde, já que interação com a família, naquele território, é um dos objetivos do SUS. Quando a equipe consegue relacionar-se com as famílias, torna mais fácil identificar suas dificuldades (LIMA, *et al.*, 2016).

Por outro lado, o atributo orientação comunitária apresentou resultado médio de 4,32 (DP= \pm 0,57), demonstrando que as equipes de saúde não estimulam a participação social no âmbito geral, por meio de eventos na comunidade, deixando de observar as verdadeiras dificuldades no ambiente coletivo, econômico e cultural no qual estão encaixadas (LIMA, *et al.*, 2016).

A respeito da média do escore essencial, obtido pela soma dos componentes que pertencem ao atributo essencial dividido pelo número de elementos, obteve-se escore de 3,47 (DP= \pm 0,37). Por outro lado, o escore geral, que é calculado pela soma do escore médio dos componentes dos atributos essenciais e derivados, dividido pelo número de itens, o valor médio foi de 4,33 (DP= \pm 0,37). Destas informações, é revelado que existem lacunas em aberto nos serviços de saúde. Segundo Lima *et al* (2016), criar parcerias com diversos segmentos e institutos sociais pode ter efeito positivo no setor da saúde.

Maia (2017) relata em sua pesquisa que o PCATool-Brasil é um ótimo instrumento para avaliar a qualidade da Atenção Primária. No estudo de Ferreira *et al* (2016), a Atenção Primária apresenta fragilidades e não atende a toda demanda. Uma sugestão mencionada por ele é que as unidades devem funcionar em acordo com as necessidades da comunidade.

A qualidade da Atenção Primária à Saúde é garantida mediante ambientes confortáveis, tempo de espera suficiente, adequação de recursos financeiros e carências estruturais superadas, conduzindo-a conforme os princípios do SUS (VITÓRIA, *et al.*, 2013).

Tabela 4: Associação entre tempo de formação e tempo de atuação na Atenção Primária com os escores atribuídos por enfermeiros no PCATool-Brasil, em um município de pequeno porte, na Zona da Mata Mineira. 2018.

Escore	Tempo de formação		Tempo de trabalho	
	r	p	r	p
Acessibilidade	-0,283	0,460	-0,421	0,259
Longitudinalidade	-0,398	0,289	-0,384	0,308
Coordenação IC	-0,398	0,289	-0,384	0,308
Coordenação SI	-0,418	0,262	-0,316	0,407
Serviços Disponíveis	-0,421	0,260	-0,296	0,439
Serviços Prestados	-0,365	0,335	-0,450	0,225
Orientação Familiar	-0,061	0,875	-0,304	0,426
Orientação Comunitária	-0,571	0,109	-0,427	0,251
Essencial	-0,593	0,093	-0,618	0,076
Geral	-0,556	0,120	-0,613	0,079

Fonte: elaborado pelos autores

Sobre o tempo de formação e tempo de atuação, acredita-se que enfermeiras que possuem um maior período de tempo de serviço vão adquirir melhor experiência e, com isso, como resultado, uma melhor qualidade na assistência prestada (MARINHO, *et al.*, 2015). Entretanto, na amostra investigada não foram encontradas associações entre esses tempos e os escores do PCATool-Brasil. Dessa forma, observa-se que um dos principais fatores que agem diretamente nos resultados são

as políticas públicas, atuando da mesma maneira nas estratégias de saúde da família. Isso porque o referido município possui uma área territorial extensa e diferentes públicos a serem atendidos.

Outro fator que merece atenção é o tamanho amostral que pode influenciar diretamente nos escores obtidos, assim, pode-se inferir que a ausência de associação está relacionada ao número de enfermeiros investigados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a apuração e resultados dessa pesquisa, na concepção dos enfermeiros coordenadores, verifica-se, de forma geral, que o município pesquisado não alcança uma avaliação satisfatória. Observa-se, ainda, a necessidade de melhoria de alguns indicadores como acessibilidade, longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados), serviços disponíveis, serviços prestados e orientação comunitária para a qualidade efetiva da atenção primária à saúde no referido município.

O estudo permite direcionar o que deve ser modificado no serviço de saúde e, além disso, proporciona uma importante análise acerca da extensão dos atributos, fazendo com que seja possível a intervenção de medidas para superação dos problemas encontrados por gestores encarregados e pela equipe de saúde da família da área. Enfim, acredita-se que as informações contidas neste trabalho podem, de certa forma, colaborar para um melhor funcionamento do sistema de saúde vigente do município.

6. REFERÊNCIAS

AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski *et al.* Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na região metropolitana de Curitiba: Desafios para gestores. **Rev. de Administração Pública**. Rio de Janeiro RJ. v.47, n.4, p.1021-1039, jul/ago. 2013.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos. Atenção primária à saúde: Coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Rev. de Saúde Pública**. Niterói RJ. v.50, n.80. p.1-13. 2016.

ARAUJO, Adriana Barroso *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços prestados na atenção primária à saúde. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**. Maranhão. v. Suplementar, n.8, p.632-638, 2017.

BARBIANI, Rosângela; NORA, Carlise Riggon Dalla; SCHAEFER, Rafaela. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: Scoping Review. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. São Leopoldo RS. v.24, n.2721, p.1-12, 2016.

BATISTA, Valéria Cristina Leal *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. **Rev. de Políticas Públicas – SANARE**. Diamantina MG. v. 15, n.02, p.87-93. jul/dez. 2016.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário oficial da união**: Brasília, seção 1, n.12, p.59, jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool Pcatool-Brasil**. Brasília. 80p. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. **Rev. Endocrinologia e Nefrologia**. Brasília. v.1, 26p. 2016.

CARNEIRO, Maria do Socorro Melo *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: Aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro RJ. v.38, n. especial, p.279-275. 2014.

CHOMATAS, Eliane *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Curitiba PR. v.8, n.29, p.294-303. 2013.

ECHER, Isabel Cristina. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre RS. v.22, n.2, p.5-20. 2001.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini *et al.* A atenção secundária em saúde: Melhores práticas na rede de serviço. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Santa Catarina. v.21, n. especial, p.131-139. 2013.

FARAH, Beatriz Francisco *et al.* Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. **Rev. Cuidarte**. Minas Gerais. v. 8, n.2, p.1638-1655. 2017.

FERREIRA, Vanessa Duque *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Rev. Escola Anna Nery de Enfermagem**. Passos MG. v.20, n.4, p.1-8. 2016.

FERNANDES, Carmen Luiza Corrêa. **Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária á saúde de Porto Alegre, Brasil**. 70p. 2013. Dissertação. (Mestrando em Epidemiologia, Redes Integradas de Atenção à Saúde). Faculdade de medicina (FM) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FERNANDES, Marcelo *et al.* Identidade do enfermeiro na atenção básica: Percepção do “faz de tudo”. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Ceará. v.71, n.1, p.142-147. 2018.

FONTELLES, Mauro José *ET al.* Metodologia da pesquisa científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. Paraense de Medicina**. Belém PA. v.23, n.3, p. 8, jul/set. 2009.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **Rev. O mundo da Saúde**. São Paulo SP. v.39, n.1, p.54-61. 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estruturateritorial/15761areasdosmunicipios.html?t=destaques&c=3154002>. Acesso em: 27.mar.2018.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida *et al.* Avaliação da Estratégia da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Rev. Escola Anna Nery de Enfermagem**. Rio de Janeiro RJ. v.20, n.2, p.275-280. Abr/Jun. 2016.

MAIA, Ludmila Grego. **Avaliação da Atenção Primária pelos Profissionais de Saúde**. Goiânia. 2017. 96p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal de Goiás.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Belo Horizonte MG. v.21, n.2, p.327-338. 2016.

MARINHO, Lara Mota *et al.* Atributos da atenção primária: Perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Norte Mineira de Enfermagem**. Montes Claros MG. v.4, n.2, p.4-18. 2015.

MARTINS, Raphael de Almeida; SELOW, Marcela Lima Cardoso. A atuação do enfermeiro no processo de consolidação do SUS no contexto da atenção primária. **Rev. Dom Acadêmico**. Curitiba. v.1, n.1, p.89-150, jul/dez. 2016.

NASCIMENTO, Alexandra Bulgarelli do. Análise da oferta e da demanda por serviços de saúde de um território sanitário como contribuição para a atenção e gestão em saúde. **Rev. de gestão em sistemas de saúde**. São Paulo SP. v.4, n.2, p.72-86, jul/dez. 2015.

OLIVEIRA, Samuel Andrade de *et al.* Ferramentas gerencias na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Rev. de administração em saúde**. São Paulo SP. v.17, n.69, p.1-20, out/dez. 2017.

PENSO, Jéssica Mazutti *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro RJ. v.12, n.39, p.1-9. 2017.

RAIMUNDI, Daniele Merisio *et al.* Análise de uma clínica da família, visão dos enfermeiros do serviço. **Rev. da escola de enfermagem da USP**. Cuiabá MT. v.50 n. especial, p.130-138. 2016.

SANTOS, Maria das Neves de Araujo Vieira dos; SANTOS, Polyanna Barbosa; SILVA, Samara Sandra Santana. **Relação enfermeiro-paciente na atenção primária à saúde: Uma revisão integrativa**. Recife PE. 2016. 15p. Monografia/Graduação. Curso de Bacharel em enfermagem, faculdade integrada de Pernambuco.

SILVA, Simone Albino da; BAITELO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da atenção primária à saúde: A visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. **Rev. Latino-Ame.enfermagem**. Alfenas MG. v.23, n.5, p.979-987, set/out. 2015.

SILVA, Camila Ribeiro *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: Um estudo de caso. **Rev. Ciência & saúde coletiva**. Paraná. v.22, n.4, p.1109-1120. 2017.

SERINOLLI, Mário Ivo; NOVARETTI, Márcia Cristina Zago. Análise das condições de funcionamento dos serviços ambulatoriais especializados em hematologia no município de São Paulo SP. **Rev. de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte MG. v.14, n.1, p.91-104. Jan/mar. 2017.

STEIN, Airton tetelbom; FERRI, Cleusa Pinheiro. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: Novos desafios. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro RJ. v.12, n.39, p.1-4. Jan/dez. 2017.

VITÓRIA, Angela Moreira *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em Chapecó, Brasil. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro RJ. v.8, n.29, p.285-293. 2013.

ANEXOS

Anexo I



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. –SOEGAR

Caracterização da Amostra

Nome: _____
 Idade (anos): _____
 Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Outros
 Sexo: () Feminino () Masculino
 Escolaridade: () Graduação () Aperfeiçoamento () Especialização () Mestrado ()
 Doutorado
 Tempo de formação (anos): _____
 Tempo de trabalho na atenção primária (anos): _____
 Nome da unidade: _____
 Endereço da unidade: _____
 Número da população total assistida pela unidade: _____

QUESTIONÁRIO**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool-BRASIL VERSÃO
PROFISSIONAIS****A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO ACESSIBILIDADE**

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4	3	2	1	9
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até as 20 horas?	4	3	2	1	9
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4	3	2	1	9
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4	3	2	1	9

A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4	3	2	1	9
A6 - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4	3	2	1	9
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4	3	2	1	9
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, <i>check-up</i>) no seu serviço de saúde?	4	3	2	1	9
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4	3	2	1	9

B – LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4	3	2	1	9
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4	3	2	1	9
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4	3	2	1	9
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4	3	2	1	9
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4	3	2	1	9

B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4	3	2	1	9
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4	3	2	1	9
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4	3	2	1	9
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4	3	2	1	9
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4	3	2	1	9
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4	3	2	1	9

C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim.	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4	3	2	1	9
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4	3	2	1	9
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4	3	2	1	9
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4	3	2	1	9
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4	3	2	1	9

D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4	3	2	1	9
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4	3	2	1	9
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4	3	2	1	9

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4	3	2	1	9
E2 - Imunizações.	4	3	2	1	9
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4	3	2	1	9
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4	3	2	1	9
E5 - Tratamento dentário.	4	3	2	1	9
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4	3	2	1	9
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4	3	2	1	9
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4	3	2	1	9
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4	3	2	1	9
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4	3	2	1	9
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4	3	2	1	9

E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4	3	2	1	9
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4	3	2	1	9
E14 - Remoção de verrugas.	4	3	2	1	9
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4	3	2	1	9
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4	3	2	1	9
E17 - Cuidados pré-natais.	4	3	2	1	9
E18 - Remoção de unha encravada.	4	3	2	1	9
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4	3	2	1	9
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4	3	2	1	9
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4	3	2	1	9
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4	3	2	1	9

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Pergunte:

Você atende pacientes (leia as alternativas):

- () De todas as idades.
 () Somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos).
 () Somente adultos.

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

- Se você atende todas as idades, por favor, responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).
- Se você atende apenas crianças, por favor, não responda as perguntas F4 a F13.
- Se você atende apenas adultos, por favor, não responda as perguntas F14 a F15. Perguntas

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4	3	2	1	9
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4	3	2	1	9
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4	3	2	1	9

Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?”

F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4	3	2	1	9
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4	3	2	1	9
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4	3	2	1	9
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4	3	2	1	9
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4	3	2	1	9
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4	3	2	1	9
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4	3	2	1	9
F11 - Como prevenir quedas.	4	3	2	1	9
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4	3	2	1	9
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4	3	2	1	9

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?”

F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4	3	2	1	9
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4	3	2	1	9

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4	3	2	1	9
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4	3	2	1	9
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar.	4	3	2	1	9

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4	3	2	1	9
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4	3	2	1	9
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4	3	2	1	9

Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?

H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4	3	2	1	9
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4	3	2	1	9
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4	3	2	1	9

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ENFERMEIROS DE UMA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Nº do Instrumento: _____

Eu, _____ Enfermeiro
(a), registrado (a) no Conselho Estadual de Enfermagem – COREN/MG sob o
Nº: _____, coordenador(a) da _____ ESF
_____, localizada à:
_____ no município de Raul
Soares/MG, declaro ter sido procurado pelos pesquisadores André Luiz Zanoti Gallinari,
Gislayne Aparecida Fideles e Maria do Carmo Aparecida Pires, para dar o competente
consentimento a fim de participar do trabalho investigativo – “Avaliação da atenção primária
por enfermeiros de uma estratégia saúde da família (ESF)”.- para a disciplina Trabalho de
Curso (TC) do curso de Enfermagem da Faculdade Vértice - Univértix a ser conduzido pelos
citados acadêmicos.

ASSINATURA DO (A) ENTREVISTADO (A)

Responsável pela Pesquisa:
Profa. Renata Ferreira Pieroti Machado Pessoa
Cel: (31) 98826 7814
Zap: 9744 4518

Anexo III

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr (a)
Iussef Rogério de Oliveira Felipe
Secretário Municipal de Saúde
Raul Soares MG

Matipó, 16 de abril de 2018.

Eu, Renata Ferreira Pieroti Machado Pessôa, professora da IES – Faculdade Vértice, venho solicitar a V. Sa. autorização para coleta de dados pelos alunos André Luiz Zanoti Gallinari, Gislayne Aparecida Fideles e Maria do Carmo Aparecida Pires, responsáveis pela pesquisa, acadêmicos do 9º período, nas ESF – Estratégias de Saúde da Família, com a finalidade de realizar pesquisa para Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem, com o título provisório **“AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ENFERMEIROS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)”**.

A coleta de dados será por meio de um questionário tipo fechado, contendo 77 questões, utilizando como referência, o instrumento PCATool-Brasil, versão profissionais da saúde (BRASIL, 2010), que tem o objetivo de avaliar os serviços de saúde baseados em aspectos de mensuração (estrutura, processos e resultados). Vale mencionar que este instrumento pode ser utilizado por acadêmicos para a realização de pesquisas científicas.

Os participantes do estudo serão os 9 Enfermeiros Responsáveis pela referida ESF e os dados serão coletados mediante aplicação de um Questionário.

Será solicitado aos enfermeiros que preencham o Termo de Consentimento Livre Esclarecido TCLE, em consonância com a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, ao qual diz respeito à proteção dos participantes envolvidos na pesquisa científica.

As informações utilizadas serão apenas para fins da pesquisa, a fim de evitar qualquer transtorno ou constrangimento ao município assim como aos profissionais e instituições envolvidas.

Comprometo-me a disponibilizar os dados resultantes da pesquisa, juntamente com o Trabalho de Conclusão de Curso, a esta instituição, a fim de contribuir para o desenvolvimento dos serviços.

Vale destacar que a pesquisa científica contribui significativamente para o avanço e desenvolvimento de ações fomentadoras aos serviços de saúde como um todo.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e colaboração para a conclusão desta importante etapa do curso de graduação.

Atenciosamente,

Acadêmicos Responsáveis pela Pesquisa:

Profa. Renata Ferreira Pieroti Machado Pessoa
Orientadora TCC:
Cel: (31) 98826 7814 e Zap: 9744 4518

Anexo IV

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr (a)
Juliana Moreira Martins de Melo
Coordenadora ESF
Raul Soares MG

Matipó, 16 de abril de 2018.

Eu, Renata Ferreira Pieroti Machado Pessôa, professora da IES – Faculdade Vértice, venho solicitar a V. Sa. autorização para coleta de dados pelos alunos André Luiz Zanoti Gallinari, Gislayne Aparecida Fideles e Maria do Carmo Aparecida Pires, responsáveis pela pesquisa, acadêmicos do 9º período, nas ESF – Estratégias de Saúde da Família, com a finalidade de realizar pesquisa para Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem, com o título provisório **“AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA POR ENFERMEIROS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)”**.

A coleta de dados será por meio de um questionário tipo fechado, contendo 77 questões, utilizando como referência, o instrumento PCATool-Brasil, versão profissionais da saúde (BRASIL, 2010), que tem o objetivo de avaliar os serviços de saúde baseados em aspectos de mensuração (estrutura, processos e resultados). Vale mencionar que este instrumento pode ser utilizado por acadêmicos para a realização de pesquisas científicas.

Os participantes do estudo serão os 9 Enfermeiros Responsáveis pela referida ESF e os dados serão coletados mediante aplicação de um Questionário.

Será solicitado aos enfermeiros que preencham o Termo de Consentimento Livre Esclarecido TCLE, em consonância com a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, ao qual diz respeito à proteção dos participantes envolvidos na pesquisa científica.

As informações utilizadas serão apenas para fins da pesquisa, a fim de evitar qualquer transtorno ou constrangimento ao município assim como aos profissionais e instituições envolvidas.

Comprometo-me a disponibilizar os dados resultantes da pesquisa, juntamente com o Trabalho de Conclusão de Curso, a esta instituição, a fim de contribuir para o desenvolvimento dos serviços.

Vale destacar que a pesquisa científica contribui significativamente para o avanço e desenvolvimento de ações fomentadoras aos serviços de saúde como um todo.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e colaboração para a conclusão desta importante etapa do curso de graduação.

Atenciosamente,

Acadêmicos Responsáveis pela Pesquisa:

Profa. Renata Ferreira Pieroti Machado Pessoa
Orientadora TCC:
Cel: (31) 98826 7814 e Zap: 9744 4518

CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR DE GESTANTES USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA.

ACADÊMICAS: ÍNGREDI DE SOUZA LANA; JÚLIA KÊMILY ALVES FERREIRA;
THAIS DA SILVA ABREU.

ORIENTADORA: Profa. M.Sc. Ana Lígia de Souza Pereira.

LINHA DE PESQUISA: 1. Cuidado de Enfermagem

RESUMO

O objetivo do estudo foi investigar o conhecimento sobre Planejamento Familiar (PF) de gestantes usuárias de Unidades Básicas de Saúde de um município da Zona da Mata Mineira. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 49 gestantes presentes no dia da consulta de pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas. Foi aplicado o questionário adaptado da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - Seção 3: Planejamento da Fecundidade e Seção 6: Anticoncepção. A pesquisa aponta que 89,90% das gestantes usuárias não participam de grupos ou palestras sobre PF na UBS que é cadastrada, além disso, 61% das entrevistadas não procuraram o SUS para obter algum tipo de método. Conclui-se que os parciais indicam que o PF não está implantado de forma eficiente nas unidades de saúde pesquisadas, haja vista que as entrevistadas não têm conhecimento satisfatório sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: planejamento familiar; métodos contraceptivos; mulheres.

1. INTRODUÇÃO

O Planejamento Familiar (PF) é o conjunto de ações de educação e saúde que está ligado ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este inclui a integralidade e a equidade na assistência à mulher, englobando todas as fases do seu ciclo vital, ampliando a noção de saúde da mulher para além de sua ênfase na reprodução da espécie. Cabe destacar que, neste programa, não são oferecidos somente métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também informações e acompanhamento em um contexto de escolha livre, em que é posto como um sistema de orientação e apoio às famílias, visto que se entende que estas possuem plena liberdade para realizar o controle efetivo da própria fertilidade (MOZZAQUATRO e ARPINI, 2017).

Para que essas famílias tivessem orientação e apoio nas escolhas, em 1996, o planejamento foi instituído em todos os níveis de assistência à saúde por meio da Lei nº 9.263/96, assegurando à mulher, ao homem ou ao casal assistência à concepção

e contracepção (SANTOS, FERREIRA e SILVA, 2015). O objetivo do Planejamento Familiar, segundo Mota et al. (2015), é assegurar à mulher e ao casal a decisão de ter ou não filhos e, em caso positivo, em que momento e quantidade terão. Dessa forma, pode-se afirmar que o PF é relevante tanto para os pais quanto para a criança, posto que o conjunto de ações possibilita as condições essenciais para a vinda do bebê.

Assim, as atividades clínicas e preventivas do PF atuam notadamente na democratização e no aumento do acesso às informações sobre os meios de prevenção de gravidez aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, após passadas as assistências iniciais, o casal poderá executar, de forma consciente, a sua preferência por meio da utilização de contraceptivos. Esse processo reduz casos de gravidez não planejada, gravidez na adolescência e, em decorrência, as práticas de abortos provocados, que levam à morbimortalidade materno infantil (OLIVEIRA, DALTRO e DIAS, 2016).

Nesse sentido, a atuação da Enfermagem é essencial nas ações que aumentem o acesso às informações sobre PF. Segundo Zunta e Barreto (2014), a Enfermagem encarrega-se da maior parte do atendimento em Planejamento Familiar, devido ao fato de ser a equipe profissional mais próxima das famílias, sendo necessário, portanto, realizar um trabalho que abrange o casal nessa escolha de forma eficiente e satisfatória. Sendo assim, o presente estudo emerge do anseio da seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento de gestantes usuárias de Unidades Básicas de Saúde da Zona da Mata Mineira sobre Planejamento Familiar?

Este trabalho se justifica pela importância de se compreender a interpretação do PF ofertado por mulheres em fase reprodutiva. Esse serviço de PF ainda necessita ampliar a interlocução e o envolvimento de seus usuários, como cidadãos habilitados a exercer interação e agir na realização de suas escolhas pessoais (SILVA et al., 2011).

Nesta concepção, o presente trabalho teve por objetivo identificar o conhecimento sobre Planejamento Familiar de gestantes usuárias de duas Unidades Básicas de Saúde de um município da Zona da Mata Mineira.

Diante dos trabalhos expostos, verifica-se a relevância da abordagem do tema PF com as usuárias cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde com ações de aconselhamento e assistência. Sabe-se, ainda, que a não realização do PF em conjunto com essas mulheres, gera dúvidas sobre os tipos de métodos contraceptivos disponíveis e a escolha do melhor momento para a vida reprodutiva. Logo, pode-se

perceber a necessidade de estratégias para trabalhar o PF, de forma que amplie o diálogo e a participação das usuárias, reduzindo os problemas sociais decorrentes da falta de conhecimento sobre o tema.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Castro et al (2015) realizaram um estudo que objetivou descrever a prática e os métodos contraceptivos no planejamento familiar em mulheres de baixa renda. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade Básica de Saúde. A população escolhida para o estudo foi de 43 mulheres de baixa renda que se encontravam cadastradas no planejamento familiar. Os resultados desse estudo indicam que o assunto não se esgota com os achados da pesquisa e que eles demonstram avanços e alguns entraves no planejamento familiar realizado na atenção básica. Deve-se buscar as falhas e aprimorar o que já vem sendo realizado com a clientela.

Silva e Nunes (2017) efetuaram um estudo com o objetivo de retratar as peculiaridades reprodutivas, socioeconômicas e demográficas de pessoas do sexo feminino com intervalo de idades de 15 a 49 anos, da equipe 023 na Unidade de Saúde da Família (USF) Laurides de Lima Milhomem - Palmas/TO. Trata-se de uma pesquisa de metodologia Documental com abordagem quantitativa–descritiva, com montante populacional de 1132 mulheres e amostra por 207, realizada nos meses de setembro a dezembro de 2015, por meio da aplicação de questionário após levantamento de prontuários. Nos resultados, é notório que a maioria das mulheres possui conhecimento sobre as ações de PF, no entanto, menos da metade utilizam serviço ofertado pela UBS.

Graciano et al (2014) tiveram um olhar amplo com o intuito de analisar a quantidade e a qualidade do PF junto aos jovens do município de Alfenas, Minas Gerais. O estudo tratou-se de análise descritiva, com coleta de dados que foi coordenado por meio de questionário estruturado. Para a classificação de classe social, foi utilizado o Teste de Graffar. De acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo DATASUS, em 2010 ocorreram 966 nascimentos, sendo que desses 159 de crianças filhas de mães com menos de 20 anos. Os resultados apontaram que a educação sexual no ambiente escolar merece

destaque, revelando ser eficaz para o conhecimento sobre os métodos contraceptivos e que estão disponíveis na rede de serviços de saúde.

Olsen et al (2017) realizaram um estudo com o objetivo de descrever a prevalência de concepção e a anticoncepção adotada pela população feminina de 15 a 19 anos residente no município de São Paulo. Pretendeu-se analisar os diferenciais do uso de contraceptivos e as fontes principais de obtenção dos métodos. A pesquisa utilizou a amostra probabilística de delineamento complexo, com investigação da história sexual, reprodutiva e contraceptiva dessas mulheres. O trabalho teve como resultado poder contribuir com subsídios para adequação das políticas de suporte ao planejamento reprodutivo aos desejos e às necessidades das jovens.

Reis (2014) efetuou um estudo com objetivo de propor ações de educação em planejamento familiar e de enfrentamento à gravidez na adolescência. Sua metodologia trata-se de um projeto de intervenção, que visa aumentar o conhecimento da população sobre a importância do PF e dos métodos contraceptivos, esclarecendo as pessoas em idade fértil. Foi elaborado um plano de ação a partir dos problemas identificados pela Equipe de Saúde da Família de Recreio Vale do Sol do município de Alfenas, MG. A pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013. Os principais resultados apontam que as ações estão pautadas na orientação a todos quanto à importância de se praticar uma vida sexual saudável, evitando o contágio de doenças sexualmente transmissíveis e uma gravidez indesejável.

Os estudos expostos apontam a importância do planejamento familiar e dos métodos contraceptivos como medida de enfrentamento a gravidez não planejada. Diante dos estudos apresentados, aponta-se como lacuna que nenhum deles abordou o tema planejamento familiar com usuárias gestantes cadastradas em unidades básicas de saúde de uma cidade da Zona da Mata Mineira. A razão pela predileção por gestantes ocorreu em virtude de que, em algum momento, estas mulheres efetuaram o Planejamento Familiar.

2.2. REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, a história do PF se baseia, especificamente, na era republicana, em que foram desenvolvidos programas pró-natalistas compostos por salário-família e auxílio natalidade, mas eram também registradas como políticas “controlistas”. Já no contexto mundial do período pós-guerra e sob a intervenção da teoria malthusiana,

considerava-se que a população aumentaria de modo acelerado e a produção alimentícia cresceria lentamente. Tendo em vista essa teoria, em 1952 foi implantada, em Londres, por Margaret Singer, a Federação Internacional de Planejamento Familiar – *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* – que tinha apoio financeiro de instituições que apontavam que o crescimento populacional deveria ser controlado em prol do desenvolvimento econômico (COSTA et al., 2013).

No entanto, é importante ressaltar que a limitação da taxa de natalidade difere do Planejamento Familiar. A primeira consiste em uma ação impositiva do Estado, já a o segundo aborda o direito de optar pela quantidade e de quando ter filhos. Portanto, o Programa de Planejamento Familiar desenvolvido pelo SUS objetiva informar os indivíduos, por meio de um conjunto de ações e condutas clínicas e práticas em saúde, orientando sobre a contracepção, provendo completa liberdade de escolha sem diferenciação, a fim de que seus usuários consigam, com informe e conhecimento, decidir, de maneira segura e efetiva, a ocasião que julgam mais favorável para a concepção (COSTA et al., 2013; GRACIANO et al., 2014).

Porém, a escolha do método contraceptivo deve contar com o auxílio de um profissional capacitado. Sendo indispensável, que o profissional de saúde, em seu desempenho, considere o usuário de forma holística, levando em conta fatores da sua conjuntura socioeconômica e cultural, no momento em que pretender definir o método anticonceptivo que irá adotar (COSTA et al., 2013).

De acordo com Pereira e Ferreira (2016), as condições socioeconômicas têm forte influência na saúde reprodutiva. A renda familiar e a baixa escolaridade podem resultar em dificuldade de acesso às informações, evidenciando as desigualdades sociais, condições precursoras de diversos riscos à saúde, influenciando, assim, no acesso das mulheres ao planejamento reprodutivo. Identifica-se, também, que a falta desse planejamento tem, como consequências, inúmeras gestações não planejadas e ausência de acompanhamento pré-natal.

Nos últimos dez anos, projetos para ampliar o ingresso a métodos de contracepção modernos (não comportamentais) foram instauradas no Brasil. Compõe-se aí a inclusão dos contraceptivos hormonais injetáveis na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), ampliação de oferta de contraceptivos na rede pública de saúde e a disposição de anticoncepcionais hormonais orais (ACO) e injetáveis no programa Farmácia Popular do Brasil, para distribuir gratuitamente em

redes próprias ou subsidiado em unidades comerciais de drogarias (OLSEN et al., 2017).

Esses métodos de contracepção podem ser classificados em: comportamentais, pautados nas transformações que acontecem no próprio organismo durante o período menstrual; de barreira, que são empecilhos mecânicos ou químicos à penetrabilidade dos espermatozóides no canal cervical (diafragma, preservativos masculino e feminino, assim como gel espermicidas); hormonais, que bloqueiam a fecundação (injetável, implante e pílula); dispositivo intrauterino (DIU), que impede a concepção; esterilização ou cirúrgicos (laqueadura e a vasectomia); e anticoncepção de emergência, método hormonal oral, que deve ser ingerido até 72 horas após o ato sexual sem proteção a fim de evitar a gravidez, popularmente conhecido como pílula do dia seguinte (VIEIRA et al., 2006)

Ressalta-se que apesar de existir a política governamental que determina normas e regulamenta a implantação e realização das ações de planejamento familiar no Brasil, existem obstáculos de acesso a serviços que ofertados pelo programa de PF: a qualidade inferior da atenção, a dificuldade de integralizar ações e a oferta com limitações de métodos anticonceptivos. Tais incoerências na assistência podem ser expressas, por exemplo, pelo conhecimento restrito do cliente a respeito dos métodos de contracepção, uso indevido, ausência de continuidade e prosseguimento no manuseio de métodos, desarticulação entre atividades educacionais e clínicas e na relação interpessoal autoritária entre usuários e profissionais de saúde. Essas circunstâncias podem apontar qualidade incipiente dos serviços de planejamento familiar (FIUZA et al., 2015).

Com o intuito de minimizar os pontos citados acima, o Ministério da Saúde recomenda que as ações de planejamento sejam desenvolvidas por enfermeiros e que o comportamento deles na assistência à contracepção proporcione a interação dos componentes da equipe de saúde, de modo que admita a atuação dos diversos elementos nas atividades, conforme a obrigação solicitada em cada situação (SILVA e NUNES, 2017).

Para Reis (2014), a estratégia que deve ser utilizada pelas equipes de saúde no PF são as atividades educativas, que devem ser executadas nos serviços de saúde e nos variados serviços sociais presentes na comunidade, com o intuito de incentivar as mulheres, homens, adolescentes e adultos quanto ao cuidado consigo mesmos,

fortalecendo a autonomia e a autoestima, colaborando para o exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Contudo, observa-se que a competência do profissional e a assistência são fatores consideráveis no que diz respeito ao planejamento familiar, já que famílias que não tiveram a oportunidade de se inteirar sobre planejamento irão buscar profissionais que estejam qualificados a fim de orientá-las. Para tal, é indispensável estarem atualizados quanto aos conhecimentos técnicos, científicos e culturais relativos ao suporte das necessidades de saúde sexual e reprodutiva das famílias, o que engloba habilidade para direcionar, informar e dialogar corretamente, participando da tomada de decisões em relação aos métodos anticonceptivos e acolhendo-as com respeito (MOTA et al., 2015).

3. METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas têm como propósito fundamental a descrição de características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Dentre suas características, a mais expressiva compreende a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática.

O estudo foi realizado no município de Raul Soares, situado na Zona da Mata Mineira, com área da unidade territorial de 771 km². De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), a população total estimada no ano de 2018 foi de 23.814 pessoas, sendo que, conforme o último censo demográfico de 2010, havia 23.818 habitantes e destes 7.021 eram mulheres com faixa etária entre 10 a 49 anos, ou seja, mulheres consideradas em idade fértil (BRASIL, 2017). De acordo com a Prefeitura Municipal, atualmente, a estrutura dos serviços de Atenção Primária em saúde no município é oferecida sobretudo por 9 (nove) Estratégias Saúde da Família (ESF).

O universo de estudo elencou o tema Planejamento Familiar/Métodos contraceptivos em duas Estratégias de Saúde da Família: a ESF da Vila Barbosa e a ESF do Morro das Pedras. O motivo de escolha dessas unidades é pelo fato de serem as mais populosas dentre as 9 ESF existentes, abrangerem áreas com maiores níveis de vulnerabilidade social e serem possuidoras de quantidade expressiva de gestantes, quando comparado as outras, segundo informações colhidas com a coordenadora da

Atenção Primária do município. A pesquisa incluiu as gestantes presentes nos dias da consulta de pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde citadas. A amostra foi abordada enquanto aguardava o atendimento ambulatorial, nos meses de maio a julho de 2018.

Realizou-se o cálculo amostral com base em informações prestadas pela coordenadora das unidades em relação à quantidade anual de consultas de pré-natal efetuadas no município, realizando-se uma comparação com os dados disponíveis no DataSUS de 2015. A quantidade total de consultas foi dividida pela quantidade mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, que são 6 consultas por gestante. O total obtido pelo cálculo foi de que 58 gestantes deveriam ser entrevistadas. Entretanto, durante o processo de coleta, houve algumas intercorrências, a saber: três entrevistadas se recusaram a participar; ficaram excluídos do período de coleta os meses de janeiro a abril e de agosto a dezembro; a greve dos caminhoneiros também interferiu, visto que algumas gestantes não compareceram ao agendamento da consulta de pré-natal, além disso, a amostra estava ficando saturada, pois, geralmente passa-se de 6 consultas por gestantes. De acordo com as enfermeiras das unidades, até 28^o semanas de gestação a consulta é mensalmente, de 28^o a 36^o é quinzenalmente, e de 36^o a 41^o é semanalmente. Assim, o universo amostral obtido foi de 49 gestantes.

Foi aplicado um questionário da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - Seção 3: Planejamento da Fecundidade e Seção 6: Anticoncepção (BRASIL, 2006), que foi adaptado pelas pesquisadoras, passando a conter 21 questões objetivas. O instrumento utilizado abordou assuntos como métodos contraceptivos e gravidez, sendo estes inseridos no PF.

Antes de iniciar a coleta de dados todas as gestantes foram informadas sobre o objetivo da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. No ato da coleta de dados, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Este segue as especificações da lei 466/2012 (BRASIL, 2013), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando o anonimato e a autonomia de recusar ou desistir de fazer parte da amostra do estudo.

Os dados coletados foram computados e trabalhados nos programas Microsoft *Word* e *Excel* 2010 e organizados em gráficos e tabelas para a apresentação dos resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados descritos abaixo foram obtidos por meio de questionários aplicados a 49 gestantes. Na Tabela 1, estão apresentadas as características sociodemográficas para reconhecimento da população estudada.

Tabela 1: Características sociodemográficas de gestantes de duas Unidade Básica de Saúde, localizadas em Raul Soares, MG. 2018.

Características	%
Faixa Etária	
16 a 20 anos	26,53
21 a 25 anos	30,61
26 a 30 anos	24,49
31 a 35 anos	12,24
36 a 40 anos	2,04
41 a 49 anos	4,08
Etnia	
Branca	28,57
Preta	10,20
Parda	51,02
Amarela	10,20
Escolaridade	
Ensino Fundamental incompleto	16,33
Ensino Fundamental completo	10,20
Ensino Médio incompleto	22,45
Ensino Médio completo	44,90
Ensino Superior incompleto	2,04
Ensino Superior completo	4,08
Estado Civil	
Solteira	16,33
Casada	38,78
União estável	44,90

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Ao analisar os dados expostos quanto à faixa etária, observa-se que 57,14% das mulheres tinham de 16 a 25 anos. Segundo Graciano et al., (2014) constata-se que as mulheres estão começando a vida sexual cada vez mais cedo, como também a prática contraceptiva.

Em se tratando do nível de escolaridade, observa-se que os anos totais de estudos das pesquisadas são baixos, haja vista que 48,98% não concluíram o Ensino Médio. De acordo com Paniz, Fassa e Silva (2005), o nível de escolaridade pode influenciar no PF, já que verifica-se que quanto maior a escolaridade do indivíduo, maior será o conhecimento sobre os métodos e a sua utilização, evitando assim que se contraíam doenças e gravidez indesejadas.

Em relação ao estado civil, fica claro, no presente estudo, que 83,68% das mulheres têm companheiros, seja pelo método tradicional casamento ou união estável. Segundo Vieira (2013), a participação do homem no PF otimiza os resultados e promove uma maior igualdade entre os gêneros, além de retirar a sobrecarga de responsabilidade da mulher.

A Tabela 2 revela aspectos notórios acerca do Planejamento Familiar, com ênfase em números de gravidez, desejo de engravidar e tentativa de adiar a gravidez,

assim como participação em palestras sobre PF e orientações recebidas de agentes de saúde sobre o tema.

Tabela 2: Informações sobre Planejamento familiar, prestadas por gestantes, de duas Unidade Básica de Saúde, localizadas em Raul Soares, MG. 2018.

Características	%
Nº de gravidez, sem contar a atual	
Uma	36,73
Duas	12,24
Quatro	4,08
Outro	46,94
Desejo de ter filhos	
Queria naquele momento	48,98
Queria esperar mais	38,78
Não queria ter (mais) filhos	12,24
Tentou adiar ou evitar a gravidez	
Sim	61,22
Não	38,78
Participou de palestras sobre planejamento familiar	
Sim	10,20
Não	89,90
Foi visitada por um Agente de Saúde que abordou sobre planejamento familiar	
Sim	44,90
Não	55,10

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Verifica-se que 61,22% da amostra investigada tentou de alguma maneira adiar ou evitar uma gravidez. Nesse sentido, percebe-se que a adoção de práticas contraceptivas depende do embasamento referente aos métodos disponíveis e sobre suas formas de funcionamento e utilização (SILVA et al., 2017).

Apesar dos amplos avanços na terapêutica curativa e preventiva de saúde do público em situação de vulnerabilidade social, o Programa de Atenção Básica, que engloba outros programas, vem enfrentando obstáculos nos setores de organização dos produtos, serviços e ações realizadas pela Unidade Básica de Saúde e Planejamento Familiar (OLIVEIRA, DALTRO e DIAS, 2016). Ao encontro disso, a pesquisa aponta que 89,90% das gestantes usuárias não participaram de grupos ou palestras sobre PF na UBS que é cadastrada.

Na Figura 1 está representada a quantidade de participantes que ouviram ou leram, nos últimos 12 meses, sobre como evitar a gravidez e os respectivos meios de informações.

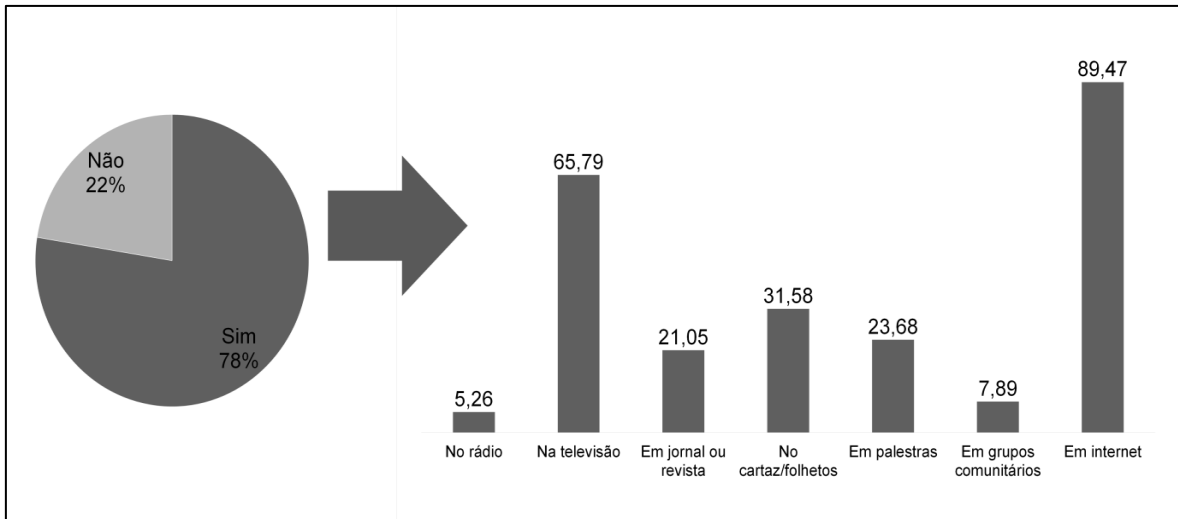


Figura 1: Meios de informação sobre métodos contraceptivos relatados por gestantes de duas Unidades Básicas de Saúde, localizadas em Raul Soares-MG 2018.

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Das entrevistadas, 78% responderam que ouviram ou leram, nos últimos 12 meses, sobre como evitar a gravidez. Destaca-se a Internet com 89,47% e a televisão com 65,79% como instrumentos mais citados no que diz respeito aos meios de acesso as informações. A partir desses dados, é possível verificar a importância dos meios de informações e definir estratégias de alcance a população-alvo. Para Castro et al., (2015), os meios de informações são relevantes tanto para disseminar adequadamente o uso do método quanto para divulgar os caminhos para obtê-los.

A Figura 2 apresenta os métodos contraceptivos utilizados pelas entrevistadas antes de engravidar.

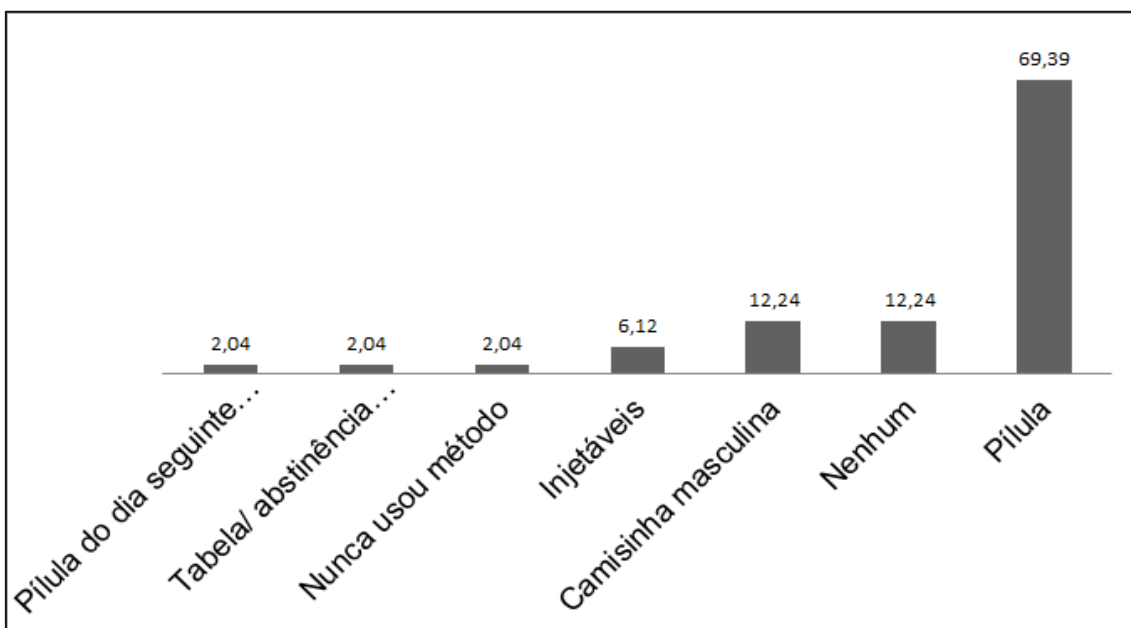


Figura 2: Métodos contraceptivos utilizados relatados por gestantes de duas Unidade Básica de Saúde, localizadas em Raul Soares, MG. 2018.

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

A Figura 3 apresenta os métodos contraceptivos que as entrevistadas “já ouviram falar”.

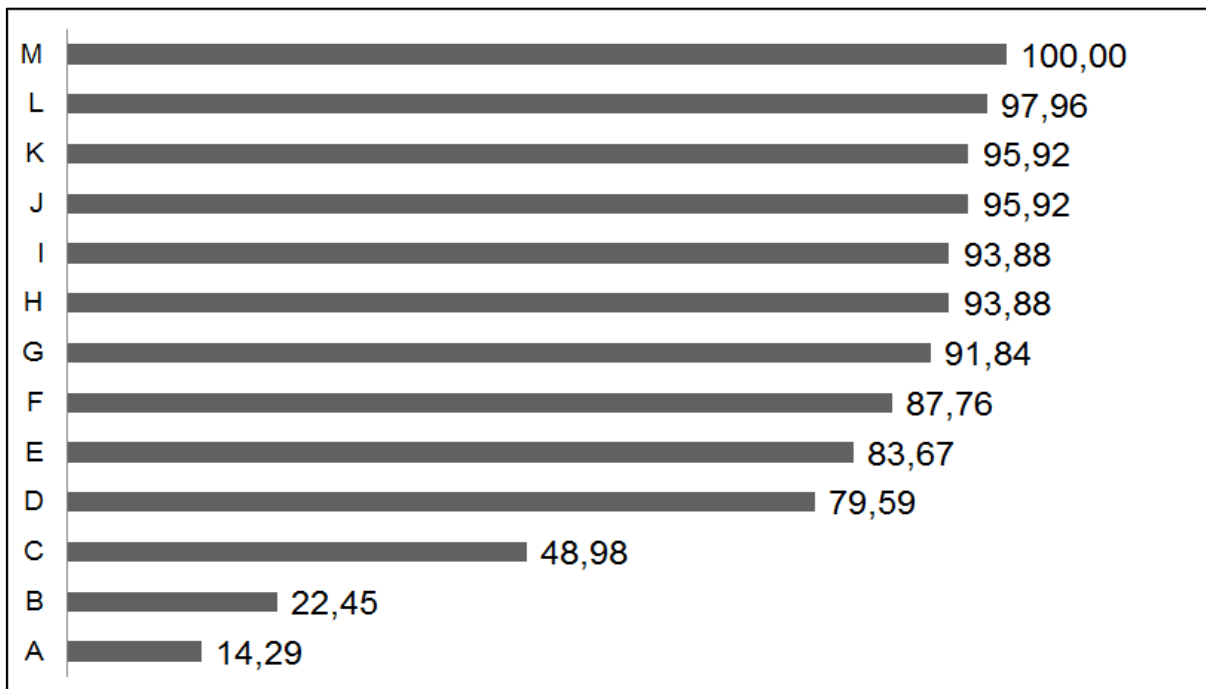


Figura 3: Métodos contraceptivos conhecidos relatados por gestantes de duas Unidade Básica de Saúde, localizadas em Raul Soares, MG. 2018.

Legenda: A – Creme/óvulo; B – Implantes (Norplant); C – Diafragma; D – Coito Interrompido; E – Tabela/abstinência periódica; F – DIU; G – Esterelização Feminina (Laqueadura); H– Esterelização Masculina (Vasectomia); I – Camisinha Feminina; J – Injetáveis; K- Pílula do dia seguinte(Contracepção de emergência); L- Pílula; M – Camisinha Masculina.

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Dos 13 métodos apresentados no questionário, entre 14,29% a 100% (Figura 3) das entrevistadas tinham conhecimento de algum ou mais dos métodos apontados na pesquisa. A camisinha masculina e a pílula são os métodos mais conhecidos, 100% das entrevistadas afirmaram conhecer a camisinha masculina e 97,96% a pílula. Dentre os métodos contraceptivos pouco conhecidos pode-se mencionar creme/óvulo 14,29% e Implantes (Norplant) 22,45%. Nota-se também que a pílula foi apontada como a forma mais utilizada de contracepção pelas pesquisadas, cujo percentual foi de 69,39% (Figura 2).

Segundo Barros, Penha e Galiza (2016), os métodos mais propagados e conhecidos no país são o preservativo e a pílula, todavia, a utilização correta e o conhecimento preciso de como usá-los ainda não é tão contínuo quanto o simples fato de “ter ouvido falar”. Além disso, de forma genérica, estudos disponíveis dedicam-se ao conhecimento de métodos em termos de “ouvir falar” e não chegam a mensurar a peculiaridade da informação que as pessoas dizem possuir.

A Figura 4 apresenta a justificativa das entrevistadas quanto ao motivo que as levou a utilizar os métodos contraceptivos antes da gravidez atual:

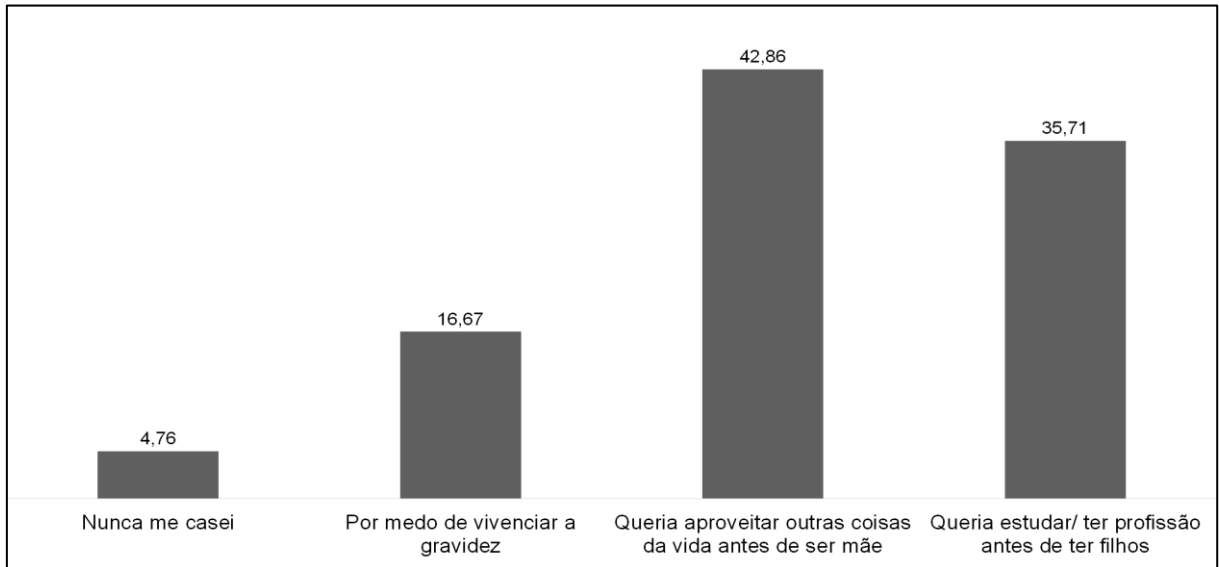


Figura 4: Motivo de uso dos métodos contraceptivos por gestantes de duas Unidade Básica de Saúde, localizadas em Raul Soares, MG. 2018.

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Quando questionadas sobre o motivo mais importante pela decisão do uso do método, 42,86% da população estudada queriam aproveitar outras coisas da vida antes de serem mães. Para Silva et al. (2011, p.2417):

o controle de fertilidade está relacionado a um exercício de poder da mulher sobre seu corpo, regulando seu destino biológico da procriação. Evitar filhos foi uma decisão como suporte para uma vida livre de certas dificuldades vivenciadas na família e na sociedade.

A Figura 5 expõe sobre o ato da procura do SUS para obter algum tipo de método e o fundamento para os casos da não procura:

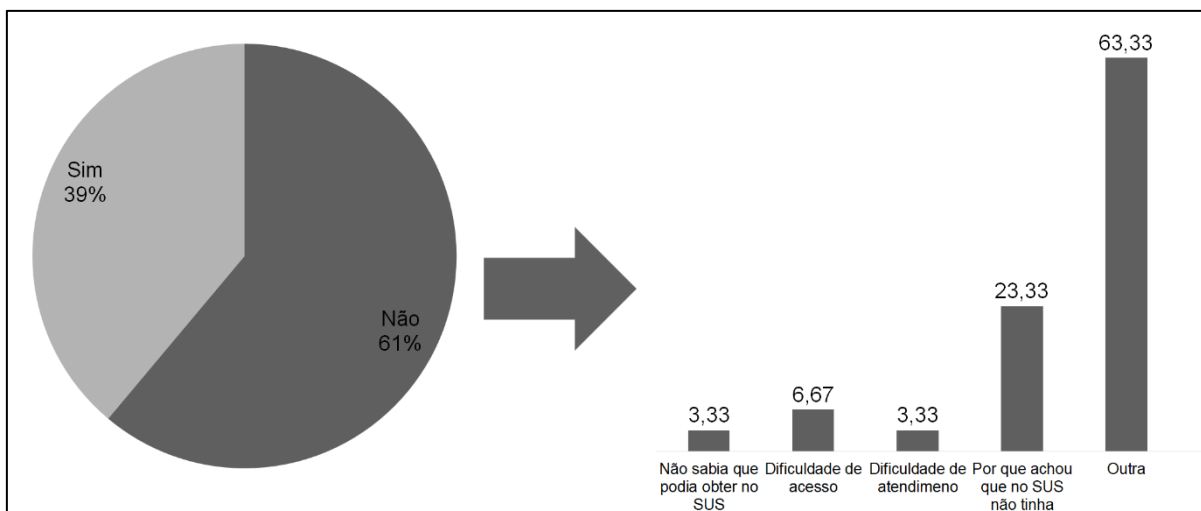


Figura 5: Razão de não procura no Sistema Único de Saúde de informações sobre algum tipo de método contraceptivo, relatado por gestantes de duas Unidade Básica de Saúde, localizadas em Raul Soares, MG. 2018.

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Das entrevistadas, 61% não procuraram o SUS para obter algum tipo de método. E como explicação para tal episódio, 63,33% marcaram a opção “outra”. Algumas relataram que acharam melhor adquirir o método na Farmácia. Outras relataram nunca ter procurado ou ter vergonha de procurar os métodos nas unidades. O que demonstra que o Planejamento Familiar, mesmo com mais de trinta anos de existência, ainda exibe déficit no que corresponde à sua implementação, especialmente na atenção pré-natal (SILVA et al., 2017).

Neste contexto, Silva e Nunes (2017) afirmam que se observa que a ausência de orientação no que tange ao método e/ou a sua maneira de uso implica na utilização equivocada, sendo capaz de levar o uso da medicação a efeitos adversos e, por consequência, o descontentamento relacionado ao método escolhido.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que as entrevistadas não têm conhecimento satisfatório sobre planejamento familiar, principalmente quando o assunto é método contraceptivo. Tal afirmação pode ser constatada pelo fato de a utilização de métodos se restringir em maior parte a pílula e pela escassa participação em grupos ou palestras sobre Planejamento Familiar na UBS.

Além disso, ressalta-se que mais da metade da amostra estudada não procura o SUS para obter algum tipo de método por vergonha ou, até mesmo, por achar ser mais confiável o método obtido na farmácia. Isso demonstra que o PF não está

implantado de maneira eficaz nas unidades de saúde, de forma que as usuárias se sintam seguras para procurar a UBS para obter o método.

Logo, é imprescindível definir estratégias de alcance a população-alvo, adequando os meios de informações conforme a peculiaridade da área de abrangência de cada unidade, bem como uma abordagem que transmita segurança e confiabilidade, refletindo positivamente na integração das gestantes às atividades educativas.

6. REFERÊNCIAS

BARROS, Maria Aline Rodrigues; PENHA, Jardeliny Corrêa da; GALIZA, Djanira Furtado. Relação dos condicionantes socioeconômicos, sexuais e reprodutivos quanto ao uso de método contraceptivo de presidiárias. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v.10, n.12, p.4599-4605, Dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notícia sobre planejamento familiar**. 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>. Acesso em: 16.mar.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Questionário da Mulher**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2006. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/pnds/img/Questionario_Mulher.pdf. Acesso em: 02.mai.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 25.jun.2018.

CASTRO, Silva et al. Métodos contraceptivos utilizados no planejamento familiar em mulheres de baixa renda em São Luís – MA. **Revista Interdisciplinar/ Centro Universitário Uninovafapi**. São Luís- MA. v.8, n.1, p.129-136, Jan./Fev./Mar. 2015.

COSTA, Alcione et al. História do Planejamento Familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.1, p.74-86. Jan/Mar. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3821.pdf>. Acesso em: 08. Mar. 2018.

FIUZA, Érica Santana de Sá et al. Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v.7, n.4, p.3227-3238. Out./Dez. 2015.

GIL, Antônio Costa. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRACIANO, Miriam Monteiro de Castro et al. Saúde reprodutiva na adolescência: comunicação, funcionalidade da família e comportamento preventivo. **Revista Oficial**

do Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente/UERJ. Rio de Janeiro. v. 11, n. 3, p. 87-95, Jul/Set 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/raul-soares/panorama>. Acesso em: 17. Nov..2018.

MONZZAQUATRO, Caroline de Oliveira; ARPINI, Dorian Mônica. Planejamento Familiar e Papéis Parentais: o Tradicional, a Mudança e os Novos Desafios. **Psicologia: ciência e profissão.** Brasília. v.37, n.4, p. 923-938. Out/Dez. 2017.

MOTA, Dário da Silva et al. Pesquisa-Ação com grupo de mulheres sobre Planejamento Familiar: percepção das participantes. **Revista de Políticas Públicas-SANARE.** Sobral, v.14, n.02, p.79-83, jul./dez. 2015.

OLIVEIRA, Lays Andrade de; DALTRO, Osceário Forte; DIAS, Neyly Maria. Planejamento familiar e atenção básica de saúde como instrumentos de gestão pública educativo e preventivo. **Revista FAIPE.** Cuiabá, v. 6, n. 2, p. 83-103, jul./dez. 2016.

OLSEN, Julia Maria et al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública.** v.34, n.2, p.1-17, Jun/Jul 2017.

PANIZ, Vera Maria Vieira; FASSA, Anaclaudia Gastal; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.21, n.6, p.1747-1760. Nov./Dez. 2005.

PEREIRA, Chirlene de Oliveira de Jesus; FERREIRA, Silva Lúcia. Experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e assistência no período gravídico-puerperal. **Revista Feminismos.** v.4, n.3, p.47-61. Set/Dez. 2016.

REIS, Vilnara Domingos. **Uma Abordagem de Planejamento Familiar na Estratégia de Saúde da Família de Alfenas.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista. Alfenas, Campos Gerais /MG, p.34. 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/abordagem-planejamento-familiar-esf-alfenas.pdf>. Acesso em: 04. Mar. 2018.

SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; FERREIRA, Cristino Cavalcante; SILVA, Maria Lisiane da. Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: Revisão Integrativa. **Revista APS.** v. 18, n. 3, p. 368-377. Jul./Set.2015.

SILVA, Dalva Eloiza Santos et al. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca dos métodos contraceptivos. Universidade Federal de Sergipe-Campus **Lagarto.** n.9, v.9, p.1-3, Mai. 2017.

SILVA, Jaqueline Miranda Barros; NUNES, Maryelle Alves. Planejamento familiar: uma base de dados. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. v.9, n.2, p.510-519. Abr./Jun. 2017.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Planejamento familiar: Significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Fortaleza. v.16, n.5, p.10, p.2415-2424, 2011.

VIEIRA, Leila Maria et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. Recife. v.6, n.1, p.135-140. Jan./Mar. 2006.

VIEIRA, Thaianne Santos. Planejamento Familiar para adolescentes: potencialidades e limitações. **Revista Eletrônica da Fainor**. Vitória da Conquista. v.6, n.1, p.25-41, Jan./Jun. 2013.

ZUNTA, Raquel Silva Bicalho; BARRETO, Eliene Santos. Planejamento familiar: critérios para escolha do método contraceptivo. **Journal of the Health Sciences Institute**. v. 32, n. 2, p. 173-178. Abr./Jun. 2014.



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

Enfermagem 10º Período

Acadêmicas: Ingredi Souza Lana, Júlia Kê mily Alves Ferreira e Thais da Silva Abreu

QUESTIONÁRIO ADAPTADO

IDENTIFICAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

Código de Identificação _____

Data: ____ / ____ / ____

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS
1.	Faixa etária:	() 10 a 15 anos.....1 () 16 a 20 anos.....2 () 21 a 25 anos.....3 () 26 a 30 anos.....4 () 31 a 35 anos.....5 () 36 a 40 anos.....6 () 41 a 49 anos.....7
2.	Se você tiver que classificar a sua cor em branca, preta, parda, amarela ou indígena, como se classificaria?	() Branca1 () Preta2 () Parda3 () Amarela4 () Indígena.....5 () Recusou-se a responder.....6 () Não sabe7
3.	Escolaridade:	() Ensino Fundamental incompleto.....1 () Ensino Fundamental completo.....2 () Ensino Médio incompleto.....3 () Ensino Médio completo.....4 () Ensino Superior incompleto.....5 () Ensino Superior completo.....6
4.	Estado Civil:	() Solteira.....1 () Casada.....2 () Divorciada.....3 () Viúva.....4 () União estável.....5
5.	Fora esta gravidez atual, quantas vezes você já ficou grávida, mesmo que a gravidez não tenha chegado até o fim?	() Uma vez.....1 () Duas vezes.....2 () Três vezes.....3 () Quatro vezes.....4

		() Outro. _____.....5
6.	Quando ficou grávida, estava querendo engravidar naquele momento, queria esperar mais ou não queria ter (mais) filhos?	() Queria naquele momento.....1 () Queria esperar mais.....2 () Não queria ter (mais) filhos3
7.	Você tentou de alguma maneira adiar ou evitar uma gravidez?	() Sim.....1 () Não.....2
8.	Nos últimos 12 meses, ouviu ou leu sobre como evitar gravidez? (Mais de uma alternativa)	() Sim.....1 () Não.....2 Se sim, onde? () No rádio.....1 () Na televisão.....2 () Em jornal ou revista.....3 () Num cartaz/ folhetos.....4 () Em palestras.....5 () Em grupos comunitários6 () Em Internet.....7
9.	Já participou de grupos ou palestras sobre planejamento familiar na UBS que você é cadastrada?	() Sim.....1 () Não2
10.	Já foi visitada por um agente de saúde que conversou sobre planejamento familiar?	() Sim.....1 () Não.....2
11.	Qual o método anticoncepcional você estava utilizando antes de engravidar? (Mais de uma alternativa)	() Camisinha feminina.....1 () Camisinha masculina.....2 () Coito interrompido/Gozar fora.....3 () Diafragma.....4 () DIU.....5 () Implantes (Norplant).....6 () Injetáveis.....7 () Pílula.....8 () Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência)9 () Tabela/ abstinência periódica.....10 () Nenhum.....11 () Nunca usou método.....12 () Outros. _____...13
12.	Por que estava usando (CITE NOME DO MÉTODO) e não outro método?	() Recomendação médica1 () Menos efeitos colaterais2 () Mais fácil de usar.....3 () É melhor para mim.....4 () Recomendação de amigas /parentes5 () Menor custo6 () Não teve acesso a outros métodos7 () Marido não quis usar outro método8 () Preferência do companheiro/marido.....9 () Outro.....10

13.	Onde havia adquirido o método que você utilizava?	<input type="checkbox"/> PSF.....1 <input type="checkbox"/> Farmácia comercial2 <input type="checkbox"/> Farmácia Popular.....3 <input type="checkbox"/> Não se adequa.....4
14.	Quando começou a usar o método, consultou algum profissional, médico ou enfermeiro?	<input type="checkbox"/> Sim, médico.....1 <input type="checkbox"/> Sim, enfermeiro (a).....2 <input type="checkbox"/> Não.....3
15.	Qual o motivo MAIS IMPORTANTE que fez com que (você/seu parceiro) decidisse pelo uso de métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> Nunca quis ter filhos.....1 <input type="checkbox"/> Queria estudar/ ter profissão antes de ter filhos.....2 <input type="checkbox"/> Queria aproveitar outras coisas da vida antes de ser mãe.....3 <input type="checkbox"/> Por medo de vivenciar a gravidez4 <input type="checkbox"/> Nunca tive um companheiro com quem quisesse ter filhos.....5 <input type="checkbox"/> O companheiro/ marido não queria filhos.....6 <input type="checkbox"/> Nunca me casei7
16.	Você diria que usar método contraceptivo é principalmente uma decisão sua, do seu marido/companheiro ou vocês dois decidem juntos?	<input type="checkbox"/> Sim, conversou e o marido/companheiro ajudou a decidir sobre o método.....1 <input type="checkbox"/> Sim, conversou mas decidi sozinha.....2 <input type="checkbox"/> Não conversou.....3 <input type="checkbox"/> Não tem marido/companheiro4
17.	Que métodos você conhece ou já ouviu falar? (Mais de uma alternativa)	<input type="checkbox"/> Esterilização feminina (Laqueadura).....1 <input type="checkbox"/> Esterilização masculina (Vasectomia).....2 <input type="checkbox"/> Camisinha feminina.....3 <input type="checkbox"/> Camisinha masculina.....4 <input type="checkbox"/> Coito interrompido/Gozar fora.....5 <input type="checkbox"/> Creme/óvulo.....6 <input type="checkbox"/> Diafragma.....7 <input type="checkbox"/> DIU.....8 <input type="checkbox"/> Implantes (Norplant).....9 <input type="checkbox"/> Injetáveis.....10 <input type="checkbox"/> Pílula.....11 <input type="checkbox"/> Pílula do dia seguinte (Contraceção de emergência).....12 <input type="checkbox"/> Tabela/ abstinência periódica.....13 <input type="checkbox"/> Nenhum.....14 <input type="checkbox"/> Outros.15
18.	Alguma vez você procurou o SUS para obter algum tipo de método?	<input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quando procurou o SUS para conseguir os métodos desejados, recebeu alguma orientação? <input type="checkbox"/> Sim, sempre1 <input type="checkbox"/> Sim, às vezes2 <input type="checkbox"/> Não recebi.....3 <input type="checkbox"/> Não lembra.....4 <input type="checkbox"/> Não. Se não, por que nunca procurou o SUS para obter o método?.....2 <input type="checkbox"/> Não sabia que podia obter no SUS.....1 <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso2 <input type="checkbox"/> Dificuldade de atendimento.....3 <input type="checkbox"/> Porque achou que no SUS não tinha.....4

		() Outra5
19.	Quando procurou o SUS, conseguiu o método contraceptivo? Para mulher que respondeu SIM na 18	() Sim, sempre1 () Sim, às vezes2 () Não conseguiu.....3 Quando não conseguiu no SUS, onde obteve o método? () Comprou na farmácia.....1 () Ganhou de alguém.....2 () Ficou sem.....3 () Usou outro método indicado pelo SUS4 () Usou outro método.....5 () Não sabe/Não lembra6
20.	Em relação ao futuro. Quer ter outro(a) filho(a) ou prefere não ter mais filhos?	() Ter outro(a) filho(a).....1 () Ter mais filhos.....2 () Não ter mais filhos.....3
21.	Durante esta gestação recebeu orientações sobre planejamento familiar? (Admite mais de uma alternativa, caso a resposta seja afirmativa)	() Não.....1 () Sim. Se sim, quem a orientou?2 () Enfermeiro.....1 () Médico.....2 () Outro.3



UNIVÉRTIX
FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você gestante está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: **CONHECIMENTO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR DE GESTANTES USUÁRIAS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NA ZONA DA MATA MINEIRA**, pelas acadêmicas pesquisadoras Íngredi de Souza Lana, Júlia Kêmily Alves Ferreira e Thais da Silva Abreu para dar o competente consentimento a fim de participar do trabalho investigativo para a disciplina Trabalho de Curso (TC) do curso de Enfermagem da Faculdade Vértice a ser conduzido pelas citadas acadêmicas.

Você irá nos responder perguntas sobre: Já participou de grupos ou palestras sobre planejamento familiar na UBS que você é cadastrada? Qual o método anticoncepcional você estava utilizando antes de engravidar?

A abordagem para a entrevista ocorrerá nas Unidades Básicas de Saúde de Raul Soares: ESF da Vila Barbosa e a ESF do Morro das Pedras, durante a espera da consulta de pré-natal não atrapalhando em nada as atividades da entrevistada.

Antes de aceitar participar da pesquisa, as acadêmicas, em reunião específica para esse fim, prestaram os esclarecimentos, em especial, alertar para possíveis riscos ou desconfortos que podem ocorrer : durante a entrevista você pode ter medo ou insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação. E como benefício contribuir para a ampliação do diálogo e a participação das estratégias para trabalhar o Planejamento Familiar, além de fornecer a assistência de profissional capacitado para esclarecer dúvidas sobre o uso de métodos contraceptivos e a escolha do melhor momento para a vida reprodutiva.

Serão feitas algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador irá registrar no questionário sua resposta. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja apagado o registro feito até o momento. Sua

participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de trinta minutos.

Você poderá se recusar a participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Serão garantidos o anonimato e privacidade as participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam compromê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e trabalho de curso.

Confirmando ter sido informada e esclarecida sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Raul Soares, _____ de _____ de 2018.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

 **UNIVÉRTIX**
FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
brasileira, residente na cidade de Raul Soares-MG declaro ter sido procurada pelas acadêmicas pesquisadoras Íngredi de Souza Lana, Júlia Kê mily Alves Ferreira e Thais da Silva Abreu para dar o competente consentimento a fim de participar do trabalho investigativo para a disciplina Trabalho de Curso (TC) do curso de Enfermagem da Faculdade Vértice a ser conduzido pelas citadas acadêmicas.

As acadêmicas, em reunião específica para esse fim, prestaram os esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho, cujo exame prévio pormenorizado foi realizado, havendo, em especial, alertado para possíveis riscos em que poderá incorrer a signatária, ao participar desse trabalho, bem como esclareceu os benefícios pessoais e sociais que o trabalho poderá trazer.

Além disso, as acadêmicas, ao discutir as medidas que serão adotadas no decorrer do trabalho, para proteger a pessoa da signatária, informou da impossibilidade de assegurar cem por cento de confidencialidade e anonimato. Após o exame e os esclarecimentos prestados, foi-lhes dado o consentimento, inclusive para posteriores publicações, na certeza de que os benefícios pessoais e sociais da pesquisa serão maiores que os riscos que ela poderá oferecer.

Raul Soares, ____ de _____ de 2018.

ASSINATURA DA ENTREVISTADA

FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES NA PRÁXIS DO ALEITAMENTO MATERNO: A PERSPECTIVA DAS NUTRIZES DE UMA CIDADE DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICOS: ALEX MATIAS DOS SANTOS; LÍVIA RODRIGUES DE CASTRO;
PAULA MOREIRA CARVALHO.

ORIENTADORA: Profa. Esp. Deisy Mendes Silva.

LINHA DE PESQUISA: 1. Cuidado de Enfermagem.

Resumo: O objetivo do estudo é identificar os fatores facilitadores e dificultadores para a práxis do aleitamento materno em nutrizes de um município da Zona Mata Mineira. Este estudo é relevante pela possibilidade de reunir dados para o conhecimento de questões sobre a amamentação para, a partir deles, planejar ações de conscientização sobre sua importância, esclarecer dúvidas das mães e promover campanhas educativas. O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa. Às mães elegíveis, foi aplicado um questionário semiestruturado adaptado de Silva e Fernandez (2014), composto por 20 perguntas. A pesquisa foi realizada com 28 nutrizes e os resultados foram positivos em relação à amamentação. Após análise dos dados, foi possível identificar que as nutrizes têm conhecimento sobre os benefícios da amamentação, porém apresentaram fatores dificultadores que podem acarretar o desmame precoce. Sendo assim, chegou-se a um resultado satisfatório, tendo em vista que se deve continuar criando campanhas de esclarecimento e orientações para a mulher nutriz.

PALAVRAS-CHAVE: aleitamento materno; nutrizes; facilidades; dificuldades.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a amamentação seja mantida exclusivamente nos seis primeiros meses de vida da criança. O leite materno é rico em nutrientes e é o alimento mais completo, sendo suficiente para nutrir as crianças nos primeiros meses de vida (SANTOS *et al.*, 2017).

O leite materno tem a quantidade de água, carboidratos, proteínas e lipídeos necessários para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes, além de ser um alimento isento de bactérias. Assim, a amamentação deve ser orientada para garantir bem-estar, segurança e saúde da criança, pois é o alimento ideal para o recém-nascido, fortalecendo a manutenção do vínculo mãe e filho que se inicia na gestação (ANTUNES *et al.*, 2014).

Tomasi *et al.*, (2017) afirmam que o incentivo à amamentação teve aumento significativo nos últimos anos, provavelmente pelo fato da realização de estudos que

comprovam as vantagens do aleitamento materno para mãe e o bebê. Entre os benefícios da amamentação, pode-se citar nutrição adequada à criança e a diminuição da prevalência e risco de desenvolvimento de câncer de mama e ovário na mulher (SANTOS *et al.*, 2017).

Embora haja conhecimento sobre todos os benefícios relatados, verifica-se um aumento na ablactação, devido ao nível socioeconômico da mãe, falta de informações sobre as vantagens do ato de amamentar e questões culturais (COUTINHO e KAISER, 2015). Barbosa *et al.*, (2017) afirmam que algumas situações indesejáveis podem aumentar a chance do desmame, por exemplo, a presença de dor mamilar, ingurgitamento mamário, lesão mamilar, fadiga e sensação de cansaço.

As ações de Enfermagem são extremamente importantes na promoção da amamentação exclusiva. O enfermeiro possui o conhecimento técnico e científico adequado para orientar, apoiar, ajudar e tirar dúvidas pertinentes das mães. Suas intervenções estão embasadas nos benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e fisiológicos para mãe-filho (AMARAL *et al.*, 2015).

Justifica-se a importância de estudos nessa área para melhor qualificação da assistência prestada às mães acerca da amamentação. É por meio do conhecimento e compreensão dos benefícios e dificuldades desta que será possível a reflexão dos profissionais de saúde quanto à necessidade de novas estratégias para minimizar e ou reduzir a interrupção precoce da lactação.

O ato de amamentar, segundo Nunes (2015), vai além do ato do bebê receber o leite da mãe. É também uma fonte de amor, afeto e calor humano, fatores que contribuem para o desenvolvimento psíquico e emocional da criança. Nesse sentido, é preciso compreender quais os fatores facilitadores e dificultadores para a práxis do aleitamento materno. Portanto, o objetivo do estudo é identificar os fatores facilitadores e dificultadores para a práxis do aleitamento materno em nutrízes de um Município da Zona Mata Mineira.

Este estudo é relevante pela possibilidade de reunir dados relativos à amamentação, planejar ações de conscientização, esclarecer dúvidas das mães e promover campanhas educativas. Ademais, é fator agregador de conhecimento para a formação do profissional de Enfermagem.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pinho *et al* (2016) relatam que o leite materno é o melhor alimento para o bebê nos primeiros 6 meses de vida, pois possibilita o crescimento e desenvolvimento adequado no tempo certo. Objetivou-se, com este estudo, identificar o perfil das publicações brasileiras sobre o aleitamento materno. Trata-se de um estudo bibliográfico, com análise quantitativa e descritiva da produção do conhecimento científico por meio da contagem de documentos. Foram identificados 579 descritores entre os textos publicados. Os mais citados foram: aleitamento materno (397) desmame (109), promoção da saúde (26), nutrição do lactente (25) lactente (24) e leite humano (23).

Capucho *et al* (2017) buscaram, em seu estudo, destacar as causas que interferem no aleitamento materno exclusivo. O estudo se configura em uma revisão integrativa das literaturas nas bases de dados dos sites *SciELO* e *LILACS*, em que se analisou 134 artigos científicos. Os autores estabeleceram 5 fatores que estiveram mais frequentes entre as causas que causam o desmame precoce. Entre estes se destacam emocionais, familiares e, principalmente, sociais, como a inserção da mulher no mercado de trabalho e a falta de tempo para se dedicar à amamentação.

Prates, Schmalfuss e Lipinski(2014) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer a relevância da família na amamentação e analisar a responsabilidade dos profissionais da área da saúde nesse processo. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, utilizando pressupostos da pesquisa participante. Os resultados explicitam que a amamentação não é apenas um processo restrito à mãe e o bebê, pois é capaz de sofrer a influência de pessoas do mesmo convívio.

Fialho *et al* (2014) objetivaram compreender a influência do enfermeiro em relação ao aleitamento materno e identificar o que leva a mãe deixar de amamentar antes do tempo. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica a partir livros, artigos e materiais da internet. Os dados apontam que há diversos fatores que podem influenciar para o sucesso ou fracasso do aleitamento materno como o interesse da mãe em amamentar e competência dos profissionais da área na promoção do aleitamento.

Oliveira *et al* (2015) desenvolveram uma pesquisa sobre aleitamento com o objetivo de analisar a vida das mães em relação a essa prática e as causas para o desmame precoce. Tratou-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa e que foi realizada em uma unidade de ESF no município de Cáceres-MT. Os autores obtiveram dados relacionados aos tipos de intercorrências que contribuem para o desmame precoce. São elas: o déficit de conhecimentos, a inexperiência; a banalização das angústias maternas, entre outros. O estudo identificou que apenas 19,1% das mães entrevistados continuavam o aleitamento após o período dos 6 meses recomendados para o aleitamento exclusivo.

Amaral *et al* (2015) realizaram uma pesquisa com finalidade de apresentar as razões que podem provocar a ablactação precoce nos primeiros seis meses de vida da criança. O estudo desenvolveu uma análise descritiva exploratória qualitativa, os dados foram reunidos em depoimentos de mulheres que estavam realizando a amamentação e realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde que faziam parte em Campina Grande- Paraíba. De acordo com o estudo, os fatores que interferem na ablactação precoce estão relacionados ao pouco conhecimento sobre a importância de tal ato. Assim, é necessário implementar estratégias para aumento do conhecimento materno sobre a amamentação.

Com base nos trabalhos analisados, pode-se perceber que algumas mães optam pelo desmame precoce pela necessidade de voltar ao trabalho. Foi identificada também a necessidade de criação de estratégias, por exemplo, a visita domiciliar feita pelo enfermeiro, para mostrar a importância do aleitamento materno nos seis primeiros meses, tal como seus benefícios para o lactente e para a mãe.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

O melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida é o leite materno, ele contribui para o crescimento e desenvolvimento adequado e fornece proteção contra diversas doenças: doenças respiratórias, gastrointestinais e processos alérgicos. A amamentação também aumenta o elo da mãe com o bebê e traz benefícios para mulher durante o puerpério por diminuir o sangramento pós-parto e acelerar a involução uterina (PINHO *et al* 2016).

O aleitamento é o ato de alimentar o bebê com o leite produzido pela mãe, vindo diretamente do peito. Já o aleitamento materno envolve todas as formas do lactente ganhar o leite materno, seja na mama ou ordenhado, pode também receber

classificação de exclusivo, predominante, complementado e misto ou parcial. A amamentação é um processo histórico ligado a valores passados de gerações em gerações. É perceptível o valor da família para o incentivo e promoção do aleitamento materno exclusivo. A vivência de um familiar é muito prezada e estimada principalmente na atenção direcionada ao bebê (PRATES, SCHMALFUSS E LIPINSKI, 2014).

Fialho *et al* (2014) afirmaram que o aleitamento materno é relevante, pois traz benefícios ligados à diminuição da morbidade infantil e proporciona melhoria na qualidade de vida para criança. É recomendado que a amamentação seja exclusiva até os seis primeiros meses de vida, sem a necessidade de outros alimentos como chás, água e sucos. O comprometimento do crescimento, do desenvolvimento infantil e o avanço da morbimortalidade são consequências do desmame precoce. Existem muitos motivos para que a mães venham a escolher outros tipos de alimentos, com o pensamento de que os alimentos lácteos industrializados podem trazer benefícios maiores e melhores para o bebê. O aleitamento materno exerce papel essencial na maturação imunológica, pois é durante a infância que ocorre a interação entre os fatores intrínsecos (imunológicos) e os fatores (extrínsecos) ambientais, infecciosos e nutricionais. Os efeitos prejudiciais do desmame precoce representam hoje um problema de saúde pública.

No que diz respeito à saúde da mãe, o aleitamento traz diversos benefícios: proporciona uma involução uterina mais rápida devido à liberação do hormônio ocitocina — consequentemente, ocorre redução do sangramento uterino; protege contra patologias como o câncer de mama e ovários e previne a osteoporose (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O aleitamento materno — além de oferecer vantagens para a lactente e para a mãe — reflete, também, na vida financeira da família pelo fato de acabar poupando dinheiro na compra de leite, além de acarretar benefícios à saúde da criança, em consequência, diminuindo gastos médicos. Além disso, traz impactos ecológicos, pois uma vez que a mãe continua o aleitamento materno exclusivo acaba não usando materiais como, por exemplo, mamadeiras e caixas de leites que possam vir a causar danos ambientais (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O enfermeiro, segundo Amaral *et al* (2015), assume atribuições de grande relevância, uma vez que detém conhecimento técnico e científico, habilitando-o a orientar as mães conforme suas necessidades. É necessário destacar o

encorajamento às mães, visto que podem ocorrer desconfortos e dificuldades no início, sendo esses considerados os principais fatores para o desmame. A amamentação é considerada a ação que mais previne quanto à morbimortalidade infantil, além de promover a saúde para a mãe e filho.

A predisposição de amamentar é uma ação complexa, que pode sofrer influência da vontade da mulher, de familiares, amigos e profissionais de saúde. Ansiedade é um dos fatores que podem resultar no fracasso da amamentação, o medo e a dor também contribuem. Por outro lado, manter a tranquilidade favorece o processo de amamentar. Se a mulher tiver medo e se sentir incapaz, se sentir deprimida e estressada acaba acarretando no fracasso do aleitamento materno. Outro obstáculo identificado pelos autores é a questão trabalhista, visto que em muitos casos o tempo de afastamento da mãe é inferior ao tempo recomendando de seis meses, caso que ainda se torna mais alarmante quando a progenitora é a única fonte de renda financeira na família, e com isso surgem para as mães novas maneiras de suprir essa ausência da amamentação (CAPUCHO *et al.*, 2017).

3. METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, buscando identificar os fatores facilitadores e dificultadores para a práxis do aleitamento materno. Segundo Gil (2008) esse tipo de estudo propõe-se a buscar um perfil de uma determinada população, acontecimento ou estabelecimentos de relações entre variáveis. Compreendendo o uso de métodos padronizados para a coleta e dados, como observação sistemática e questionários. O método quantitativo é conclusivo e tem por objetivo avaliar um problema e entender as suas dimensões.

A amostra é composta por mães que amamentam ou já amamentaram e que fizeram o desmame no período junho de 2017 a junho de 2018, no município de São Pedro dos Ferros-MG, Zona da Mata Mineira. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), o município tem população de 8.339 habitantes. Segundo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2016), no ano de 2016, foram contabilizados 80 (oitenta) casos de nascidos vivos, das quais 21 mães tinham entre 30 a 35 anos.

O município possui 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim, optou-se pela UBS com maior área de abrangência para o contexto da pesquisa. Para a seleção das participantes, foi feito um levantamento em determinada Unidade Básica de Saúde

(UBS) da referida cidade para chegar ao público-alvo. Às mães elegíveis foi aplicado um questionário semiaberto adaptado de Silva e Fernandez (2014), composto por 20 perguntas envolvendo dados socioeconômicos, situações da gestação, orientações recebidas sobre o aleitamento materno e percepções sobre o aleitamento materno. O período de coleta de dados foi entre os dias 07 de maio a 13 de junho de 2018, por meio de visitas domiciliares. Após o levantamento dessas mulheres, chegou-se ao número de 28 mulheres pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde selecionada do município investigado.

As pesquisadas foram informadas sobre os objetivos do estudo e a participação foi concretizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este seguiu às especificações da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhes o anonimato e a autonomia em recusar-se ou desistir a qualquer momento do estudo.

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Word e Excel*, versão 2010, e organizados em forma de gráficos ou tabelas para apresentação dos resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram deste estudo cujo objetivo é descrever fatores facilitadores e dificultadores da amamentação 28 nutrízes. As perguntas foram divididas em sessões como: dados sociodemográficos, dados de orientações recebidas pelas nutrízes, e dados de percepção das nutrízes.

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das pesquisadas.

A idade média das avaliadas é de 28,36 (\pm 5,75) anos, apresentando idade entre 18 a 40 anos, indicando que essas mulheres estão dentro da faixa etária classificada como idade fértil, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS,2017), o que se configura em um fator facilitador para a amamentação. Vários estudos relatam a idade da mãe como um fator importante para o desmame precoce. Nutrízes adolescentes tendem a ter desmame precoce, pois são menos dispostas a amamentar, quando comparadas às adultas (MOURA *et al.*, 2015).

Em relação à escolaridade das nutrízes observou-se que cerca de 68,0% possuem ensino médio, permitindo inferir que possuem grau de instrução, por conseguinte, pode ser um fator facilitador para a práxis de amamentar. Segundo Moura *et al* (2015), o elevado grau de escolaridade da nutriz indica um bom indicio de êxito na amamentação exclusiva.

Tabela 1: Dados sociodemográficos de nutrizes de uma UBS de uma cidade da Zona da Mata Mineira cadastradas na Unidade Básica de Saúde 2018.

Características	%
Escolaridade	
Ensino Fundamental	14,3
Ensino Médio	67,9
Ensino Superior	17,9
Profissão	
Autônoma	10,7
Dona de Casa	39,3
Engenheira	7,1
Secretária/ Auxiliar Administrativa	14,3
Operadora de Caixa/ Balconista	10,7
Profissional da saúde	14,3
Auxiliar de Abate	3,6
Estado Civil	
Solteira	25,0
Casada	75,0
Número de filhos	
1 filho	39,3
2 filhos	53,6
3 filhos	3,6
7 filhos	3,6
Idade do filho mais novo	
1 a 6 meses	32,1
7 meses a 1 ano	35,7
2 a 3 anos	32,1

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores

A Tabela 2 apresenta dados sobre as orientações recebidas pelas nutrizes sobre aleitamento materno.

Tabela 2: Dados de orientação recebidas por nutrizes, cadastradas na Unidade Básica de Saúde, sobre aleitamento materno, em uma cidade da Zona da Mata Mineira 2018.

Características	Sim (%)	Não (%)
Recebeu informação sobre aleitamento materno	89,3	10,7
Recebeu orientações sobre cuidados com as mamas	96,4	3,6
Recebeu orientações sobre os benefícios do aleitamento materno	92,9	7,1
Amamentou de forma exclusiva	85,7	14,3

Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores

Perguntadas sobre as orientações recebidas, 89,3% das nutrizes afirmaram terem sido informadas sobre o aleitamento materno. Segundo Oliveira *et al* (2016) orientações e educação a gestantes e nutrizes comprovadamente contribuem para o sucesso da amamentação. Dessa forma, quando as nutrizes são orientadas, ocorre um prolongamento do aleitamento materno.

Cerca de 96% das nutrizes relataram terem sido orientadas sobre o cuidado com as mamas. No processo do pré-natal, dentro das diversas estratégias com o grupo de gestantes, as orientações sobre a amamentação —forma correta de sucção,

banho de luz, banho de sol, massagens e cuidados com as mamas — são essenciais para prevenção de traumas mamilares e para facilitar a lactação (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Em relação às orientações sobre os benefícios do aleitamento materno, 92,9% das nutrizes afirmaram que receberam as devidas orientações. Segundo Algarves, Julião e Costa (2015) as vantagens da amamentação vão desde as propriedades biológicas ímpares do leite humano até as questões econômicas, trazendo impacto positivo à criança, à mulher, à família e ao Estado.

Sobre amamentação exclusiva até os seis meses, 85,7% responderam que amamentaram. A superioridade do leite materno sobre os alimentos infantis (inclusive os leites industrializados) é comprovada por estudos científicos. Devido a isso, ele é recomendado exclusivamente por seis meses e complementado até os dois anos ou mais (ALGARVES, JULIÃO e COSTA, 2015).

Questionadas sobre qual profissional que teria feito as orientações, as entrevistadas responderam 32,1% enfermeiro e 60,7% médico. Para Ferreira, Gomes e Fracolli (2018, p.37):

o enfermeiro é o profissional que, seja na rede básica, hospitalar ou ambulatorial, deve estar preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada e, principalmente quando se tratar de questões relativas à mulher nutriz, deve ser capaz de identificar e oportunizar momentos educativos, facilitando a amamentação, o diagnóstico e o tratamento adequados.

A tabela 3 apresenta a perspectiva das nutrizes sobre aleitamento materno:

Tabela 3: Dados de percepção das nutrizes, cadastradas na Unidade Básica de Saúde, sobre aleitamento materno, em uma cidade da Zona da Mata Mineira. 2018.

Características	%
Satisfeita com o apoio dados pelos profissionais de saúde para amamentação	
Sim	92,9
Não	7,1
Compreende a importância da amamentação	
Sim	100,0
Fatores que influenciaram positivamente na amamentação	
Benefícios para o bebê	100,0

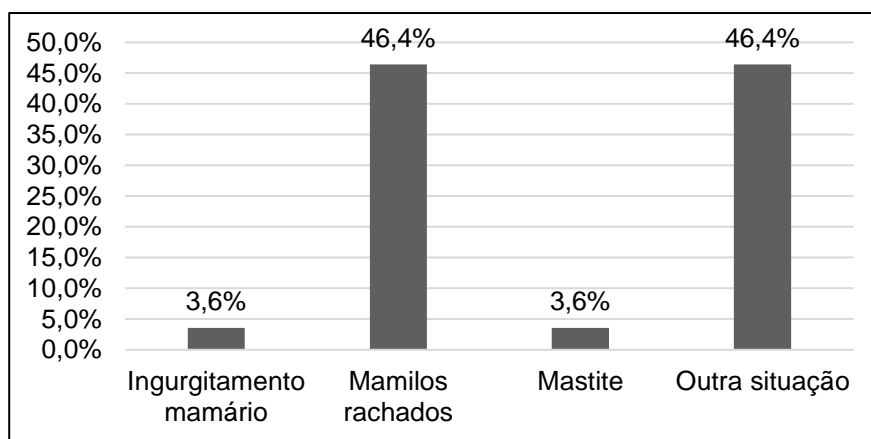
Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores

Em relação à satisfação pelo apoio recebido dos profissionais de saúde cerca de 92,9% demonstraram estarem satisfeitas com o serviço, ademais todas as mães consideram importante a prática da amamentação devido aos benefícios para o bebê. Para Amaral *et al* (2015), muitas nutrizes têm dúvidas sobre a quantidade de leite que produzem, acreditando não ser suficiente para atender seu filho ou, até mesmo,

acreditam que seu leite seja “fraco”. Sendo assim, tomam a iniciativa da introdução de outro tipo de alimento na alimentação da criança, sem ao menos procurar o auxílio de um profissional da saúde para orientações.

O gráfico 1 apresenta os problemas relatados pelas nutrizes durante a amamentação.

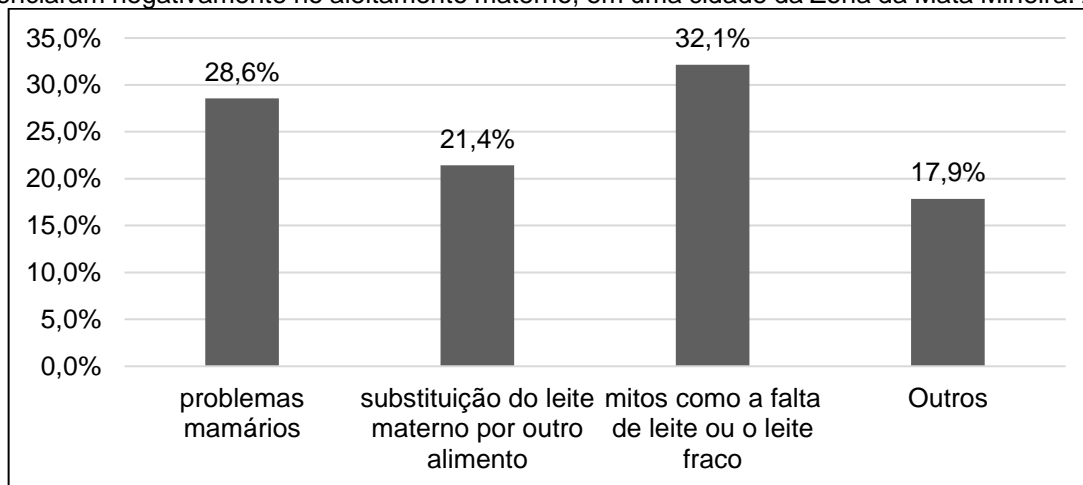
Gráfico 1: Problemas relatados pelas nutrizes, cadastradas na Unidade Básica de Saúde, durante o aleitamento materno, em uma cidade da Zona da Mata Mineira. 2018.



Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores

Quando perguntadas se apresentaram algum problema durante a amamentação, a maioria (46,4%) relatou mamilos rachados. O mamilo fissurado é ocasionado pela forma errada com que o bebê pega o bico da mama da mãe. A pega correta ocorre quando o bebê abre bem a boca, abocanhando os mamilos e grande parte da aréola chegando os depósitos de leite da nutriz (OUCHI *et al.*, 2017).

Gráfico 2: Fatores relatados pelas nutrizes, cadastradas na Unidade Básica de Saúde, que influenciaram negativamente no aleitamento materno, em uma cidade da Zona da Mata Mineira. 2018.



Fonte: Dados coletados pelos pesquisadores

Indagadas sobre os fatores que influenciaram negativamente a amamentação, 28,6% relataram problemas mamários e 32,1% mitos como a falta de leite ou leite fraco. Segundo Oliveira *et al* (2017), os problemas de saúde do bebê, a falta de apoio dos serviços de saúde, as condições biológicas e psicológicas da mulher e a volta ao trabalho são classificados como fatores dificultadores da amamentação. Percebe-se que tais fatores estão ligados à presença de aspectos socioeconômicos e culturais que influenciam na prática de amamentar

No que diz respeito aos cuidados com as mamas, 21,4% espalham gotas de leite ao redor do mamilo e deixam secar, 25,0% aplicam uma pomada ou creme, e 53,6% lavam sempre a mama após a amamentação. É possível que mulheres com elevada escolaridade tenham maior motivação para cuidados com as mamas durante a gestação e, conseqüentemente, mulheres com baixa escolaridade apresentam mais problemas com a mama (BARBOSA *et al.*, 2017).

Das 28 mães entrevistadas, 46,4% sentiram dor ao amamentar. Isso pode ser decorrente, segundo Ouchiet *al.* (2017), de traumas nos mamilos provocados pela pega errada do bebê, o que pode causar dor para a mãe. Assim, a mãe deve ser orientada a corrigir a posição da amamentação e a continuar amamentando. Contudo, 42,9% não receberam visita domiciliar de profissionais de Enfermagem no puerpério. Sabe-se que orientações sobre a amamentação no pré-natal influenciam na prática do aleitamento materno e na saúde do bebê. Os profissionais de saúde, em destaque o enfermeiro, informam e orientam a gestante e os familiares sobre essa prática nas consultas e grupos de gestantes (WILHELM *et al.*, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as propriedades e os benefícios do leite materno, é inegável a importância do aleitamento. Dessa forma, os resultados encontrados neste estudo foram considerados satisfatórios, pois os fatores facilitadores das práticas da amamentação se sobressaíram aos fatores dificultadores. Ademais, notou-se que grande parte das nutrizes foram orientadas à prática do aleitamento materno exclusivo e que amamentaram desta forma. Cabe destacar que, apesar dos fatores dificultadores existirem, não impediram que a amamentação acontecesse.

Portanto, é compreensível a ênfase no incentivo à amamentação de modo a contribuir para o estímulo e a promoção do aleitamento materno. Além disso, é fundamental que a mãe tenha acesso facilitado a serviços de saúde de qualidade e

às orientações e informações necessárias para suprir as possíveis dúvidas existentes acerca do processo. Dessa forma, o apoio dos profissionais de saúde torna-se relevante, especialmente dos profissionais de enfermagem, que precisam ser instrumentalizados sobre as práticas do aleitamento materno e as instituições de ensino possuir em sua grade curricular disciplinas que abordem a temática saúde materna infantil.

Diante dos resultados obtidos, será possível planejar ações de conscientização, esclarecer dúvidas das mães, promover campanhas educativas e exercer um trabalho nessa área de forma mais comprometida.

Tem-se como limitação desse estudo o viés das informações prestadas pelas entrevistadas. Sugere-se que, em estudos futuros, sejam realizados em cidades em que os entrevistadores não residam, para assim ter uma maior segurança dos dados obtidos.

6. REFERÊNCIAS

ALGARVES, Talita Ribeiro; JULIÃO, Alcineide Mendes de Sousa; COSTA, Herilanne Monteiro. Aleitamento materno: Influência de mitos e crenças do desmame precoce. **Revista Saúde em foco**, v. 2, n. 1, p. 151-167, 2015.

AMARAL, Luna Jamile Xavier, *et al.* Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 35, p. 127-134. 2015.

ANTUNES, Kariny Mendes Leite *et al.* Amamentação: as dificuldades da amamentação na primeira gestação. In: I Congresso Nacional de Ciências da Saúde. Cajazeiras-PB, **Anais** p.1-2.2014. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conacis/trabalhos/Modalidade_4datahora_20_03_2014_20_42_34_idinscrito_2384_3a634aff9bfd323da69baf026d0debc5.pdf>. Acesso dia 14 de fevereiro de 2018.

BATISTA, Jessica Kely da Silva *et al.* Benefícios e importância do aleitamento materno. Área de concentração em Saúde Coletiva. In: 6º CONGREFIP. Patos, Realize, **Anais** p.1-2.2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/congrefip/trabalhos/TRABALHO_EV069_MD1_SA3_ID366_12042017145027.pdf>. Acesso dia 13 de fevereiro de 2018

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes *et al.* Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Revista Paulista de Pediatria**. v.35. n.3. p. 265-272. 2017.

BRASIL, IBGE, **Censo Demográfico**, 2014. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sao-pedro-dos-ferros/panorama>>. Acesso em: 30.mar.2018.

BRASIL. Arquivo Nacional. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.1-12. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19.jun.2018.

CAPUCHO, Lorena Bassi, *et al.* Fatores que interferem na amamentação exclusiva. **Revista Brasileira Pesquisa em Saúde**. v.19. n.1. p 108-113. 2017.

COUTINHO, Sandra Eugênia; KAISER, Dagmar Elaine. Visão da enfermagem sobre o aleitamento materno em uma unidade de internação neonatal: Relato de experiência. **Boletim Científico de Pediatria**.v.4, n.7 p 10-16, 2015.

FERREIRA Maria Gabriela Cabrera, GOMES, Maria Fernanda Pereira, FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, n. 55, p. 36-41, 2018.

FIALHO, Flávia Andrade *et al.* Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento. **Revista Cuidarte**, v.5. n.1. p. 670-678. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas 2008.

Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvMG.def>>. Acesso em: 18.abr.2018.

NUNES, Leandro Meirelles. Importância do aleitamento materno na atualidade. **Boletim Científico de Pediatria**. v.4. n.3. p. 55-58. 2015.

MOURA, Edênia Raquel Barros Bezerra de *et al.* Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox-Eco Advisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 94-116, jun. 2015.

OUCHI, Janaina *et al.* Importância da Enfermeira na Orientação da Gestante e Puérpera sobre Aleitamento Materno. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. v.21, n.3, p. 134-141, 2017.

OLIVEIRA, Camila Martins de *et al.* Promoção do Aleitamento Materno: intervenção educativa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Enfermagem**. v. 20, n.2, p.99-108, 2017.

OLIVEIRA, Carolina Sampaio *et al.* Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. p.16-23. 2015.

OLIVEIRA, Ingrid Macedo de *et al.* Saberes Maternos Sobre a Relação entre Amamentação Natural e Hábitos Bucais Deletérios. **J Health Sci**, v.18 n.2 p.75-79, 2016.

PINHO, Lucinéia de *et al.* Aleitamento materno nos últimos cinco anos: um estudo bibliométrico. **Revista Médica de Minas Gerais** v.26. n.2. p.17-22. 2016.

PRATES, LisieAlende*et al.* Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. **Revista Enfermagem** v.4. n.2. p.359-367. 2014.

SANTOS, Giovanna Costa de Paula dos *et al.* Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Revista Saúde em Foco**, v.9,n.2p. 225-228. 2017.

SILVA, Fabíola Natália Ribeiro e, FERNANDEZ, Patrícia Martins. **A importância da orientação sobre aleitamento materno para mães atendidas em um posto de saúde do DF.** Brasília, 2014. 36 f. Monografia/Graduação, Aleitamento Materno; Rotina de Pré-Natal; Profissionais do Centro de Saúde; Orientação adequada. Faculdade de ciências da educação e Saúde- FACES, Centro Universitário de Brasília-UniCEUB.

TOMASI, PatriciaZilio*et al.* A importância do aleitamento materno. **Anais da Semana Acadêmica e Mostra Científica de Enfermagem**, Santa Catarina, p. 7, jul. 2017. ISSN 2446-9122. Disponível em: <<https://editora.unoesc.edu.br/index.php/anaissamcentf/article/view/12628/7311>>. Acesso dia 14 de fevereiro de 2018.

WILHELM, Laís Antunes *et al.* A vivência da amamentação na ótica de mulheres: Contribuições para a enfermagem. **Revista Enfermagem**, v.5,n.1,p.160-168. 2015.

ANEXOS

**FATORES FALICITADORES E DIFICULTADORES NA PRÁXIS DO
ALEITAMENTO MATERNO: A PESPPECTIVA DAS NUTRIZES DE UMA CIDADE
DA ZONA DA MATA MINEIRA**

ACADÊMICOS (AS): ALEX MATIAS DOS SANTOS; LÍVIA RODRIGUES DE CASTRO E PAULA MOREIRA CARVALHO

ORIENTADORA: PROF^a DEISY MENDES SILVA

Questionário**Sessão 1: Dados sociodemográficos**

1) Idade: _____

2) Escolaridade:

Analfabeta () Ensino fundamental ()

Ensino médio () Ensino superior ()

3) Profissão: _____

4) Estado civil:

Solteira () Casada () Viúva () Divorciada()

5) Número de filhos: _____

6) Seu filho mais novo tem entre qual idade?

() 1 a 6 meses () 7 meses a 1 ano () 2 a 3 anos

Sessão 2: Orientações recebidas sobre aleitamento materno

7) Você foi informada sobre o aleitamento materno no pré-natal?

() Sim () Não

8) Você recebeu orientações sobre os cuidados com as mamas?

() Sim () Não

9) Você foi orientada sobre os benefícios do aleitamento materno?

() Sim () Não

10) Quais foram os profissionais de saúde que realizaram as orientações?

() Nutricionista

() Enfermeiro

() Médico

() Nenhum

Outros. Qual?.....

11) Você amamenta ou amamentou seu filho até os seis meses de forma exclusiva?

Sim Não

12) Amamentou seu filho até qual idade?

6 meses 1 a 2 anos 3 anos Ainda amamento Antes dos 6 meses

Sessão 3: Percepções sobre aleitamento materno

13) Você está satisfeita com o apoio recebido pelos profissionais de saúde para amamentar?

Sim Não. Motivo? _____

14) Você considera a amamentação uma prática importante?

Sim Não

15) Quais fatores que te influenciaram positivamente a amamentar?

- benefícios para o bebê.
- benefícios para si mesma.
- baixo custo financeiro e a economia familiar.
- Outros.

Quais? _____

16) Durante a amamentação apresentou algum destes problemas?

- Ingurgitamento mamário
- Mamilos rachados
- Mastite
- Outra situação

17) Quais os fatores que te influenciaram negativamente na amamentação?

- problemas mamários
- substituição do leite materno por outro alimento
- mitos como a falta de leite ou o leite fraco
- doença materna
- doença do bebê que impede o aleitamento
- falta de apoio
- Outros. Quais? _____

18) Após amamentar seu bebê, quais desses cuidados você tem com as mamas?

- Espalha gotas de leite ao redor do mamilo e deixa secar.
- Aplica uma pomada ou creme.
- Lava sempre a mama após a amamentação.

19) Durante as primeiras mamadas sentiu dor na mama que interferisse no ato de amamentar?

Sim () Não ()

20) No puerpério recebeu visita domiciliar de profissionais de enfermagem?

Sim () Não ()


FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
brasileiro (a), residente na cidade de _____
declaro ter sido procurado (a) pelos acadêmicos pesquisadores: Alex Matias dos Santos, Lívia Rodrigues Castro e Paula Moreira Carvalho, para dar o competente consentimento a fim de participar do trabalho investigativo para a disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Enfermagem da Faculdade Vértice – Univértix a ser conduzido pelos citados acadêmicos.

Os acadêmicos, em reunião específica para esse fim, prestaram os esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho, cujo exame prévio pormenorizado foi realizado, havendo, em especial, alertado para possíveis riscos em que poderá incorrer o (a) signatário (a), ao participar desse trabalho, bem como esclareceu os benefícios pessoais e sociais que o trabalho poderá trazer.

Além disso, os acadêmicos, ao discutir as medidas que serão adotadas no decorrer do trabalho, para proteger a pessoa do (a) signatário (a), informou da impossibilidade de assegurar cem por cento de confidencialidade e anonimato. Após o exame e os esclarecimentos prestados, foi-lhes dado o consentimento, inclusive para posteriores publicações, na certeza de que os benefícios pessoais e sociais da pesquisa serão maiores que os riscos que ela poderá oferecer.

Matipó, ____ de _____ de 2018.

ASSINATURA DO(A) ENTREVISTADO(A)

PROCESSO DE LUTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE VIVEM A EXPERIÊNCIA DO ÓBITO DE PACIENTES SOB OS SEUS CUIDADOS: UM ESTUDO EM UM HOSPITAL GERAL DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICOS: LARISSA CALDAS MORAES; LUIZA DA SILVA LIMA; RONAN MÁRCIO DE OLIVEIRA.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Laudinei de Carvalho Gomes.

LINHA DE PESQUISA: 1. Cuidado de Enfermagem

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo compreender o processo de luto enfrentado por profissionais de Enfermagem de um Hospital da Zona da Mata Mineira que vivem a experiência do óbito de pacientes não terminais sob seus cuidados. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 5 enfermeiros e 5 técnicos de Enfermagem atuantes naquele Hospital. As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas e organizadas em categorias. Os resultados apontam que lidar com a morte na profissão de enfermagem causa desgaste físico e psíquico, evidenciado pelo surgimento de sentimentos tais como frustração, impotência, tristeza, culpa e angústia, fazendo com que sejam necessárias estratégias de enfrentamento e suporte diante da situação. Concluindo-se que é importante criar um ambiente informativo, desde a graduação até os serviços de saúde, discutindo e refletindo sobre o processo de morte, criando um caminho para tornar esse contato menos angustiante e solitário, preparando melhor o profissional para lidar com a morte de forma mais humana, sentindo-se habilitado a compreender os próprios sentimentos gerados no momento da partida do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: processo de luto; experiência; óbito; morte; pacientes.

1. INTRODUÇÃO

Por ser um processo natural, inevitável e esperado do curso da vida, morte e óbito são terminologias usadas como expressão do fenômeno em cessar permanentemente as atividades biológicas que mantêm a vida do organismo. Seguindo essa linha de raciocínio, os autores têm como definição da morte quando ocorre o fim das funções cerebrais, mesmo que seja possível manter através de aparelhos as funções respiratórias e cardíacas, já que assim que estes forem desativados o processo homeostático do indivíduo termina (NUNES, ARAÚJO e SILVA, 2016).

Para Nunes e Santos (2017), o término da vida é expresso como percepções relacionadas ao medo, angústia, tristeza e com grande impacto no cotidiano dos profissionais de enfermagem. O fracasso, não raramente associado à injustiça em

decorrência do autojulgamento, desencadeia sentimentos de indignação e frustração dos profissionais responsáveis diretos pela assistência.

No hospital geral os serviços são caracterizados e oferecidos com variações e há diversidade de departamentos. Trata-se da porta de entrada para as urgências e emergências (casos graves), setor de emergências e traumas, unidade de feridos e queimados, cirurgia geral, e ainda, apresenta associação com as áreas ginecológica e obstétrica, pediátrica, ortopédica e cirurgia geral, neurologia, cardiológica, não usufrui de procedimentos de especialidade complexas (como cirurgias cardíacas, por exemplo) (DATASUS, 2018).

Segundo Nunes, Araújo e Silva (2016) o cuidar é algo instintivo, o ser humano zela pelas pessoas à sua volta desde o nascimento até a morte e a Enfermagem é uma ciência dirigida de princípios e regulamentos, baseada em uma definição teórico-prática, tendo como papel assistir o paciente holisticamente, mesmo diante do processo da morte.

A morte faz parte do ciclo da vida e a compreensão do enfermeiro diante deste processo demanda a eficiência em executar procedimentos diferenciados nesta fase, de modo a propiciar respeito e dignidade ao paciente e à família que enfrenta esse processo (NUNES e SANTOS, 2017).

Lima *et al.* (2017) destacam que, por conviver diretamente com o indivíduo e em maior tempo, o enfermeiro cria um vínculo que gera uma atitude de aproximação e confiança entre ele e o paciente, amenizando o sofrimento e as dores do último momento de vulnerabilidade vivido. Em contrapartida, aumenta os sentimentos desfavoráveis vivenciados pelo enfermeiro ao se deparar com a morte.

Nos ambientes de saúde, principalmente nos hospitais, podemos perceber uma grande quantidade de pacientes com doenças em fases avançadas e com prognósticos graves, entre eles encontram-se crianças, adolescentes e jovens. Diante disso, os profissionais de enfermagem precisam ter uma preparação ao lidar com essa situação, tendo compreensão de que o término precoce da vida gera diversos sentimentos, tais como frustração, impotência, tristeza e certa angústia pela perda de pacientes jovens (NUNES, ARAÚJO e SILVA, 2016).

Segundo Mota *et al.* (2011) os profissionais da enfermagem não estão adequadamente preparados para encarar a morte, mesmo sendo esta parte do ciclo da vida. Ao se depararem com a perda de um paciente, os enfermeiros ficam expostos

ao estresse e ao sofrimento psíquico, sentindo-se falhos e fracassados, já que são eles que acompanham mais de perto o processo de morte.

Quanto à formação do profissional de saúde, Nunes e Santos (2017) destacam que a morte é abordada de forma superficial, sendo mais enfatizada a abordagem curativista, o que representa um obstáculo à preparação no enfermeiro na prática do cuidado com a morte e o morrer humano. Prova disso é a escassez de disciplinas que tratam do tema nos cursos de graduação de saúde, sendo insuficiente para criar uma prática cuidativa sensível que essa fase necessita. Além disso, a área de saúde carece de estudos relacionados ao tema.

Diante do exposto a questão eixo do estudo assim se definiu: Como se desencadeia o processo de luto de profissionais de Enfermagem que vivem a experiência do óbito de pacientes sob seus cuidados em um Hospital Geral da Zona da Mata Mineira? E as questões periféricas: Quais as percepções e os sentimentos do profissional enfermeiro diante da morte no seu cotidiano de trabalho? Estes profissionais criam estratégias de defesa para lidar com esse processo de perda?

Portanto, o estudo tem por objetivo compreender o processo de luto de profissionais de Enfermagem de um Hospital da Zona da Mata Mineira que vivem a experiência do óbito de pacientes não terminais sob seus cuidados.

O estudo torna-se relevante por promover uma reflexão sobre as experiências dos profissionais de Enfermagem diante do processo de morte, discutindo e elucidando os sentimentos, percepções e estratégias de defesa sob a óptica do luto, possibilitando a criação de instrumentos para o preparo da equipe no enfrentamento desse processo. Com base nisso, o interesse pelo estudo surgiu em decorrência dos paradigmas sociais, do déficit curricular acerca da preparação para esse processo prático e da percepção emocional da assistência esperada para cura.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Desde a antiguidade, a morte é tratada como tabu sendo um assunto do qual pouco se fala principalmente nos ambientes onde todo o trabalho é voltado para a cura, como ocorre nos estabelecimentos de saúde. O despreparo profissional ao lidar com o óbito é algo que influencia diretamente na assistência prestada ao indivíduo e à sua família, gerando no profissional determinado desgaste físico, social e mental.

Fonseca *et al.* (2017) realizaram um estudo tendo como objetivo a descrição do papel do enfermeiro frente aos cuidados de pacientes terminais. Os autores utilizaram dez artigos em uma revisão integrativa. Os autores afirmam que um dos motivos que dificultam a realização do papel de enfermeiro frente aos pacientes em cuidados paliativos pode ser a falta de uma preparação acadêmica adequada para trabalhar com pacientes terminais e sua família.

Rosa e Couto (2015) destacam que o cuidar do paciente terminal leva o enfermeiro a um desgaste intenso, em que se expressa sentimentos de forma confusa a respeito da interrupção precoce da vida, expressando também sentimentos de impotência e de frustração.

Lima *et al.* (2016), em seu estudo, tiveram como objetivo identificar os sentimentos e percepções dos profissionais e estudantes de enfermagem diante do processo de morte. Os autores analisaram revisão integrativa na literatura científica nacional em nove artigos, utilizando bases de dados de Enfermagem, SciELO e Lilacs (anos de 2000 a 2013). Essas análises permitiram resumir estudos já completados sobre o tema abordado, fomentando, assim, a construção de uma pesquisa fundamentada da produção científica. Os autores destacaram que profissionais e estudantes apontam a religião como suporte espiritual e a morte é vista como uma troca entre o mundo material e espiritual. Já os sentimentos expressos diante da morte são medo, culpa, fragilidade e tristeza. Sentimentos motivados pela visão de que o enfermeiro, em sua atuação, deve somente “salvar vidas”.

Com o objetivo de apontar os significados da morte — emergentes das equipes de enfermagem que operam nas unidades de Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) — Azevedo *et al.* (2016) descreveram esse fenômeno por meio de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e transversal. Os autores concluíram que os entendimentos da morte entre os enfermeiros são diversos, alguns entendem como a passagem do mundo material para o espiritual e outros como o fechamento de um ciclo e cessar do sofrimento do paciente.

Bastos *et al.* (2017), por meio de uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), encontraram vinte e três artigos dentro dos critérios propostos, que foram lidos na íntegra e organizados de acordo com suas características principais. O estudo teve como objetivo proceder uma metassíntese a respeito das vivências hospitalares da enfermagem ao se deparar com a morte e o processo de morrer. Os resultados revelaram de forma nítida o estresse do enfermeiro e da família do paciente em uma

situação terminal. Diante disso, enfatizaram que é preciso preparo do profissional para encarar a morte como algo natural e não com sentimentos de impotência e fracasso. Essa percepção entrelaça com a formação profissional, uma vez que o ensino acadêmico é voltado para a cura, sem ter discussões pragmáticas acerca da terminalidade da vida.

Lima *et al.* (2017) tiveram como objetivo embasar a reflexão do processo da morte e dos cuidados indispensáveis nessa etapa da vida das pessoas, com o intuito de colaborar para a discussão da educação para a morte, tendo um olhar humanizado no processo de morrer. Os autores elucidaram a respeito da insuficiência do preparo formal do ensino voltado para os casos incuráveis, em que o indivíduo fatalmente irá ao óbito. Concluíram, assim, que é preciso tornar o assunto a cerca da morte algo íntimo, pois quanto mais se conhece e entende certos fenômenos, mais preparados os profissionais se tornam ao terem que lidar com eles.

Nos estudos citados, alguns dos autores enfatizaram a lacuna da formação profissional da área de saúde a respeito da morte e seus significados. E a maioria deles colocou como foco os pacientes fora de possibilidades terapêuticas, isto é, sob cuidados paliativos, compreendendo a fase terminal, quando o enfermeiro já espera que o paciente apresente maior probabilidade de evoluir para óbito.

Em contrapartida, o estudo em questão busca conhecer e identificar as estratégias que o enfermeiro adota ao se deparar com a morte de pacientes sob sua assistência em um hospital geral, cujo foco está associado com maior probabilidade para a cura ou a reabilitação e, portanto, onde a morte se constitui em uma experiência abrupta e inesperada.

2.2. REFERENCIAL TEÓRICO

Mesmo fazendo parte do ciclo natural da vida, a morte e o processo de morrer ainda são temas pouco abordados, visto que geram medo, angústia e ansiedade (LIMA *et al.*, 2017). Oliveira *et al.* (2016) afirmam que a morte é vista sob dimensões distintas e em que não se possibilita afirmar verdades absolutas. Quando o tema é discutido, desperta curiosidade, causa desconforto e será sempre acompanhado de perguntas cuja resposta constantemente será: a morte é inevitável, pertence à vida e todo nascimento é o princípio do fim.

Segundo Lima *et al.* (2016), durante o tratamento, a equipe de enfermagem fica responsável por atender sumariamente a todas as necessidades do paciente, com

base em suas competências técnicas. De acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem 7498/86, o paciente em estado crítico deve receber 17,9 horas no mínimo, de cuidados da equipe de enfermagem durante as 24 horas do dia, sendo que 52% devem ser oferecidos por enfermeiros, os quais permanecem em contato direto e prolongado com ele e a família. Dessa forma, é comum que se estabeleça um vínculo afetivo que atinge negativamente o profissional quando o prognóstico do paciente não traz a possibilidade de recuperação.

Em consonância com isso, o regulamento e orientação em nível técnico, o decreto nº 94.406/87 que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências, em seu Art. 11, orienta a respeito do cuidado em situações de pós-morte, em que a assistência de enfermagem deve proporcionar privacidade, preparo do corpo inicial que inclui basicamente a retirada de dispositivos; tamponamentos onde se utiliza gaze, algodão, entre outros materiais, para que se evite o extravasamento de secreções; realização do protocolo de preenchimento de declaração de óbito, contato com a funerária, retirada do corpo, assistência integral à família, além de encaminhar os familiares ao serviço de apoio caso haja necessidade, onde se intensificam os sentimentos a respeito da morte.

Azevedo *et al.* (2016) ressaltam, por meio de estudos, que os profissionais de saúde devem oferecer apoio à família para atender as suas necessidades, mediante ações como ouvir suas percepções e sentimentos, assistencializando de forma integral os familiares que acabaram de perder uma pessoa querida. Em concordância com isso, Lima *et al.* (2017) descrevem que a equipe de enfermagem pode influenciar sobre o estado físico e emocional da família e dos demais envolvidos, devido ao contato constante com os familiares, sendo responsável por prestar e repassar informações sobre o estado clínico do paciente, esclarecendo dúvidas e oferecendo apoio necessário.

As percepções relacionadas à morte são diversas e os enfermeiros, em geral, atribuem a ela vários significados. Para Lima *et al.* (2016) as percepções da morte por estes profissionais são a respeito da relação que esta tem com a religião, estabelecendo um suporte espiritual. Alguns utilizam como justificativa que a morte é uma passagem do mundo material para o espiritual, entretanto, outros enfermeiros têm a percepção de que a morte é apenas um cessar do sofrimento dos pacientes.

Mesmo tendo percepções diversas sobre a morte, os sentimentos dos enfermeiros diante da experiência do óbito dos pacientes são sempre parecidos,

sendo comum a tristeza, o fracasso, a raiva, a culpa e a impotência (ROSA e COUTO, 2015).

Azevedo *et al.* (2017) destacam que o enfermeiro é o profissional que mais sofre com a morte dos pacientes em ambiente hospitalar, por esse motivo acabam criando alguns mecanismos de defesa para ajudar no enfrentamento do processo. Rosa e Couto (2015) enfatizam que os mecanismos de defesa são adotados para diminuir o sofrimento do enfermeiro e para que ele consiga realizar suas atividades. Dentre esses mecanismos, podemos destacar a negação e evasão, quando o enfermeiro evita tocar no assunto criando uma armadura perante ao luto, fazendo transparecer frieza diante dos familiares.

Bastos *et al.* (2017) relatam que a formação acadêmica é carente de treinamento qualificado que permita ao profissional assistir o paciente e sua família no processo de morrer. Corroborando, Lima *et al.* (2017) destacam que pouco se fala a respeito da morte nos cursos de graduação, cuja grade curricular retrata esse tópico de forma genérica, sem ênfase para o exercício do enfermeiro diante desse processo, discorrendo sobre o assunto de forma superficial e com pouca ênfase para a abordagem do aspecto emocional, espiritual e social do enfermeiro, sempre evitando a discussão aprofundada do tema.

A experiência dos profissionais da saúde diante da morte é um acontecimento cujo resultado é desconhecido, variando de acordo com a vivência do indivíduo produzindo infinitas condições de possibilidade (BENJAMIN, 1994).

O termo experiência, de forma objetiva, pode ser definido como uma tentativa, uma prova de algo a ser feito, ou, num sentido agora mais subjetivo, como todo aprendizado gerado a partir de acontecimentos no decorrer da vida (AMATUZZI, 2007).

Bondía (2002) explica que é necessário separar os conceitos de experiência e informação, visto que, ao aprender coisas novas, podemos concluir que temos mais informação do que antes, mas, ao mesmo tempo, podemos dizer que nada nos tocou, nada aconteceu com tudo que aprendemos. Além disso, a experiência é subjetiva e individual, tendo em vista que cada pessoa ao passar por um acontecimento comum obtém uma experiência diferente.

A presente pesquisa busca conhecer exatamente essa experiência do profissional frente a um acontecimento tão complexo como a morte, ressaltando que diante do mesmo fato é possível observar experiências distintas e singulares.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em um hospital geral no interior da Zona da Mata Mineira. De acordo com definição e conceitos do Ministério de Saúde (1977), o hospital geral é aquele que destina a prestação de cuidados nas diversas especialidades, incluindo porta de entrada para urgência e emergência.

Sobre a pesquisa qualitativa, Bogdan e Biklen (1994, -68-69) afirmam que:

Os investigadores qualitativos se interessam pelo modo como as pessoas pensam sobre as suas vidas, experiências e situações particulares, as entrevistas que efectuam são mais semelhantes a conversas entre dois confidentes do que a uma sessão formal de perguntas e respostas entre um investigador e um sujeito.

Corroborando, Bastos (2017) também discorre sobre esse tipo de pesquisa e faz referência às experiências que os sujeitos da pesquisa apresentam sobre o que os pesquisadores estão pesquisando, com vistas às descrições vinculadas às intenções e às essências dos sujeitos. Essas essências por sua vez, não são de fato o fim da análise, mas sim vistas como mecanismo de trazer como foco as relações vivenciadas, ou seja, as experiências.

Em termos gerais, as pesquisas qualitativas têm foco em coletar e analisar dados que não podem ser quantificados, discutidos e representados em redações numéricas sobre as variáveis, sendo assim, essas pesquisas apresentam como peculiaridade compreender a natureza profunda das realidades, as inter-relações e, ainda, suas estruturas dinâmicas, compreendendo assim, a fenomenologia (ESPERÓN, 2017).

O universo da pesquisa refere-se a um hospital geral localizado na Zona da Mata Mineira. Trata-se de uma entidade beneficente, sem fins lucrativos cuja administração é privada e com gestão municipal. Trabalham neste local aproximadamente 637 profissionais entre médicos, residentes, equipe de enfermagem, limpeza, nutrição e dietética, serviço social, administração, farmácia e outros.

O Município de localização da Instituição hospitalar está inserido em um contexto territorial com uma população estimada para 2017 de 88.580 habitantes. A economia gira em torno de indústrias, agropecuária e agronegócio (ênfase na produção e comercialização do café), comércios varejistas, cargos oriundos dos

serviços públicos, serviços educacionais, dentre outros (CNES/DATASUS, 2017; IBGE, 2010).

Em relação ao nível de assistência em saúde, faz menção à atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade com atendimento por meio de demanda espontânea e referenciada. A instituição presta atendimento em diversas especialidades (médica geral, cirurgias de média e alta complexidade, hemodinâmica, obstétrica, neonatal e outras).

A pesquisa foi realizada mediante autorização da Gestão Hospitalar (administrador responsável), em acordo com o enfermeiro responsável técnico da instituição. Foi agendada previamente uma reunião com ambos, para que fossem apresentados o objetivo, a relevância e a finalidade da pesquisa. Após leitura e assinatura do Termo de Solicitação para Autorização da Pesquisa, a pesquisa teve sequenciamento mediante entrevista com os profissionais de enfermagem.

As entrevistas foram realizadas nos dias 16 e 23 de junho de 2018. Para tanto, foram utilizados dois roteiros, previamente semiestruturados, um direcionado aos enfermeiros assistenciais e outro ao técnico em enfermagem a fim de não desvincular do objetivo fomentado no tema da pesquisa. As entrevistas foram divididas basicamente em duas etapas: a primeira com coleta de informações socioeconômicas, que incluem idade, sexo, estado civil, formação profissional, tempo e área de atuação na instituição; a segunda parte mediante um roteiro semiestruturado com questões diretamente relacionadas ao objeto de estudo, a fim de compreender como o processo do luto é percebido pelos profissionais de enfermagem.

As entrevistas, como instrumento na pesquisa científica, configuram -se em uma conversa que pode ocorrer de forma sistematizada, com objetivo obter, resgatar e registrar as experiências vivenciadas e armazenadas na memória dos sujeitos. Cabe aos pesquisadores à função de recuperar lembranças e processos de cunho reflexivo. Entretanto, nessas pesquisas não pode existir indução para as respostas que se deseja ouvir. Enfim, trata-se de um método em que a técnica tem embasamento por gerar e manter diálogo com pessoas consideradas como sujeitos-chave no processo investigativo (CEBRAP, 2016).

As entrevistas foram previamente agendadas com a gestão administrativa e assistencial do hospital de fomento da pesquisa, no horário vespertino, visto que nesse horário o fluxo das unidades de internação é menor, não interferindo, assim, no

processo de trabalho da equipe de enfermagem, bem como, dispondo de maior conforto e tempo para que os profissionais se sentissem à vontade.

O presente hospital é dividido em unidades. Para a coleta de dados, foram entrevistados 01 enfermeiro e 01 técnico em enfermagem de cada grupamento dos setores, em acordo com o perfil de atendimento realizado: (i) unidade clínica médica, cirúrgica, particular e convênio; (ii) unidade de terapia intensiva; (iii) pronto atendimento; (iv) centro cirúrgico; e, (v) materno infantil (unidade neonatal, pediatria e maternidade), compondo, assim, a amostragem da pesquisa.

Antes da realização da entrevista asseguramos questões éticas sobre anonimato, confidencialidade das informações discorridas e aspectos de voluntariedade. Asseguramos, também, que o conteúdo coletado seria utilizado unicamente para fins científicos. Os sujeitos, *corpus* da pesquisa, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo, assim, os preceitos éticos e legais.

Foram incluídos na presente pesquisa os profissionais de enfermagem que estavam trabalhando no momento da realização da coleta de dados. A seleção dos profissionais foi mediante sorteio aleatório por setor (em acordo com o grupamento relacionado ao perfil de assistência realizada) e, ainda, foram adotados como critérios de inclusão os que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o TCLE. Foram excluídos os profissionais que não aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e que recusaram assinar o TCLE.

O presente estudo foi submetido e aprovado à Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, sob o Número do Parecer: 2.932.662/2018-02. Os aspectos éticos foram baseados na Resolução 466/2012 que aprovam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Para resguardar a identidade dos sujeitos, foram utilizados nomes fictícios.

As entrevistas foram gravadas pelos pesquisadores por meio de gravador digital, com prévia autorização dos profissionais de enfermagem. Ao término das gravações, elas foram transcritas na íntegra pelos pesquisadores e, sequencialmente, analisadas por categorias de bases, com análise de conteúdo temática.

4. CATEGORIAS EMERGENTES DA COLETA DE DADOS

Participaram do estudo 10 profissionais, dos quais 05 eram enfermeiros e 05 técnicos de enfermagem, sendo 9 mulheres e 1 homem, com idade entre 31 e 51 anos. O tempo de experiência na área variou de dois a trinta anos, sendo que 8 deles atuam na instituição desde a formação.

Diante das entrevistas, a abordagem nos conduziu à apresentação do conceito de experiência. O conceito que buscamos para este estudo rompe com o conceito apresentado pelo positivismo, que é reduzido ao sentido de experimento, aquilo que é planejado de modo técnico, previsível e passivo. A experiência parece cancelar “a fronteira entre o que o sujeito sabe e o que ele é, entre o que ele passa no mundo e o que ele passa em seu interior. Ela resgata a capacidade de memória do sujeito e sua singularidade no mundo” (DIAS e SOUSA, 1999, p. 27). Portanto, para Bondía (2002, p.27), a experiência “não é o que acontece, mas o que *nos* acontece, (...) somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo”.

Os relatos de todos os entrevistados destacam suas experiências em óbitos ocorridos em pacientes sob seus cuidados e as diferentes formas que tais acontecimentos marcaram suas vidas profissionais e, conseqüentemente, pessoais. É por isso que Bondía (2002) destaca que a experiência forma, transforma e produz a subjetividade, já que “duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida” (BONDÍA, 2002, p. 27).

As entrevistas deram origem a 10 categorias que serão descritas nos tópicos seguintes.

4.1. DEFINIÇÃO PESSOAL DE MORTE

Encontramos duas formas principais de tentar justificar a morte: uma do conceito biológico e outra baseada na religiosidade. A primeira parte de um conceito biológico, descrito por Giaretton (2013) como o processo de cessação da vida, em que a doença se torna irreversível até ser letal. Assim como descreve o enfermeiro João:

A morte... é ... [...] se você olhar da parte orgânica né, da matéria, eu acredito que seja a incapacidade da matéria em continuar sobrevivendo (Enfermeiro José, 40 anos).]

O próximo conceito é baseado na religiosidade, sendo esta a mais significativa na fala dos entrevistados. De acordo com Mota *et al.* (2011), os conceitos criados a respeito da religião desmembram-se em três elementos: sendo o primeiro elemento como passagem, no qual entende-se a morte como transição entre um mundo material e o espiritual:

A morte é uma passagem... um sopro! Você tá ali, você tá vivendo daí a pouco não sei o que acontece, parece que chegou aquele momento acabou e pronto. É uma passagem. Com certeza deve ter alguma coisa do outro lado né! A gente não sabe... Ninguém sabe! (Tec. de enfermagem Roberta, 39 anos).

Mota *et al.* (2011) trazem como segundo elemento a separação, quando ocorre a interrupção de todos os contatos que existia com o paciente; e o terceiro como finitude, entendendo que todas as pessoas que nascem inevitavelmente um dia irão morrer. Os depoimentos a seguir confirmam esses elementos:

Morte para mim... É o fim da jornada na terra. A morte é a perda né? A perda de uma pessoa que a gente faz planos... sonha... Como vou explicar? A morte é... Acabou... Não vejo mais... Não tenho mais... não sonha mais (Enfermeira Eduarda, 48 anos).

A morte na verdade é a única coisa que a gente tem certeza nessa vida, né?! Porque tudo é surpresa, única coisa que o ser humano tem certeza mesmo, é que um dia vai morrer, como? Ninguém sabe. (Enfermeira Amanda, 51 anos).

Existe uma diversidade nos conceitos de óbito, devido a isso, não é possível chegar a uma definição única sobre essa situação; cada indivíduo possui a sua definição singular, sendo esta influenciada pelo seu modo de vida, suas experiências e convicções.

4.2. A EXPERIÊNCIA DE PERDA DO PRIMEIRO PACIENTE

A ocorrência do primeiro óbito marca o profissional, trazendo reações inesperadas e impactantes pelo fato de ser o contato com uma situação que ele não foi preparado para lidar e busca evitar a todo custo. É o que se aborda nos depoimentos a seguir:

Então assim, eu sem experiência ainda, porque hoje, a gente amadurece! Então eu só soube abraçar ela (mãe que perdeu o filho) e chorar... Eu não ajudei em nada, então ficou nós duas abraçadas e chorando (Enfermeira Eduarda, 48 anos).

Triste! Não que eu amasse ele da forma que a família ama, mas acaba que, ainda mais que foi um paciente que eu fiquei muito tempo, acabei me

apegando com ele e no dia que ele foi (morreu), por ser a primeira, ainda tive a oportunidade de acompanhar tudo, foi muito doloroso! Eu fiquei bem abalada durante o dia (Enfermeira Fernanda, 33 anos).

Para Machado *et al.* (2016), durante a seu período de formação acadêmica, o estudante da área da saúde é preparado profissionalmente para salvar o paciente, buscando a cura da doença e o findar da dor e do sofrimento. Quando, apesar de todos os esforços, esses cenários não são idealizados e o profissional se vê confrontado com a morte, ele vai sentir-se desiludido e incapaz.

4.3. MORTE MAIS MARCANTE

Ao conversar com os entrevistados e conhecer suas perspectivas sobre o processo de morte ficou evidente que algumas situações marcam de maneira mais profunda a vida pessoal e profissional. Entre óbitos dos quais os profissionais se recordaram com mais veemência, destaca-se a primeira perda de um paciente, conforme relatado nas seguintes falas:

Esta primeira morte que eu tive que enfrentar, eu tive que entender, e eu tive que perguntar para mim, o que eu faço? E eu não soube me responder, a única coisa que eu sei é me colocar no lugar dela e chorar, é porque eu também tinha uma criança mais ou menos daquela idade (Enfermeira Eduarda, 48 anos).

Pra mim esse primeiro paciente meu, eu assim, de vez enquanto, lembro dele ainda, ele marcou né?! Foi o primeiro paciente meu que veio a óbito, então foi difícil (Tec. de enfermagem Isadora, 34 anos).

A morte na infância é sempre um fator de destaque. Essa dificuldade se justifica pelo fato de ser um acontecimento que interrompe a ordem cronológica da vida. Existindo a expectativa que essas crianças ainda teriam muitos sonhos a se realizar e um futuro promissor (BALDISSERA *et al.*, 2018):

Tem situações que é mais complicado, porque, é... você se sente incapaz, né?! Naquela situação, né?! Principalmente quando é uma criança... às vezes é um bebê que chega muito grave, um bebezinho, alguma coisa assim... esses aí são bem marcantes! É difícil! É mais impactante! Principalmente quando é criança (Enfermeiro José, 40 anos).

Eu tive uma criança de dois anos, que eu acompanhava no PSF né? E ela chegou parada já no PSF onde eu trabalhava e foi muito marcante... Porque eu acompanhava todos os dias, era uma paciente que tinha uma doença grave. Mas essa me marcou muito (Enfermeira Fernanda, 33 anos).

Em geral as mortes descritas como mais marcantes pelos entrevistados foram as primeiras experiências com a perda de pacientes, demonstrando a falta de preparo do profissional diante da temática e também as mortes que aconteceram na idade

infantil, percebendo-se a dificuldade em lidar com o óbito nessa faixa etária em que os profissionais sentem que as crianças não deveriam morrer.

4.4. CONTATO CONSTANTE COM A MORTE NO AMBIENTE DE TRABALHO

No âmbito hospitalar, a morte é uma realidade constante e o convívio com a terminalidade se faz presente na rotina dos profissionais de enfermagem (ROCHA *et al.*, 2017). Essa realidade se caracteriza como uma das mais difíceis situações da prática profissional.

Em sua formação, o enfermeiro adquire a responsabilidade do cuidado com o outro, assistindo-o com atenção e zelo ao prestar atendimento, por isso, nem sempre o profissional está preparado para se deparar com a finitude humana (SALIMENA *et al.*, 2015)

Isso é terrível, isso a gente sente a vida inteira, só quem não é humano que não sente. Eu acho que não tem como a gente ser mecânico demais não, eu não concordo com isso, mecânico. (Enfermeira Amanda, 51 anos).

Cabe salientar que os profissionais, ao refletirem sobre a morte de um paciente, por vezes relembram de fatos que aconteceram durante a sua trajetória ou associam com membros da sua família, como observamos neste relato:

Enquanto eu estou aqui é inexplicável, mas quando eu estou na minha casa e olho para os meus familiares... e penso assim... Um dia será eles né? Eu vou perdê-los; aí eu não gosto muito de pensar nisso não, eu fico muito... fico muito... Eu tenho medo! (Enfermeira Eduarda, 48 anos).

Durante as entrevistas, foi possível notar que o tempo de atuação e experiência torna o profissional mais preparado para enfrentar a morte:

É igual eu te falei! A gente já acostumou, é uma coisa normal, né?! A gente tenta fazer o possível pra aquele paciente melhorar, né?! Mas se não teve jeito... Muitas das vezes a gente pensa, que o paciente falecer é um descanso pra ele; a gente vê o sofrimento que eles têm. Então pra mim hoje em dia, é uma coisa normal (Tec. de enfermagem Carolina, 31 anos).

Eu acho que, infelizmente vai passando o tempo, não vou dizer que você vai acostumando com a morte, né?! [...] A gente também tem que se sensibilizar, mas, vai criando, vai chegando um tempo à gente vai ficando mais resistente, né?! (Tec. de enfermagem Isadora, 34 anos).

Vou te falar... que hoje em dia já é natural... Hoje né?! Depois de muitos anos, já é natural (Enfermeira Janaina, 31 anos).

Com isso, é evidente a necessidade de capacitação para os profissionais quanto à morte, favorecendo a troca de experiências, discussões e reflexões entre

profissionais. Por meio dessas ações, será possível alcançar suporte e fortalecer o profissional para enfrentar esse acontecimento diariamente, sempre promovendo um processo humanizado de morrer ao paciente sob seus cuidados (MACHADO *et al.*, 2016).

4.5. ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A MORTE DO PACIENTE

Os profissionais de enfermagem apresentam diferentes reações diante da morte do paciente. Estas se diferenciam de acordo com as experiências pessoais e profissionais.

Algumas estratégias são determinantes para saber de qual maneira e quanto tempo o profissional levará para enfrentar o processo da morte. A religiosidade se afirma como uma destas estratégias fundamentais já que a fé torna tudo menos doloroso e colocá-la em prática gera maior aceitação da morte (DIAS e AGUIAR, 2017).

Percebemos que a maioria dos entrevistados tem a religião como suporte para enfrentar essas situações e procuram em Deus respostas para suas indagações, além de procurar conforto para encarar o momento vivido. Verificamos isso nos relatos:

Eu penso assim, é Deus que quer levar pra perto dele (Tec. de enfermagem Roberta, 39 anos).

Nesse momento eu só falo de Deus, porque não existe ninguém na face da terra que possa confortar [...] Eu coloco Ele e peço Ele e que o Espírito Santo me ensine naquele momento da perda, para eu não sufocar como fiz da primeira vez, que eu só soube chorar e não pude ajudar (Enfermeira Eduarda, 48 anos).

A gente tem que pedir muita força pra Deus né?! Porque senão a gente fica com o psicológico abalado. A gente tem que pedir força pra gente suportar (Tec. de Enfermagem Lavínia, 42 anos).

O depoimento dos entrevistados também nos mostrou que o tempo poder ser uma variável para ajudar nesse enfrentamento, pois eles vão ganhando experiência, aceitando e compreendendo o processo da morte, de acordo com as descrições:

Com o passar do tempo, infelizmente a gente vai criando uma... uma... Como vou dizer... uma carapuça né?! Uma cápsula, que você vai criando, que a morte já não abala mais, né?! (Tec. de Enfermagem Isadora, 34 anos).

No início foi complicado! E eu sou muito agarrada, muito emotiva... Mas depois eu fui melhorando. Eu trabalhei isso em mim! Mas no início foi bem complicado [...] Então, hoje em dia é mais natural... Não é que eu não fico triste... Porque a gente fica aborrecido! Mas... já foi muito pior do que é hoje... (Enfermeira Janaína, 31 anos).

Lidar com o óbito é uma tarefa complicada e fundamental que o profissional tenha consciência e compreensão sobre as necessidades peculiares de cada paciente, a fim de prestar a melhor assistência possível (SANTOS *et al.*, 2013). Realizar todos os procedimentos possíveis e uma assistência de qualidade ao paciente geram uma sensação de conforto, tanto para a equipe de saúde quanto para a família. Os sujeitos da pesquisa foram categóricos em relação a isso:

A minha estratégia é fazer o melhor enquanto eu estou aqui, porque se eu faço o meu melhor, se eu presto o meu cuidado de acordo com o que tem que ser, eu consigo ir pra minha casa descansar e deitar minha cabeça no travesseiro e saber que eu fiz o meu papel. (Enfermeira Amanda, 51 anos).

Eu penso assim, que a gente tem que sair de casa pensando assim que eu vou dar o melhor pro paciente né?! Pra você depois não arreponder do que você não fez, vou fazer o melhor pra ele. Porque o paciente que tá no leito ele depende de mim pra tudo (Tec. de enfermagem Lavínia, 42 anos).

Todas as estratégias adotadas pelos profissionais são uma tentativa de desviar sentimentos negativos vivenciados no ambiente de trabalho, para que esses sentimentos não interfiram na sua vida pessoal e nos cuidados prestados aos demais pacientes (BALDISSERA *et al.*, 2018).

4.6. OCORRÊNCIA DO ÓBITO INESPERADO DE PACIENTE NA MESMA FAIXA ETÁRIA DO ENTREVISTADO

A morte de um paciente na mesma faixa etária do profissional, pode colocá-lo diante de sua própria finitude, intensificando os sentimentos negativos frente a essa situação. Assim como descreve a técnica de enfermagem Isadora:

Nossa! O sentimento é de se colocar no lugar da família, sabe?! Do paciente, daquela pessoa que veio a óbito, sabe?! De pensar assim, nossa uma menina com a vida toda pela frente né?! É bem complicado, eu me coloco no lugar da pessoa e no lugar da família. É difícil (Tec. De enfermagem Isadora, 34 anos).

Hayasida *et al.* (2014) descreveram, em seu estudo, que os profissionais da saúde, diante da morte de um paciente adulto na mesma faixa etária, por exemplo, fazem comparação com sua própria vida, em decorrência do bloqueio da continuidade do desenvolvimento e atividades correlacionadas, vida profissional, casamento, filhos, entre outras, ocasionando similaridade com a própria morte.

4.7. ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA OCORRÊNCIA DO ÓBITO DA MORTE DE UM PACIENTE SOB SEUS CUIDADOS

A abordagem sobre as ações de enfermagem após a morte é voltada para os cuidados com o corpo e protocolos legais. Conforme afirma a enfermeira Janaína:

Depois do óbito eu oriento a família. Eu me preocupo com a família! A gente faz tudo que tem que fazer né, pro paciente! A partir do momento que o médico constata o óbito, minha preocupação é com a família dele! Não é com ele mais... Aí as meninas (técnicas de enfermagem) já tiram o que tem que tirar, já aciona a funerária. E geralmente, eu desço com a família pra assistente social, que agora minha preocupação deixa de ser o paciente, e passa a ser a família! (Enfermeira Janaína, 31 anos).

Após a morte, os procedimentos técnicos com o corpo do paciente — a remoção de equipamentos e matérias ao qual o corpo está conectado, a higiene, e a identificação — são realizados pelos técnicos de enfermagem e, quando necessário, recebem ajuda do enfermeiro, os responsáveis pelas partes burocráticas e pelo acolhimento à família do paciente (PRADO *et al.*, 2018).

4.8. O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE INFANTIL

A morte do paciente em idade infantil não coincide com a lógica diante dos avanços tecnológicos e científicos, seja no acompanhamento no setor primário, seja no contexto da assistência hospitalar. A vivência da equipe de Enfermagem em setor pediátrico e infantil não é suficiente para aceitar o fim do curso da vida nessa idade, despertando nesses profissionais sentimentos negativos de culpa e de fracasso, levando inclusive ao processo de negação da morte (SOUZA e CONCEIÇÃO, 2018; LARI *et al.*, 2018).

Vivenciar a doença e a morte infantil e pediátrica é um processo que se mostra de forma complexa para os profissionais de Enfermagem. Nesse contexto, estão inseridas questões culturais, subjetivas, crenças, experiências de vida e a falta de diálogo durante a formação técnica e acadêmica sobre a temática. Em consonância, o modelo curativo que muitos adquirem na formação transforma-se em uma barreira que bloqueia e influencia sua atuação diante da morte nessa idade (SILVA *et al.*, 2017).

O nascimento de uma criança gera muita expectativa nos pais em virtude de todas as possibilidades de futuro que ela tem. Os profissionais pressupõem que essas crianças não deveriam vir a óbito, tornando esse contato ainda mais doloroso.

Você imagina uma mãe né? Deu uma luz a um bebê e pensa assim: olha! Ele vai crescer... Vai andar... Vai sair da fraldinha... Vai aprender a papa... Vou levar ele pra escola... Vou buscar ele na escola... O primeiro aniversário... Então a mãe nunca imagina que vai perder aquela criança, então a perda de uma criança dói tanto, dói muito (Enfermeira Eduarda, 48 anos).

Eu penso assim: O adulto, a idade adulta, o idoso, já viveu o que tinha que ter vivido, já fez tudo o que tinha que ser feito, já criou família. Então já tá... E a criança não! A criança tem tudo pela frente, uma vida pela frente. Então eu fico arrasada quando tenho óbito com criança; Nossa! Me abala demais, muito... muito... muito triste! (Tec. de Enfermagem Gabriela, 41 anos).

Criança pesa mais. Quando acontece, eu penso logo no meu filho, se fosse meu filho! Então pesa mais sim; é mais doloroso... (Téc. Enfermagem Carolina, 31 anos).

A interrupção precoce da vida é entendida como a perda da oportunidade de viver tempo suficiente no mundo e isso é sempre motivo de indignação (MARQUES *et al.*, 2013). Enfim, as indagações que surgem diante da morte e do processo de luto são inúmeras e vão ao encontro do que coloca a autora seguinte:

Todas as pessoas morrem, mas nem todas um dia poderão saber por que viveram. Não sei por que uma criança morre. Não tem explicação uma criança morrer. Mas, elas morrem. Eu não sei por que é que os jovens morrem, mas eles morrem. Os velhos morrem, e apesar de ser mais ou menos óbvio que quando ficamos velhos podemos morrer, nem sempre é simples aceitar este destino lógico (ARANTES, 2016, p.53).

Os profissionais têm o conceito de que crianças não deveriam vir a óbito. Quando ocorre essa inversão cronológica abrem-se lacunas nos planos e nas expectativas futuras, causando prejuízo no cuidado ofertado a esse público. Para Lima e Andrade (2017), entende-se que é muito difícil lidar com a temática da morte, uma vez que se trata de uma questão de cunho cultural, social, psicológico e emocional. É certo que não existe uma maneira específica de tratar o assunto. Contudo, é necessário abordar o tema, principalmente no que diz respeito ao cuidado em saúde.

4.9. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL HOSPITALAR OU DO ENFERMEIRO COORDENADOR PARA LIDAR COM A MORTE

A representatividade de programas e estratégias direcionados a formação prévia dos profissionais de enfermagem para a morte podem contribuir para o enfrentamento sistematizado desse processo.

Os autores Santos e Hormanez (2013), em seus estudos, correlacionaram a deficiência na formação acadêmica com a necessidade de desenvolvimento de treinamentos direcionados previamente ao exercício prático dos profissionais de

enfermagem, enfatizando que esses treinamentos são estratégias que colaboram para construção de redes sociais ampliadas, resolutivas, com espaços para discussão, levando os profissionais a reflexão sobre questões interligadas a morte de forma saudável, vivenciável, acolhedora e integradora.

Quanto à verificação da qualificação profissional da equipe de enfermagem para melhor vivenciar o processo de morte por iniciativa da instituição hospitalar ou do enfermeiro, constatou-se que não é realizada educação continuada formal sobre a temática.

Não! Não! Nunca recebi! Mas também nunca foi feito esse tipo de questionamento pra nós! Ninguém nunca nem notou, nunca nem observou, então... (Téc. de enfermagem Gabriela, 41 anos).

A ausência de capacitações acerca do processo de luto e a pouca atenção alocada à temática repercute na assistência prestada aos pacientes e familiares que, por sua vez, adotam conduta fria, com discrepância impessoal e tecnicista. O que de fato pode ser evidenciado nas falas das enfermeiras a seguir:

Minha equipe é muito fria. Não. Não, não. Nunca pensei em desenvolver nada. Faz o que tem que fazer, mas eles não levam... Acabou aqui as 12h, foi pra casa... às vezes fica triste, mas não é de sofrer com as mortes dos pacientes não... (Enfermeira Janaína, 31 anos).

Em algumas vezes não é necessário, porque a equipe acaba que já está acostumada com a situação, mas em alguns casos, quando nos mexe bastante, a gente sempre acaba reunindo depois né! Pra ter uma conversa, uma coisa breve, mas sem muitas delongas também (Enfermeira Fernanda, 33 anos).

As capacitações profissionais com abordagem para o desenvolvimento de habilidades e competências — incluindo condutas aplicadas ao término da vida, associando programas de educação em serviço, antes da inserção do profissional no setor que prestará a assistência ao paciente — podem gerar estratégias eficazes para melhor preparo da equipe de enfermagem para vivência do óbito.

4.10. QUALIFICAÇÃO DURANTE A FORMAÇÃO ACADEMICA

Diante da magnitude da morte e dos impactos cotidianos que esta causa ao indivíduo, o tema deveria ser destaque na grade curricular acadêmica.

Segundo pesquisas realizadas por Oliveira-Cardoso e Santos (2017), existe a escassez e até a inexistência de estudos que tratem questões da morte nos cursos

de saúde na graduação, reforçando a noção de que o assunto é tabu e de difícil abordagem por levantar questões de cunho pessoal, cultural e social.

A respeito da abordagem da morte, na área acadêmica, a totalidade dos entrevistados alegaram não ter tido uma matéria específica, sendo esta passada apenas de forma superficial relacionada à ética profissional e ao preparo do corpo pós-morte.

Lá no curso na verdade, a gente tinha professores que falava pra gente, que a morte era normal né?! Que era uma parte, que a gente iria passar por ela, que seria normal no trabalho da gente né?! Mas assim, preparo a gente não teve não (Tec. de Enfermagem Isadora, 34 anos).

A gente teve umas aulas lá... mas matéria voltada pra isso não... Assim, a ética, o respeito com o corpo, né?! Tanto enquanto ele é paciente e mesmo após o óbito, o respeito com o paciente, com a família, aula de ética; Isso aí a gente teve... Agora, matéria específica sobre como lidar com a morte, isso aí não! Teve não (Enfermeiro José, 40 anos).

Sartori e Battistel (2017) alegam que, na estrutura curricular, parece predominar a lógica de que o acadêmico não precisa ser preparado para lidar com a morte; não havendo espaço para debater os aspectos emocionais, sociais e espirituais que a morte traz para a vida do profissional. Desta forma, a maioria dos universitários aprendem sozinhos sobre o assunto ao se depararem com ele na prática.

Geralmente a gente vem a campo, a gente não pensa nisso: “eu vou ter que encarar a morte” né? A gente pensa que vai cuidar, a gente pensa que vai erradicar, a gente pensa que vai aprender, que vai ensinar, então quando acontece a morte, a gente não sabe muito como lidar (Enfermeira Eduarda, 48 anos).

Sartori e Battistel (2017) ainda complementam que o óbito deveria ser um dos assuntos tratados de forma complexa nos cursos de saúde, sendo entendido como um amplo campo de conhecimento, sendo necessário que o acadêmico compreenda todo o processo de morrer, envolvendo questões emocionais, sociais e profissionais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser uma área cujo propósito se revela no cuidado a pessoas em diferentes estágios de saúde ou adoecimento, lidar com a morte na profissão de enfermagem pode causar desgaste físico e psíquico, evidenciados pelo surgimento de sentimentos tais como, frustração, impotência, tristeza, culpa e angústia, além de despertar questionamentos e reflexões.

Durante as entrevistas, destacou-se que, ao vivenciar o óbito, cada indivíduo estabelece estratégias de enfrentamento e suporte frente a situações adversas. As discussões indicam que os profissionais valorizam e buscam desenvolver aspectos relacionados à espiritualidade para lidar com o processo de morte gerando conforto. O tempo de experiência foi outro fator identificado como estratégia para superar a situação, já que os participantes relataram que hoje vivenciam melhor a perda do que quando iniciaram na profissão, levando em consideração que a experiência proporciona ao profissional o desenvolvimento de ferramentas para melhor lidar com o óbito de seus pacientes.

A dificuldade em lidar com a morte possivelmente está relacionada ao preparo insuficiente durante a formação acadêmica, lidando de forma superficial com o aspecto da finitude no cotidiano profissional, sendo possível constatar, na prática, que a temática da morte ainda é pouco debatida; há uma escassez de informações a respeito do amparo aos profissionais de enfermagem perante essa situação. A temática se complica ainda mais quando o óbito é infantil, já que subtende-se que ocorre a interrupção precoce do ciclo natural da vida.

Diante do exposto, é necessário criar um ambiente informativo, desde a graduação até os serviços de saúde, discutindo e refletindo sobre o processo de morte, criando um caminho para tornar esse contato menos angustiante e solitário, moldando o profissional para encarar a morte de forma mais humana, sentindo-se habilitado a compreender os próprios sentimentos gerados no momento da partida do paciente.

Por fim, os resultados do estudo tem potencial norteador na conduta dos docentes na busca de preparar os estudantes de enfermagem para intervir de maneira mais adequada frente à situação, pois, ficou evidenciada a necessidade de novas pesquisas a respeito do processo de morte e luto no ambiente de trabalho. Sugere-se, portanto, realizar uma educação continuada nos estabelecimentos de saúde, a fim de preparar o profissional emocionalmente para lidar com este acontecimento. Para isso, pode-se direcionar terapêuticas de abordagem cognitivo-comportamental, levando em consideração as singularidades enfrentadas pelo profissional que lida com a perda e fazendo com que ele sinta-se amparado ao se defrontar com o grande mistério que é a morte.

6. REFERÊNCIAS

AMATUZZI, Mauro Martins. Experiência: um termochave para a psicologia, **Memorandum**, v. 34, n. 13, p. 8-15, 2007,. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/01Amatuzzi.pdf>>. Acesso em: 20.abr.2018

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

AZEVEDO, Fellipe Afonso de et al. Significados de morte: o discurso do sujeito coletivo da enfermagem. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 6, n. 1, p. 1-7 mar. 2016. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v6i1.458>> Acesso em: 04.mar.2018

BALDISSERA, Ana Elisa et al. Perspectiva de profissionais de Enfermagem sobre a morte na Emergência. **Revista Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.12, n.5, p. 1317-24, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234545p1317-1324-2018>> Aceso em: 24.jul.2018

BASTOS, Carmen Célia Barradas Correia. Pesquisa qualitativa de base fenomenológica e a análise da estrutura do fenômeno situado: algumas contribuições. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v.5, n.9, p. 442-51, dez. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/156/93> Acesso em: 21.mar.2018

BASTOS, Rodrigo et al. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 17, p.1-5, jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>> Acesso em: 03.mar.2018

BENJAMIN, Walter. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. 7.ed. São Paulo: **Brasiliense**, 1994. (Obras Escolhidas, v. I.) Disponível em: <https://monoskop.org/images/3/32/Benjamin_Walter_Obras_escolhidas_1.pdf>. Acesso em: 22.abr.2018

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto, 1994.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, p. 20-28. abr 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>> Acesso em: 22.abr.2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>> Acesso em: 06.abr.2018

CEBRAP - CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**: bloco qualitativo. SESC: São Paulo, p. 24-42, 2016. Disponível em:

<<https://centrodepesquisaeformacao.sescsp.org.br/uploads/BibliotecaTable/9c7154528b820891e2a3c20a3a49bca9/322/1507668143662883762.pdf>> Acesso em: 11.mar.2018

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21.mar.2018

DATASUS. Tecnologia da informação a serviço do SUS. **Tipo de estabelecimento.** Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm Acesso em: 03.abr.2018

DIAS e SOUSA, Celeste. **Como tornar-se professor?** Um estudo sobre o desenvolvimento profissional de professores a partir das suas experiências na docência. Juiz de Fora, 1999. 191p. Dissertação de mestrado, Formação de professores - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora.

DIAS, Hellen de Azevedo; AGUIAR, Valéria Cristina da Silva. A percepção do acadêmico de enfermagem frente ao processo de morte/morrer. 2017. 17 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, Brasília, 2017

ESPERÓN, Julia Maricela Torres. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 21, n1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170027.pdf> Acesso em: 21.mar.2018

FONSECA, Susyane Melissa Santos Melo da et al. Papel do enfermeiro frente aos cuidados à pacientes terminais. **Congresso Internacional de Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 1-3, abr. 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/6217/2241>> Acesso em: 28.fev.2018

HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque et al. Morte e luto: competências dos profissionais. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 112-121, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-5687.20140017>. Acesso em: 11.out.2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140017>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=search=minas-gerais|manhuacu>. Acesso em: 21.mar.2018

GIARETTON, Daynah Waihrich Leal. **Morte e o morrer: sentimentos dos profissionais da saúde diante do paciente terminal.** 2013. 33 f. Monografia (Especialização) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/TRABALHO%20DE%20CONCLUSAO%20DE%20CURSO/Artigos/referencia%20Giaretton_Daynah_Waihrich_Leal.pdf> Acesso em: 06.set.2018

LARI, Larissa Rodrigues *et al.* Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. **Aquichan**, Chía, Colombia, n.1, v.18, p.80-94, 2018. DOI: 10.5294/aqui.2018.18.1.8.

LIMA, Alice Bianca Santana *et al.* Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa. **Rev Pesq Saúde**, v. 2, n. 17, p.116-121, ago. 2016. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.467>> Acesso em: 28.fev.2018

LIMA, Roberta de *et al.* A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 8, p.1-4, 21 jan. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170050>> Acesso em: 03.mar.2018

LIMA, Maria Juliana Vieira; ANDRADE, Noeme Moreira de. A atuação do profissional de saúde residente em contato com a morte e o morrer. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 958-972, dez 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000400958&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 09.ago.2018

MACHADO, Raylane da Silva *et al.* Finitude e morte da sociedade ocidental: uma reflexãoa com foco nos profissionais de saúde. **Cultura de los Cuidados** (Edição Digital), v. 20, n. 45, p. 91-97, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.10>> Acesso em: 06.set.2018

MARQUES, Camilla Delavalentina Cavallini *et al.* Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.823-830, dez. 2013.

MOTA, Marina Soares *et al.* Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 1, n. 32, p.129-135, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100017&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 03.mar.2018

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo; SANTOS, Andressa de Andrade. Desafios de ensino-aprendizagem da enfermagem para o cuidado frente ao morrer humano - percepções docentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1-8, 2017. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0091>>. Acesso em: 01.mar.2018

NUNES, Felipa Naarai Lima; ARAÚJO, Kelyanne Moura de; SILVA, Liana Dantas Costa e. As evidências sobre o impacto psicossocial de profissionais de enfermagem frente à morte. **Revista Interdisciplinar**, Teresina-Piauí, v. 9, n. 4, p.165-172, 2016. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/545> Acesso em: 03.mar.2018

OLIVEIRA, Edjaclécio Silva et al. O processo de morte e morrer na percepção de acadêmicos de enfermagem. **Revista Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 5, n. 10, p.1709-1716, maio 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11318/13003>> Acesso em: 01.mar.2018

OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio dos. Grupo de educação para a morte: uma estratégia complementar à formação acadêmica do profissional de saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 500-514, Junho 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002792015>> Acesso em: 30.ago.2018

PRADO, Roberta Teixeira et al. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 39, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>> Acesso em: 10.set.2018

ROCHA, Daniela Dias da et al. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem diante de morte em unidade de terapia intensiva neonatal. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 21, p. 546-560, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272017000200015&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 07.set.2018

ROSA, Danielle Souza Santa; COUTO, Selma Aleluia. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 1, p.92-104, 28 ago. 2015. Disponível em: <DOI: 10.17267/2317-3378rec.v4i1.467> Acesso em: 04.mar.2018

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Sentimentos da equipe de enfermagem cirúrgica diante da morte. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 22, n. 1, p. 75-78, 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/33/2>> Acesso em: 10.set.2018

SANTOS, Manoel Antônio dos; HORMANEZ, Marília. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, v.9, n.18, p.2757-68, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-131&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 10.set.2018

SANTOS, Yngrid Silveira dos *et al.* A enfermagem e a abordagem da morte infantil: um estudo de trabalhos Qualis A. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 1, n. 2, p.112-131, jan. 2013. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/252>> Acesso em: 30.ago.2018




SARTORI, Aline Viegas; BATTISTEL. Amara Lúcia Holanda Tavares. A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, Santa Maria, Rs, v. 3, n. 25, p.497-508, jan. 2017. Disponível em: <DOI:10.4322/2526-8910.ctoAO0770> Acesso em: 30.ago.2018

SILVA, Isabella Navarro *et al.* Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. **Escola Anna Nery**, v.4, n.21, p.1-8, 2017.

SOUZA, Priscila dos Santos Neris de Souza. CONCEIÇÃO, Alexandra de Oliveira Fernandes. Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Bioética**, Brasília, v.1, n.26, p. 27-34, 2018

ANEXO 01:

PROTOCOLO APROVAÇÃO FINAL DO CEP – PLATAFORMA BRASIL

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS		
1. Projeto de Pesquisa: PROCESSO DE LUTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE VIVEM A EXPERIÊNCIA DO ÓBITO DE PACIENTES SOB OS SEUS CUIDADOS: UM ESTUDO EM UM HOSPITAL GERAL DA ZONA DA MATA MINEIRA.		
2. Número de Participantes da Pesquisa: 10		
3. Área Temática		
4. Área de Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
5. Nome: Laudinei da Carvalho Gomes		
6. CPF: 088.644.738-42	7. Endereço (Rua, n.º): Córrego Camarão, Zona Rural, Fazenda Vista Alegre, CAPUTIRA MINAS GERAIS 36825000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (31) 3901-6874	10. Outro Telefone: 11. Email: laudinei.gomes@holmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.		
Data: <u>18</u> / <u>08</u> / <u>2018</u>		 Assinatura
INSTITUIÇÃO PROPONENTE		
12. Nome: SOFCAR-SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINCO LTDA - EPP	13. CNPJ: 03.981.113/0001-03	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (31) 3373-2199	16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.		
Responsável: <u>Kelly Aparecida do Nascimento</u>	CPF: <u>052.796.636-38</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenadora de Extensão</u>		
Data: <u>18</u> / <u>08</u> / <u>2018</u>		 Assinatura
PATROCINADOR PRINCIPAL		
Não se aplica		

ANEXO 02:**ANEXO 02:****CARTA DE ANUÊNCIA****SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Ilma. Sra. Ana Lígia de Assis Garcia

Nós, Larissa Caldas Moraes, Luiza da Silva Lima e Ronan Márcio de Oliveira, estudantes matriculados no curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Vértice – UniVértix – Matipó Minas Gerais – sob orientação do professor Esp. Laudinei de Carvalho Gomes, venho solicitar a V. S. a autorização para coleta de dados nesse Município, com a finalidade de realizar pesquisa para o Trabalho de Conclusão do Curso, intitulado em: "Processo de luto de profissionais de Enfermagem que vivem a experiência do óbito de pacientes sob os seus cuidados: um estudo em um hospital da zona da mata mineira", cujo objetivo é compreender o processo de luto de profissionais de Enfermagem de um Hospital da Zona da Mata Mineira que vivem a experiência do óbito de pacientes não terminais sob seus cuidados.

A relevância do estudo está pautada por promover uma reflexão sobre as experiências do enfermeiro diante do processo de morte, discutindo e elucidando os sentimentos, percepções e mecanismos de defesa sob a ótica do luto, possibilitando a criação de instrumentos para o preparo da equipe no enfrentamento desse processo. Com base nisso, o interesse pelo estudo surgiu em decorrência dos paradigmas sociais, déficit curricular acerca da preparação para esse processo prático e percepção emocional da assistência esperada para cura.

Nesse contexto, percebe-se que o estudo proposto assume grande relevância uma vez que, os cursos da área da saúde abordam a morte de forma superficial sendo mais enfatizada a abordagem curativista e isto representa um obstáculo à preparação no enfermeiro na prática do cuidado com a morte e o morrer humano. Prova disso é a escassez de disciplinas que tratam do tema nos cursos de graduação de saúde, sendo insuficiente para criar uma prática cuidativa sensível que essa fase necessita. Além disso, a área de saúde carece de estudos relacionados ao tema para melhor preparo do profissional.

A pesquisa terá sequenciamento mediante entrevista dos profissionais de enfermagem. Para as entrevistas serão utilizados dois roteiros previamente semiestruturados, um direcionado aos enfermeiros assistenciais e outro ao técnico em enfermagem a fim de não desvincular do objetivo fomento tema da pesquisa. As

entrevistas serão divididas basicamente em duas etapas: a primeira com coleta de informações socioeconômicas, que incluem idade, sexo, estado civil, formação profissional, tempo e área de atuação na instituição; a segunda parte, será mediante um roteiro estruturado com questões diretamente relacionadas com o objeto de estudo, a fim de compreender o processo do luto percebido pelos profissionais de enfermagem.

As entrevistas só irão ser realizadas mediante aceite dos sujeitos e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo total sigilo dos sujeitos e das informações coletadas.

Comprometo-me a disponibilizar os dados resultantes da pesquisa, juntamente com o Trabalho de Conclusão de Curso, a esta instituição.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e colaboração para a conclusão desta importante etapa para iniciação no campo das ciências científica em saúde.

Eu, Laudinei de Carvalho Gomes, me responsabilizo pelo trabalho científico das acadêmicas em questão.

Atenciosamente,

Larissa Caldas Moraes Luiza da Silva Lima Ronan Márcio de Oliveira
Larissa Caldas Moraes Luiza da Silva Lima Ronan Márcio de Oliveira


Laudinei de Carvalho Gomes

Eu, Luiz Sérgio de Jesus Faria Coordenadora
do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital César Leite – HCL, autorizo a
realização da presente pesquisa.

Manhuaçu, 18, de maio, de 2018.

ANEXO 03:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr.(a) _____

está sendo convidado(a) a participação como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“Processo de luto de profissionais de enfermagem que vivem a experiência do óbito de pacientes sob os seus cuidados: um estudo em um hospital geral da zona da mata mineira”**, Nesta pesquisa **objetivamos**: compreender o processo de luto de profissionais de Enfermagem de um Hospital da Zona da Mata Mineira que vivem a experiência do óbito de pacientes não terminais sob seus cuidados.. **Tal pesquisa é importante por**: por promover uma reflexão sobre as experiências do enfermeiro diante do processo de morte, discutindo e elucidando os sentimentos, percepções estratégias de defesa sob a óptica do luto, possibilitando a criação de instrumentos para o preparo da equipe no enfrentamento desse processo. **Sua participação consistirá em**: preencher um cabeçalho do questionário semiaberto com assessoramento e posteriormente a entrevista será gravada , no qual serão realizadas perguntas direcionadas previamente elaboradas.

Dentre os benefícios identificados na realização da presente pesquisa destacamos: contribuir para a melhoria do gerenciamento do processo de óbito e reflexão por parte da equipe de enfermagem diante da “perda” de um paciente, promover e contribuir com ações para melhoria da qualidade e prevenção dos agravos no setor em questão. A presente pesquisa representa risco mínimo. Apesar disso, o Sr(a) tem o direito de ser restituído naquilo que for prejudicado caso ocorra prejuízo cuja causa seja confirmada como sendo produzida pela pesquisa. Para participar deste estudo o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, uma vez que não está previsto pagamento dos participantes. O(A) Sr(a) será informado(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, não remunerada e a negação em participar não acarretará em nenhum prejuízo. Seu nome não será mencionado e será tratado com padrões profissionais de respeito. Os resultados da pesquisa serão divulgados em revistas e reuniões científicas e estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será

identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. Todo o material contendo informações escritas sobre a pesquisa ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Larissa Caldas Moraes, Luiza da Silva Lima e Ronan Márcio de Oliveira, durante cinco anos.

Em acordo com a presente autorização, presto consentimento:

Eu,

_____, fui informado(a) dos objetivos do estudo **“Processo de luto de profissionais de enfermagem que vivem a experiência do óbito de pacientes sob os seus cuidados: um estudo em um hospital geral da zona da mata mineira.”** De maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir mais informações e modificar minha decisão de participar, se eu desejar. Declaro que concordo em participar dessa investigação. Recebi todas as orientações pertinentes e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Manhuaçu – Minas Gerais, _____ de _____ de 2018.

Em caso de dúvidas o Sr.(a) poderá entrar em contato com o responsável orientador pela pesquisa:

Professor Enfermeiro Mestrando Laudinei de Carvalho Gomes.

E-mail: laudineic.gomes@hotmail Telefone: 031 – 99740-0861

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Núcleo de Ensino e Pesquisa HCL – NEP.

Endereço: Praça Dr **Cesar Leite**, 383. Centro - **Manhuaçu**/MG CEP: 36900-000

Tel: 033 3339-6900

e-mail: nep@hospitalcesarleite.com.br

ANEXO 04/01:**QUESTIONÁRIO ADAPTADO DE OLIVEIRA ET AL, (2011).**

ROTEIRO ENFERMEIROS – (ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA).

Identificação:

1. Nome (siglas): _____ Idade: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo
4. Município que reside: _____
5. Trabalha em outra instituição () Não () Sim, qual? _____
6. Formação Profissional:
() Graduação
() Especialização _____
() Pós-Graduação _____
7. Tempo que formou: _____
8. Tempo que atua na área: _____
9. Tempo que atua na instituição: _____
10. Área de atuação na instituição: _____

Entrevista Semiestruturada:

1. Como você definiria a morte?
2. Como foi perder o primeiro paciente?
3. Houve alguma morte que foi mais marcante?
4. O que você sente diante do contato constante com a morte no seu ambiente de trabalho?
5. Você desenvolve alguma estratégia para lidar com o sentimento de ver a morte do seu paciente? Se sim, qual?
6. Já ocorreu óbito inesperado de um paciente da mesma faixa etária que você? Se sim, como foi isso?
7. Enquanto coordenador assistencial, você realiza algum trabalho para ajudar a sua equipe a lidar com a morte?
8. Na ocorrência da morte de um paciente sob seus cuidados, como é a sua atuação profissional?
9. Você teve algum preparo durante a formação profissional para lidar com a morte?

ANEXO 04/02:**QUESTIONÁRIO ADAPTADO DE OLIVEIRA ET AL, (2011).****ROTEIRO EQUIPE DE ENFERMAGEM – (ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA).****Identificação:**

1. Nome (siglas): _____ Idade: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo
4. Município que reside: _____
5. Trabalha em outra instituição () Não () Sim, qual? _____
6. Formação Profissional:
() Especialização _____
7. Tempo que formou: _____
8. Tempo que atua na área: _____
9. Tempo que atua na instituição: _____
10. Área de atuação na instituição: _____

Entrevista Semiestruturada:

1. Como você definiria a morte?
2. Como foi perder o primeiro paciente?
3. Houve alguma morte que foi mais marcante?
4. O que você sente diante do contato constante com a morte no seu ambiente de trabalho?
5. Você desenvolve alguma estratégia para lidar com o sentimento de ver a morte do seu paciente? Se sim, qual?
6. Já ocorreu óbito inesperado de um paciente da mesma faixa etária que você? Se sim, como foi isso?
7. Você recebe alguma qualificação profissional do hospital ou apoio do seu enfermeiro coordenador para lidar com a morte?
8. Na ocorrência da morte de um paciente sob seus cuidados, como é a sua atuação profissional?
9. Você teve algum preparo durante a formação profissional para lidar com a morte?

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE MATIPÓ- MG, UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE SEDENTÁRIOS E PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA

ACADÊMICOS: ROSILENE GOMES PAIVA DE SOUZA; VICTOR HUGO RODRIGUES DE SOUZA.

ORIENTADORA: Prof^a Dnt. Deyliane Aparecida de Almeida Pereira.

LINHA DE PESQUISA: 1. Cuidado de Enfermagem

RESUMO: O objetivo do nosso estudo é avaliar a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física e sedentários. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva, realizado num programa Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Matipó-MG. A amostra foi composta por idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. O instrumento de coleta de dados foi um questionário sociodemográfico e informações de saúde, e o Questionário de Qualidade de Vida (SF-36), versão Brasileira. A amostra possui idade média de 71,17 (DP=8,10) anos, sendo que 60,0% é do sexo feminino. O Índice de Massa Corporal, auto relatado é de 25,57 (DP=4,33) Kg/m², ou seja, estão classificados com sobrepeso e possuem maior predisposição para doenças cardiovasculares. Apenas 48,3% praticam atividade física, sendo elas caminhada, fisioterapia, capoeira, ginástica (aeróbica, alongamento, laboral), hidroginástica e pilates. Os idosos ativos apresentaram melhor qualidade de vida quando comparados aos sedentários nos seguintes domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, limitação por estado emocional. Conclui-se a prática de atividade física contribui para a qualidade de vida de idosos, logo, em ambientes de saúde é indicado que sejam implementadas ações que incentivem a adoção de estilos de vida ativos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Qualidade de vida; Atividade física; Sedentarismo.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil vem apresentando um aumento significativo da população acima dos 60 anos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), em 2060 o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos); enquanto em 2018 a proporção é de 9,2% (19,2 milhões) de idosos.

Considera-se idoso, no Brasil, o indivíduo com 60 anos ou mais de idade. Do ponto de vista social e psicológico, são mais heterogêneos que os jovens e vivenciam alterações estruturais e funcionais com o envelhecimento, que pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional, denominado senescência.

A transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população. Essas alterações têm ocorrido rapidamente, exigindo uma resposta rápida e adequada que não se realizará sem a intervenção do Estado, por meio de implantação de políticas públicas fundamentais no que tange à qualidade de vida (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016).

Segundo Stival et al, (2014), os fatores que contribuem para a qualidade de vida são o direito e acesso à tratamentos de saúde de qualidade, práticas de atividades físicas regulares com supervisão de profissional capacitado, alimentação balanceada atendendo às recomendações de macronutrientes e micronutrientes, viver em ambientes favoráveis e não expostos à poluição ou quaisquer outros agentes que podem agravar a saúde.

Já Toldrá, et al (2014) declaram que está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal, e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias em que se vive. Entende-se como estilo de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde, o Estilo de Vida “é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e isso é frequentemente objeto de investigações epidemiológicas”.

Diante do exposto, denota que a qualidade de vida se associa ao bem-estar físico, social e psicológico. Por exemplo, o meio em que a pessoa vive, como é o seu relacionamento social, o convívio familiar, a sua religiosidade e o meio ambiente. Todos esses fatores contribuem para o bem-estar físico e mental, contribuindo para que a pessoa possa estar bem consigo mesmo e com a sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) afirma que a atividade física é uma das formas de retardar o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como hipertensão arterial, diabetes, Doença de Alzheimer, osteoporose, hipercolesterolêmica, Doença Pulmonar Obstrutiva crônica, mal de Parkinson, asma, acidente vascular cerebral e câncer.

A realização de atividade física diariamente contribui para que o indivíduo possa ser mais confiante consigo mesmo e na prevenção de várias doenças crônicas ao longo da sua vida. No que tange às doenças, as melhorias advêm do aumento da capacidade cardiorrespiratória e da circulação sanguínea, e, também da redução do peso e obesidade (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016).

Neste ínterim, verifica-se que a atividade física favorece a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de DCNT em idosos. Desse modo, o profissional de enfermagem possui papel relevante na atenção primária em relação à saúde desta população, pois poderá orientar sobre os benefícios da atividade física e juntamente com o profissional de Educação Física realizar ações educativas. Ademais, realizar acompanhamento na consulta de enfermagem instrumentalizando o paciente com orientações necessárias para adoção de um estilo de vida saudável e ativo. Sendo como atribuições do enfermeiro realizar consultas de enfermagem, realizar orientações sobre a higiene corporal, orientar sobre alimentos que são agravantes para a saúde, prestar assistência de enfermagem quanto aos tratamentos das doenças crônicas e encaminhar os idosos para atendimentos especializados quando necessário.

O enfermeiro deve orientar sobre os riscos de um estilo de vida sedentário, especialmente no que diz respeito às limitações físicas, risco de doenças que podem ser prevenidas com a mudança de hábitos. Desse modo, tem-se o seguinte questionamento: Será que idosos praticantes de atividade física possuem maiores fatores positivos nos domínios da qualidade de vida, quando comparados com idosos sedentários? Tem-se como hipótese que idosos ativos possuem pontuações de qualidade de vida superiores aos sedentários.

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física e sedentários. Tem-se como relevância social orientar os idosos sobre medidas preventivas que poderão beneficiar a sua saúde. Por conseguinte, chamar atenção dos enfermeiros nas unidades básicas de saúde sobre a melhor forma para prestar assistência aos idosos da unidade e quais os aspectos que os idosos se encontram com mais limitações. Desta forma criando a necessidade de possuir enfermeiros mais comprometidos com a saúde do idoso; e passar informações aos seus usuários sobre os benefícios adquiridos com a prática de atividade física.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Toldra *et al* (2014) realizou um estudo objetivando analisar grupos praticantes de práticas corporais⁴ pelo método *Self-healing*, de *Meir Schneider*, desenvolvidos em pessoas em processo de envelhecimento. A metodologia utilizada foi quantitativa descritiva com a aplicação de questionários aplicação do SF-36, que permitiu a classificação de idosos quanto à capacidade de autocuidado. Os autores verificaram que houve melhora na mudança da forma de praticar de atividade física e perceberam as mudanças inerentes à prática no que tange a dor e controle emocional.

Entretanto, tem-se observado que idosos com baixa escolaridade, fatores socioeconômicos e ambientais apresentam interferência na qualidade de vida, pois encontram dificuldades para cuidar da saúde ou pela falta de conhecimentos de como cuidar da saúde. O estudo foi realizado por Paiva, *et al* (2016) e objetivou verificar se os fatores socioeconômicos e de saúde se associam com a qualidade de vida de idosos comunitários e quais as consequências que ocorrem com o envelhecimento. A metodologia utilizada foi estudo analítico com idosos residentes em 24 municípios da Macrorregião do Triângulo Sul, MG, no qual foram aplicados questionários.

De acordo com o estudo de Paiva *et al* (2016) verifica-se que os idosos com vulnerabilidade social utilizam o Sistema Único de Saúde no atendimento primário e secundário. Embora o Sistema único seja um sistema universal para todos sem nenhum tipo de exclusão, muitos idosos utilizam planos de saúde quando necessitam de atendimentos específicos dentro das suas condições financeiras, procurando assim atendimentos por médicos especialistas e para realizar exames de alta complexidade, sendo que muitos dos tratamentos poderão assim gerar custos altos para ser realizados, e muitos dos idosos dentro de suas condições buscam planos de saúde como alternativa.

Em contraponto Heidemann, Wosny e Boehs (2014) averiguaram profissionais da área da saúde que confundem promoção da saúde com prevenção de doenças, além disso, encontram dificuldade em relacionar as formas de prevenção à saúde em sentido coletivo social. O estudo realizado analisou as ações da atenção da Promoção da Saúde e o trabalho das equipes da saúde, frente à promoção da saúde com

⁴ Práticas corporais é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

atenção à saúde do idoso. Utilizaram a metodologia qualitativa articulada com método de Paulo Freire com investigação temática; codificação e decodificação; desvelamento crítico. O local de realização da pesquisa foram unidades de saúde tendo a participação de 70 profissionais.

Nesse sentido, verifica-se que habilidades profissionais inerentes ao profissional de enfermagem são indispensáveis para promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos. A exemplo disso, um estudo realizado por Tavares *et al* (2016) teve como objetivo verificar a associação de qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. Foi realizado um inquérito domiciliar conduzido com 1691 idosos residentes em área urbana de um município no interior de Minas Gerais. Os resultados informam que o domínio das relações sociais (71,19) e a (74,30) e a faceta morte e morrer (74,30) apresentaram as maiores pontuações médias de QV entre os idosos; enquanto os menores foram observados no domínio meio ambiente (60,39) e na faceta participação social (63,06). As pontuações de autoestima apresentaram média de 9,36 (dp \pm 4,09)

Em completude ao exposto, um estudo realizado por Camelo, Giatti e Barreto (2016) identificou que um elevado número de diagnósticos de doenças crônicas e ter estado acamado nos últimos 15 dias foram variáveis associadas à pior qualidade de vida no domínio físico e mental. O objetivo do estudo foi investigar as relações sociais juntamente com as características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde que estão associados à qualidade de vida em idosos residentes em região considerada de alta vulnerabilidade para a saúde. Trata-se de um estudo transversal com amostra aleatória de 366 idosos (maior ou igual 60 anos) adscritos a um centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Em suma, os trabalhos apresentados buscaram a realização de uma análise de como os idosos estão vivendo e como eles buscam o atendimento da saúde frente às dificuldades encontradas ao longo das suas vidas, tanto no ambiente familiar como nos serviços básicos da saúde. Alguns autores como Heidemann, Wosny e Boehs (2014), voltaram seus estudos para pesquisa de como os profissionais de enfermagem lidam com a atenção à saúde do idoso. Logo, identificou-se a necessidade de avaliar a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física e idosos sedentários do município de Matipó-MG, especialmente investigar em quais domínios ambos os grupos apresentam maiores pontuações. As formas que eles praticam atividades físicas e como os hábitos de vida poderão interferir em suas vidas,

tendo assim com relevância social os enfermeiros nas unidades básicas a conhecer mais os agravantes que prejudicam a saúde dos idosos e prestar assistência de qualidade, assistência conforme o seu estado geral de saúde e adiante cuidar para que o idoso tenha qualidade de vida, incluindo planejamentos voltados para a saúde do idoso, consultas de rotinas, visitas domiciliares, orientações alimentares e orientações de riscos de quedas, cuidados voltados à promoção da saúde dos idosos nas Estratégias Saúde da Família (ESF).

2.2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.2.1. Efeitos deletérios do envelhecimento e atuação do profissional da Enfermagem

Mobilizados pela percepção problemática sobre as mudanças sociodemográficas, particularmente com o aumento da população de idosos nos países desenvolvidos, e levando em conta o decréscimo das taxas de fecundidade e longevidade, estima-se que em 2050 a população de idosos no Brasil tenha uma projeção de 19% nesse grupo etário. (TOLDRÁ *et al.*, 2014). Dessa maneira, o Brasil tem adotado política pública de saúde pública do idoso, no qual se mobiliza para promoção do envelhecimento saudável, adoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças (MOURA e VERAS 2017)

As políticas públicas, são ações coletivas que visam garantir os direitos sociais, juntamente com os serviços públicos, podendo assim garantir seguridade para o idoso no controle social para garantir que seus usuários tenham proteção social básica, garantir que a pessoa idosa tenha direito a programas e serviços de saúde de qualidade com recursos humanos qualificados para atender às necessidades dos idosos, proteção especial à família e indivíduos em situação de risco pessoal, oferecendo assim serviços de acolhimento aos idosos.

No que diz respeito ao estilo de vida mais saudável, a prática de atividades físicas tem sido referida como uma forma ativa de envelhecer com saúde, contribuindo para autonomia e independência do idoso (SILVA, VICENTE e SANTOS, 2014). Segundo Braga, Fiúza e Remoaldo (2017), o estilo de vida é o conjunto de hábitos costumes que são influenciados, modificados e encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização.

Toldrá *et al.* (2014) afirmam que o envelhecimento, na maioria das vezes, está associado a conviver com uma ou mais doenças crônicas e disfunções adquiridas, que acarretam declínio da capacidade funcional e da autonomia, devido às perdas significativas das capacidades físicas e a presença de distúrbios patológicos.

Com o passar dos anos, as funções do organismo sofrem alterações devido ao declínio das funções metabólicas, fisiológicas, cognitivas e físicas. Tais declínios podem contribuir para instabilidade financeira e isolamento social, que podem favorecer a instalação de doenças psicológicas, por exemplo, a depressão.

Nesse sentido, o programa de Atenção Primária deve promover ações voltadas para a educação em saúde do idoso, e a equipe multiprofissional implementar estratégias de cuidado e acompanhamento (HEIDEMANN, WOSNY e BOEHS, 2014). Dentro desta equipe, segundo (SILVA, VICENTE e SANTOS, 2014), o Enfermeiro possui diversas atribuições na Estratégia Saúde da Família (ESF), como:

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas, realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- b) Realizar consulta de enfermagem, incluindo avaliação multidimensional e instrumentos complementares;
- c) Se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem, realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; e
- e) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização de medicamentos.

Além disso, o profissional deve contribuir para adoção de estilos de vida saudáveis, minimizar as limitações inerentes ao processo de envelhecimento, e cuidar para que a velhice seja encarada como um processo natural.

No que tange ao gerenciamento das atividades da Unidade Básica da Saúde (UBS) o treinamento da equipe é indispensável para o acolhimento e olhar clínico adequado ao idoso que frequenta a Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre as atribuições, direcionadas aos idosos, inerentes aos profissionais destas unidades destaca-se: realizar consulta de enfermagem, incluir o idoso em grupos de atividades recreativas, realizar palestras educativas, cuidar da pessoa idosa em suas

debilitações, encaminhar para atendimentos especializados quando necessário, envolver a família em assistência de qualidade e cuidado nos domicílios (HEIDEMANN, WOSNY e BOEHS, 2014).

2.2.2. A Enfermagem como promotora de qualidade de vida em idosos

O envelhecimento é uma fase da vida onde as pessoas sofrem um declínio das funções físicas do organismo, o que pode acarretar perda significativa dos vínculos sociais e ser encarado como sofrimento. Entretanto, a aquisição de hábitos saudáveis, tais como prática regular de atividade física, ingestão de alimentos saudáveis, dormir, não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar podem contribuir para minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento, promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida (TAVARES *et al.*, 2016).

Paiva *et al* (2016, p.11) conceitua a qualidade de vida como:

A percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que a pessoa vive, em relação aos seus alvos, expectativas, padrões e interesses. É um conceito de ampla abrangência, afetado de modos complexos pela saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de dependência, relacionamentos sociais, e relacionamentos com os mais importantes aspectos dentro do seu ambiente.

O autor complementa que para compreender os fatores envolvidos na qualidade de vida, divergem de acordo com características regionais e culturais. O exemplo disto é que se tem regiões com deficiente saneamento básico, temperaturas baixas ou elevadas, ambientes propícios para proliferação de ácaros e desencadeamento de patologias do trato respiratório, e a ingestão de comidas típicas (sal em excesso, pimenta, gorduras, etc.).

Um estudo realizado por Paiva *et. al* (2016) mostrou que a faixa etária onde normalmente tem mais qualidade de vida é a de 60 a 69 anos, mas como vem acontecendo decréscimos na qualidade de vida a cada década da vida da população do jovem e idoso, sendo assim muitos idosos que tem idade mais avançada com 80 anos ou mais, apresentam índices melhores de qualidade de vida que não diminuem com a idade quando comparados a um grupo jovem e idoso. Os grupos de idosos que não diminuem os índices de qualidade de vida por possuírem uma capacidade funcional maior, não sofrendo grandes consequências por causa da idade, ou seja,

não ficam debilitados podendo realizar atividades na sua rotina diária sem restrições como andar, alimentar sozinho, levando uma vida mais independente.

Neste íterim, a enfermagem possui papel indispensável na vida de qualquer paciente, ou seja, ela presencia várias etapas das vidas em que presta assistência. O profissional não lida apenas com sofrimento e com a dor, mas também na promoção da qualidade de vida, no processo de recuperação do paciente, proporcionando reabilitação física e mental. O enfermeiro apresenta papel importante na vida do idoso, podendo assim acompanhar o tratamento das doenças crônicas que acometem os idosos, passando formas de tratamento quando existe alguma limitação ocasionada por sequelas de doenças como: fraturas ocasionadas por queda, orientando adequação nos domicílios para maior comodidade do idoso, orientar familiares como se relacionar com o idoso e o acompanhamento de usar medicações nos horários corretos e dosagens certas (MARIANO e CARREIRA, 2016).

O enfermeiro também deve incentivar a adoção de hábitos de vida ativo, socialização, ingestão de alimentos saudáveis, controle da ingestão do sal e açúcar na alimentação, fazer uso de água filtrada, orientar sobre os riscos no uso de bebidas alcoólicas e tabagismo, prevenção sobre doenças sexualmente transmissíveis, proteção quando tiver expostos aos raios solares e agentes químicos agressivos à saúde, cuidado com a higienização corporal e ter saneamento básico, incentivar os pacientes a conviver em ambientes sociais e realizar exames de rotina e uso consciente das medicações (MARIANO E CARREIRA, 2016).

Segundo Heidemann, Wosny e Boehs, (2014) afirmam que promoção da saúde reforça o conceito de determinação social da saúde, com o objetivo de impactar favoravelmente a qualidade de vida. Ações intersetoriais e intrasetoriais são imprescindíveis para ampliação da consciência sanitária, com direitos e deveres da cidadania, educação em saúde para mudança de condições de vida da população. Neste sentido, estratégias da promoção da saúde são as que possibilitam desenvolver a autonomia e fortalecer processos políticos e sociais que permitam a transformação dos determinantes estruturais que reafirmam os princípios do SUS. A promoção da Saúde consolida-se na ESF reforçando os princípios do SUS, especialmente da integralidade na atenção à saúde e participação social.

Em suma, os profissionais inseridos no SUS possuem grande influência na qualidade de vida da população em geral, através dele as pessoas passam a ter mais

conhecimentos, tornando-se conscientes quanto às medidas preventivas para a sua saúde.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva, que segundo Gil (2002) tem o objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

O local de realização do estudo foi o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) situado no Bairro Retiro (popularmente conhecido como Kelé), município de Matipó-MG. O bairro sendo misto, onde se encontram pontos comerciais e residenciais de fácil acesso, com ruas com calçamentos e com saneamento básico para a população que reside no bairro.

O município está localizado na Zona da Mata Mineira e a escolha do local decorreu pelo fato de ter população assistida acima de 60 anos, e pela facilidade do acesso aos usuários da ESF e para aplicação dos questionários.

A amostra foi composta por 60 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos que residem em Matipó, sendo usuários do ESF. Como critério de inclusão, pessoas que residem no bairro Retiro com mais de 60 anos e exclusão aqueles não estivessem dentro da faixa etária de vida da nossa pesquisa. A coleta foi realizada entre os meses de março a maio de 2018. O instrumento de coleta de dados foi aplicado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tem-se como RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), legislação de pesquisa com seres humanos.

Aplicou-se um questionário sociodemográfico que consta idade, sexo, nível socioeconômico e informações de saúde. A qualidade de vida foi avaliada pelo Questionário de Qualidade de Vida (SF-36), versão Brasileira (CAMPOLINA et al., 2011), que avalia esferas física e mental do estado geral de saúde.

Os domínios avaliados foram: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As pontuações dos domínios foram calculadas conforme descrito no artigo de validação do questionário (CAMPOLINA et al., 2011).

As informações foram agrupadas por questões e tabuladas em arquivo Excel versão 2013, e foram apresentadas em forma de gráficos e tabela. As análises envolveram medidas de tendência central (média e mediana) e a dispersão (desvio padrão e intervalo interquartil). Além disso, foi realizado o teste Shapiro Wilk para testar a normalidade das variáveis e adotando-se nível de significância de $\alpha \geq 0,05$. Para as variáveis com distribuição normal foi utilizado o teste paramétrico t student para comparar os valores entre os sexos e grupos (praticantes e não praticantes de atividade física), para as variáveis com distribuição não normal foi utilizado o teste Mann-Whitney (não paramétrico).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Cordeiro et al (2014) afirmam que os anos vividos podem ser de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, sendo marcados por doenças com sequelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, pode-se obter melhor qualidade de vida se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos fisicamente e desfrutando de senso de significado pessoal. Nesse sentido, os dados abaixo apresentam as características e as pontuações de qualidade de vida dos idosos investigados.

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas de 60 idosos sedentários e ativos, usuários da Estratégia Saúde da Família investigada. A maioria da amostra é do sexo masculino (56,5%).

Tabela 1: Características sociodemográficas de idosos sedentários e ativos, usuários de uma Estratégia Saúde da Família. Matipó – MG. 2018.

Variável	Sedentários (%)	Ativo (%)
Sexo		
Feminino	54,1	45,9
Masculino	56,5	43,5
Grau de instrução		
Analfabeto / Fundamental 1 incompleto	58,8	41,2
Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	70,0	30,0
Fundamental 2 completos/ Médio incompleto	-	100,0
Médio completo/ Superior incompleto	50,0	50,0
Superior completo	44,4	55,6

Fonte: Elaborado pelos autores

Quando analisamos o grau de instrução, verifica-se que idosos sedentários possuem menos instrução, quando comparados a idosos ativos. Desse modo, os

enfermeiros nas unidades básicas de saúde devem criar estratégias educativas, com linguagem acessível e inteligíveis. Dentre estas estratégias, têm-se palestras educativas, realização de atividades laborais e oficinas esportivas, que priorizem a influência que o exercício físico exerce no estado de saúde. (HEIDEMANN, WOSNY e BOEHS, 2014).

A figura 1 apresenta os tipos de atividade física realizados pela amostra, tem-se maiores prevalências a caminhada (37,0%) e a ginástica (29,6%).

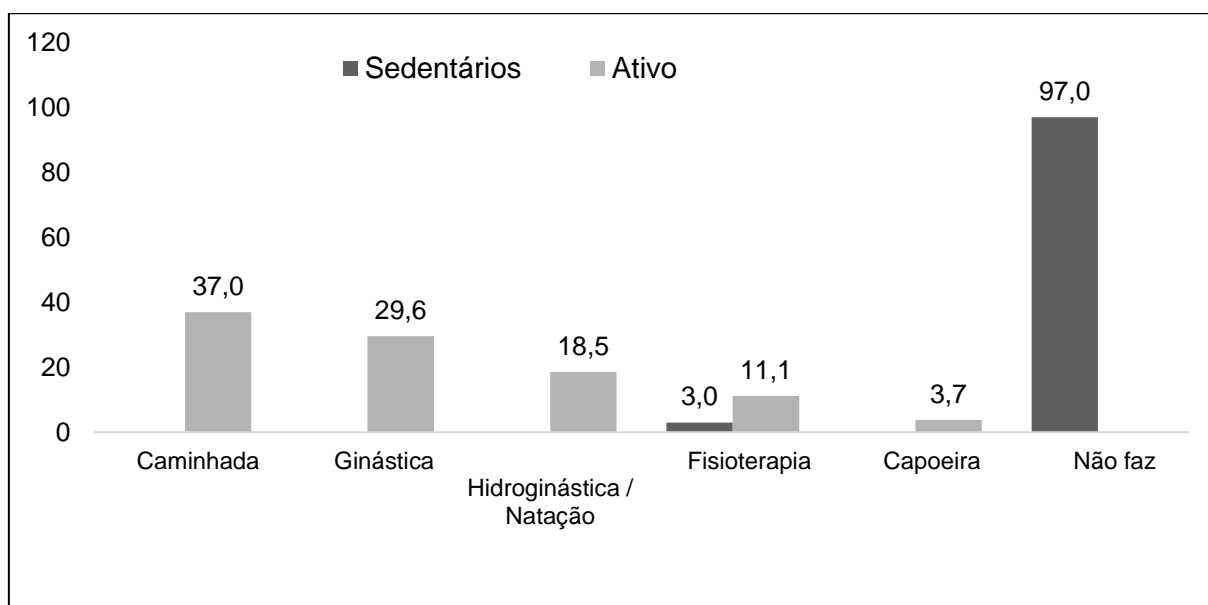


Figura 1: Tipo de atividade física de idosos, sedentários e ativos, usuários de uma Estratégia Saúde da Família. Matipó – MG. 2018.

Fonte: Elaborado pelos autores

A caminhada e a ginástica são atividades acessíveis e que favorecem a aderência dos idosos. Um novo entendimento do processo saúde–doença⁵ faz-se necessário, de forma a incluir questões sociais e desenvolver ações no plano coletivo e nos territórios respectivos, integrando assim os modelos clínico e social, dentro de uma perspectiva de responsabilidade coletiva e compromisso com a inclusão social. Assim é que devem ser pensadas as práticas dos profissionais da reabilitação, ou seja, na construção de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e deficiências e reabilitação, integrado em rede aos serviços especializados e hospitalares (SILVA, VICENTE e SANTOS, 2014). Em contraponto, é consolidado na

⁵ O processo saúde-doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

literatura que o sedentarismo poderá alterar o estado de saúde, aumentando a predisposição ao desenvolvimento da obesidade, hipertensão e diabetes.

Na tabela 2 são demonstrados os valores médios de idade, peso, estatura e IMC, de acordo com o perfil dos idosos.

Tabela 2: Média e desvio padrão entre os idosos ativos e sedentários, usuários de uma Estratégia Saúde da Família. Matipó- MG. 2018.

	Sedentários Média (DP)	Ativo Média (DP)	p
Idade	72,91 (8,72)	71,59 (8,99)	0,568
Peso	70,00 (13,32)	67,37(10,25)	0,403
Estatura	1,64 (0,09)	1,62 (0,09)	0,540
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	25,55 (6,90)	25,67(3,02)	0,931

Fonte: Elaborado pelos autores

Verifica-se que não existe diferença estatisticamente significativa nas medidas de idade, peso, estatura e Índice de Massa Corporal (IMC) entre os sedentários e ativos. No que diz respeito ao IMC, os valores médios indicam a presença de sobrepeso / obesidade. A obesidade causa prejuízos para a saúde e favorece o desenvolvimento da pressão arterial elevada, diabetes tipo 2 e doença arterial coronariana (CARLUCCI et al, 2013).

Na figura 2, apresenta a prevalência de doenças entre os idosos ativos e sedentários de uma Estratégia Saúde da Família.

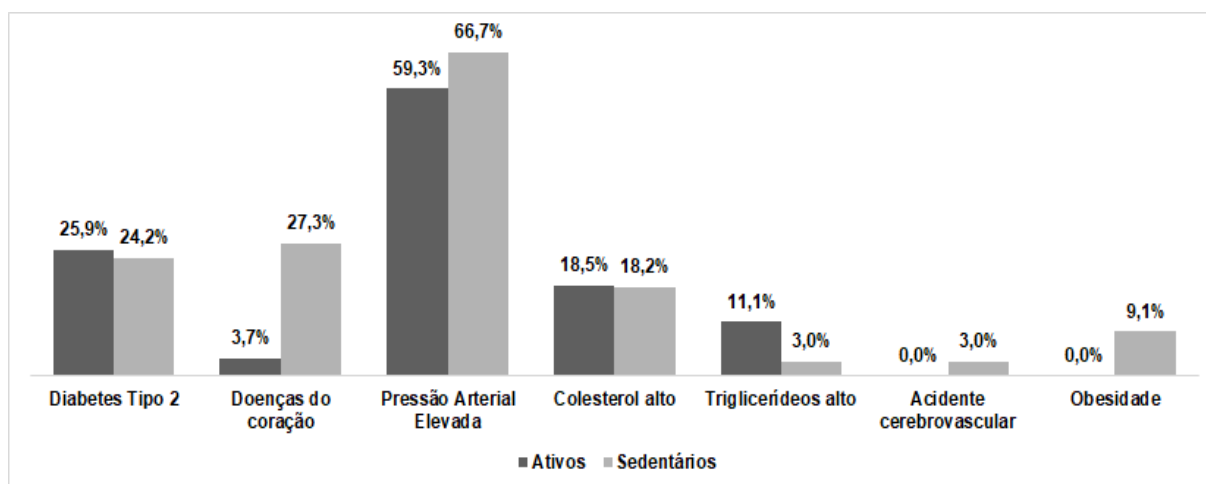


Figura 2: Comparação entre idosos ativos e sedentários, usuários de uma Estratégia Saúde da Família, quanto a prevalência de doenças. Matipó – MG. 2018.

Fonte: Elaborado pelos autores

As maiores prevalências foram de Pressão Arterial Elevada e Diabetes nos idosos sedentários (66,7% e 24,2%, respectivamente) e ativos (59,3% e 25,9%,

respectivamente). Essas doenças, segundo Valença *et al* (2017), estão relacionadas a agravos de saúde que podem levar a debilidade física e ao óbito, por exemplo, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal crônica.

Segundo Cordeiro *et al* (2014), diante das alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento, a atividade física aparece como uma possível forma de retardar declínios funcionais, diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Sendo assim, a relação da atividade física com a saúde, a qualidade de vida e o envelhecimento vem sendo alvo de pesquisas científicas da atualidade.

Na tabela 3, apresenta-se a pontuação de qualidade de vida entre os idosos sedentários e ativos em uma Estratégia Saúde da Família.

Tabela 3: Pontuação de qualidade de vida em idosos sedentários e ativos, usuários de uma Estratégia Saúde da Família. Matipó – MG. 2018.

Variável	Sedentários	Ativo	P
	Média (DP)	Média (DP)	
Capacidade funcional	55,00 (6,0)	79,00 (4,0)	0,002
Aspectos físicos	30,00 (8,0)	53,00 (8,0)	0,050
Dor	58,75 (4,6)	70,11 (4,3)	0,084
Estado geral de saúde	52,36 (1,6)	59,66 (2,0)	0,007
Vitalidade	61,00 (4,0)	73,00 (3,0)	0,021
Aspectos sociais	75,80 (4,4)	82,90 (4,1)	0,250
Limitação por aspectos emocionais	25,25 (6,8)	51,85 (9,1)	0,021
Saúde mental	72,00 (3,0)	77,00 (4,0)	0,239

Fonte: Elaborado pelos autores

Verifica-se que os domínios Capacidade funcional, Aspectos físicos, Estado geral de saúde, Vitalidade e Limitação por aspectos emocionais apresentaram maior pontuação nos indivíduos ativos, quando comparados com os indivíduos sedentários.

A capacidade funcional diz respeito ao vigor para realizar atividades, ter força de vontade para conquistar seus ideais. Ela contribui para que o idoso tenha independência nas suas atividades de vida diária e reduza os índices de queda (LENARDT *et al*, 2016).

Os aspectos físicos dizem respeito como as pessoas se apresentam, o as formas físicas do corpo. Este domínio contribui para que o idoso seja independente para realizar os cuidados do próprio corpo, como tomar banho, andar, alimentar; podendo assim realizar sozinho suas atividades diárias. (LENARDT *et al*, 2016).

Já o estado geral de saúde diz respeito às funções clínicas de uma pessoa, como este funcionamento do seu organismo, podendo avaliar o estado de saúde se está bom ou ruim, avaliando os comprometimentos e debilitações em geral em que a pessoa se encontra. (LENARDT et al, 2016). Assim, este domínio pode demonstrar acometimentos de doenças crônicas, por exemplo, hipertensão e diabetes.

A vitalidade diz respeito à força de vontade, vigor, aos conjuntos das funções vitais do organismo, vontade de sempre estar se desenvolvendo. Segundo Toldrá, *et al* (2014), ela está diretamente relacionada à disposição em realizar atividades diárias, força de vontade para procurar alternativas para estar sempre bem consigo mesmo.

Em se tratando do domínio de limitação por estado emocional, segundo Tavares, *et al* (2016), as alterações sensoriais e cognitivas que ocorrem com o processo de envelhecimento podem interferir negativamente sobre a QV do idoso, visto que as funções sensoriais estabelecem a conexão do indivíduo com o mundo, podendo influenciar no seu padrão de conduta. Segundo Toldrá, *et al* (2014), os idosos que são ativos têm autoestima elevada e não se melancolizam no processo envelhecimento, além disso, procuram conviver com familiares e amigos.

Diante do exposto, verifica-se que a avaliação dos domínios da qualidade de vida contribui para compreender o processo de envelhecimento e orientar os idosos na adoção de estilos de vida ativo. Segundo Lenardt *et al*, (2016), os idosos com capacidade funcional diminuída possuem limitações por aspectos físicos, além disso, quanto maior o nível de fragilidade, maior é a limitação apresentada por esses idosos. Esse resultado está associado ao próprio caráter biológico da síndrome, uma vez que no ciclo da fragilidade os problemas físicos, como a sarcopenia, as múltiplas doenças, o uso excessivo de medicamentos e as disfunções neuroendócrinas, possuem relação direta com a fragilidade e, conseqüentemente, interferem na qualidade de vida desses indivíduos.

Nesta concepção, o enfermeiro, no que se refere às ações referentes à saúde da pessoa idosa, tem várias atribuições, dentre as quais está a realização da consulta de enfermagem, onde o enfermeiro busca o conhecimento de como é a história do sujeito assistido e através das informações colhidas cria uma sistematização de enfermagem para dar uma assistência adequada a cada indivíduo de acordo com a sua complexidade. (SILVA, VICENTE e SANTOS, 2014). Assim, o enfermeiro na atenção primária possui papel fundamental na orientação sobre a adoção de estilos de vida ativa para os idosos.

Verifica-se na amostra investigada que a atividade física proporciona melhor qualidade de vida e maior autonomia para realizar suas atividades de vida diária. Entretanto, alguns idosos sedentários apresentaram fragilidades em relação à saúde, por exemplo, fragilidade óssea, diminuição da força muscular, deambulação prejudicada, diminuição da capacidade auditiva, incontinência urinária. Desse modo, os problemas de saúde podem ser impeditivos para a prática de atividade física.

O trabalho da equipe multidisciplinar na atenção primária deve ser caracterizado por ações que possam beneficiar o atendimento ao idoso, de maneira que possa atender a todos os idosos de qualquer região de forma universal, sendo todos iguais perante o SUS. Favorecendo ao desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva, bem como a qualidade de vida dos usuários.

A programação das atividades realizadas para atender os idosos deve atender aos critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e morbidades, evidenciando assim a relevância de conhecer o perfil populacional da clientela. Assim, torna-se necessário a inclusão dos profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e educador físico para que eles possam trabalhar em conjunto na atenção à saúde do idoso, de acordo com as diversidades de tratamentos e cuidados de acordo com suas especificações.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado pelo ministério da saúde, mediante a portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia da Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. O Nasf é compreendido por várias ações relacionadas, tais como: atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, capacitação e responsabilidades mútuas, projetos terapêuticos, orientações, consultas e intervenções conjuntas, desenvolvimento de projetos de saúde, apoio a grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais. Os Nafs devem ser compostos por vários profissionais de áreas de formação diferentes, para atuarem como apoio em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho avaliou a qualidade de vida dos idosos ativos e sedentários. Podemos perceber que a qualidade de vida dos idosos ativos é melhor em relação aos idosos sedentários, pois eles apresentaram maior pontuação na capacidade funcional, aspectos físicos, estado de saúde geral, vitalidade para desenvolverem suas atividades diárias, e menor pontuação de limitações por estados emocionais.

Os idosos ativos têm mais qualidade, pois são mais independentes para desenvolverem suas atividades rotineiras, convivem mais em ambientes sociais, cuidam mais da sua aparência, não se sentem excluídos ou mesmo deprimidos com as perdas cognitivas do processo de envelhecimento.

Os profissionais de enfermagem da atenção básica devem buscar estratégias de cuidados que contribuam para a qualidade de vida dos idosos, através das consultas de enfermagem, passar orientações sobre a importância dos hábitos saudáveis de vida, realizar palestras educativas, envolver toda a equipe multidisciplinar para integralizar a assistência prestada aos idosos na atenção primária.

Tem-se como limitação deste estudo avaliar a qualidade de vida dos idosos ativos e sedentários. Assim, sugere-se que estudos futuros procurem realizar pesquisas que identifiquem como é feito o atendimento aos idosos, o número de consultas realizadas nos domicílios, como os APS realizam tratamento das doenças de maior prevalência nos idosos, bem como, avaliar medidas antropométricas de todos os idosos, hábitos alimentares e uso de medicações.

6. REFERÊNCIAS

CAMELO, Lidyane do Vale. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte - MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 280 - 293, 2016. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2016.v19n2/280-293>. Acesso em: 12. Fev. 2018.

CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves et al. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3103–3110, 2011.

CARLUCCI, Edilaine Monique de Souza *et al.* Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n.4, p. 375-384, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_ca_rdiovascular.pdf

CORDEIRO, Juliana et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n. 3, p.541-552, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838839008.pdf>. Acesso em: 11. Jun. 2018.

DIRETRIZES DO NASF. **Cadernos de atenção básica**, v.1, n.27, p. 54-164, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 16. Ago. 2018

GIL, Antônio Carlos, **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º edição. São Paulo, 2002.

GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schulter Buss, WOSNY, Antonio de Miranda, BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553 - 3559, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>. Acesso em: 03. Mar. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA (IBGE). Agência de IBGE Notícia. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047.html>. Acesso em: 31. Jul. 2018.

LENARDT, Maria Helena *et al.* Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 69, n. 3, p. 448 – 453. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300478&lang=pt. Acesso em: 12. Fev. 2018.

MARIANO, Pâmela Patrícia. Prazer e sofrimento no cuidado ao idoso em instituição de longa permanência: percepção dos trabalhadores de enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.20, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n4/1414-8145-ean-20-04-20160088.pdf>. Acesso em: 02. Mar. 2018.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte, MENDES, Antônio da Cruz Gouveia, SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403846785012.pdf>. Acesso em: 29. Jul. 2018.

MOURA, Maria Martha Duque de. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.1,

p.19-39, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2017.v27n1/19-39>. Acesso em: 12. Fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Atividade Física - Folha Informativa N° 385 - Fevereiro de 2014. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/957_FactSheetAtividadeFisicaOMS2014_port_RE_V1.pdf. Acesso em: 16. Ago. 2018.

PAIVA, Michelle Helena Pereira de *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21,n. 11, p.3347-3353. 2016. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103347&lang=pt. Acesso em: 03. Mar. 2018.

SILVA, Kelly Maciel. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura, **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.17, n. 3, p.681-687,2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00681.pdf>. Acesso em: 12. Mar. 2018.

STIVAL, Marina Morato *et al.* Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**,v.17,n.2,p.395-405,2014.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00395.pdf>. Acesso: 16. Ago.2018.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos *et al.* Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p.3557-3564. 2016. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103557&lang=pt. Acesso em: 12. Fev. 2018.

TOLDRÁ, Rose Colom, *et al.* Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. **O Mundo da Saúde**, v.38, n.2, 159-168.2014. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf. Acesso em: 01. Mar. 2018.

VALENÇA, Tatiane Dias Casemiro. Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. **Esc. Anna Nery**. v.21, n. 1, p.1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100208&lang=pt. Acesso em: 12. Fev. 2018.

ANEXO

Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico e de Qualidade de Vida -SF-36

**Pesquisa:**

Qualidade de vida de idosos no município de Matipó-MG, um estudo comparativo entre sedentários e praticantes de atividade física

Pesquisadores:

Rosilene Gomes Paiva de Souza

Victor Hugo Rodrigues de Souza

Deyliane Aparecida de Almeida Pereira (orientadora)

QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nome: _____

Sexo: Feminino () Masculino () Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___

Qual seu peso? _____ Qual sua estatura? _____ Praticante de atividade física? (

) Sim () Não

Tipo de atividade física realizada: _____

Você apresenta alguma doença como:

	Não	Sim	Não sabe
Diabetes			
Doenças do coração			
Pressão alta			
Colesterol alto			
Triglicérides alto			
Derrame (Acidente cerebrovascular)			
Obesidade			

Na sua casa tem:

Posse de itens	Quantidade
Televisão em cores	
Rádio	
Banheiro	
Automóvel	
Empregada mensalista	
Máquina de lavar	
Videocassete ou DVD	
Geladeira	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	

Grau de Instrução do chefe de família

Grau de Instrução chefe de família	Marque a opção
Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	
Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	
Médio Completo/ Superior Incompleto	
Superior Completo	

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36 (Campolina et al, 2011)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

peessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5

c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo 2 - Cálculo da Pontuação do SF36

Fase 1: Ponderação dos dados.

QUESTÃO	PONTUAÇÃO
01	Se a resposta for: 1- 5,0 2 - 4,4 3 - 3,4 4 - 2,0 5 - 1,0
02	Manter o mesmo valor
03	Soma de todos os valores
04	Soma de todos os valores
05	Soma de todos os valores
06	Se a resposta for: 1- 5 2 - 4 3 - 3 4 - 2 5 - 1
07	Se a resposta for: 1 - 6,0 2 - 5,4 3 - 4,2 4 - 3,1 5 - 2,2 6 - 1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 =1 e se 8=1 o valor da questão é 6 Se 7=2 a 6 8=1 o valor da questão é 5 Se 7=2 a 6 8=2o valor da questão é 4 Se 7=2 a 6 8=3 o valor da questão é 3 Se 7=2 a 6 8=4 o valor da questão é 2 Se 7=2 a 6 e se 8=5 o valor da questão é 1 Se a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for 1 a pontuação será 6 Se a resposta for 2 pontuação será 4,75 Se a resposta for 3 a pontuação será 3,5 Se a resposta for 4 a pontuação será 2,25 Se a resposta for 5 a pontuação será 1,0
09	Nesta questão a pontuação para os itens a,d,e,h deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1 o valor será 6 Se a resposta for 2 o valor será 5 Se a resposta for 3 o valor será 4 Se a resposta for 4 o valor será 3 Se a resposta for 5 o valor será 2 Se a resposta for 6 o valor será 1 Para os demais itens (b,c,f,g,i) o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém nos itens b e d deve-se seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1 o valor será 5 Se a resposta for 2 o valor será 4 Se a resposta for 3 o valor será 3 Se a resposta for 4 o valor será 2 Se a resposta for 5 o valor será 1

Fase II: Cálculo do RAW SCALE

Nesta fase você irá transformar os valores das questões anteriores e sem notas de 8 domínios que variam de 0 a 100, onde 0=pior e 100=melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

DOMÍNIOS:

1. Capacidade Funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de Saúde

5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Aspectos Emocionais
8. Saúde Mental

Fórmula para cálculo de Domínio:

DOMÍNIO: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior X 100

Variação (Score Range)

Na fórmula os valores de limite inferior e variação de (escore range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínio	Pontuação da(s) questão (ões) correspondentes	Limite inferior	Variação (escore range)
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado geral de saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (somente p/ os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06+10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente p/ os itens b + c + d + f + h)	5	25

Anexo 3- Termo de Consentimento

**FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, _____,
brasileiro (a), residente na cidade de _____ declaro ter sido
procurado (a) pelos acadêmicos pesquisadores ROSILENE GOMES PAIVA DE
SOUZA E VICTOR HUGO RODRIGUES DE SOUZA para dar o competente
consentimento a fim de participar do trabalho investigativo para a disciplina Trabalho
de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Enfermagem da Faculdade Vértice –
Univértix a ser conduzido pelos citados acadêmicos.

Os acadêmicos, em reunião específica para esse fim, prestaram os
esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho, cujo exame prévio pormenorizado foi
realizado, havendo, em especial, alertado para possíveis riscos em que poderá
incorrer o (a) signatário (a), ao participar desse trabalho, bem como esclareceu os
benefícios pessoais e sociais que o trabalho poderá trazer.

Além disso, os acadêmicos, ao discutir as medidas que serão adotadas no
decorrer do trabalho, para proteger a pessoa do (a) signatário (a), informaram da
impossibilidade de assegurar cem por cento de confidencialidade e anonimato. Após
o exame e os esclarecimentos prestados, foi-lhes dado o consentimento, inclusive
para posteriores publicações, na certeza de que os benefícios pessoais e sociais da
pesquisa serão maiores que os riscos que ela poderá oferecer.

Matipó, ____ de abril de 2018.

ASSINATURA DO (A) ENTREVISTADO (A)