

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

TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO

ENFERMAGEM 2020/02



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

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

MATIPÓ - MG
2020

SUMÁRIO

AÇÕES DE ENFERMEIROS NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA MINEIRA.....	3
NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA	33
O PACIENTE COM CÂNCER: EXPERIÊNCIAS DE VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO	50
AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA DA DESINFECÇÃO DE COLCHÕES DE UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO DA ZONA DA MATA MINEIRA.....	72
PERCEPÇÃO DO ESTRESSE ENTRE ENFERMEIROS ATUANTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA MINEIRA.....	93
EXPERIÊNCIAS ASSOCIADAS À AMAMENTAÇÃO E A VOLTA AO TRABALHO DE MULHERES RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA ..	119
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DA ZONA DA MATA MINEIRA	145
A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE E TRATAMENTO DE DIABETES COMO AÇÕES PREVENTIVAS PARA AS LESÕES MICROVASCULARES E MACROVASCULARES	165
FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM LACTENTES EM DOIS MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA MINEIRA	188
CONHECIMENTO DE MÃES SOBRE O TESTE DO PEZINHO EM UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA.....	211

AÇÕES DE ENFERMEIROS NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICOS: Betânia Torres Félix e Bruno Gomes da Silva

ORIENTADOR: Prof. M.Sc. Renata Ferreira Pieroti Machado Pessôa.

LINHA DE PESQUISA: Política Pública e Avaliação - Avaliação do Ambiente da prática profissional de Enfermagem

RESUMO

O câncer é considerado a segunda principal causa de mortalidade no mundo. Globalmente, uma a cada seis mortes estão relacionadas à doença. Nessa concepção, as ações de enfermagem da atenção primária, para o controle do câncer de mama, podem apresentar fragilidades. Com o objetivo de descrever tais ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, foi realizado um estudo descritivo de abordagem quantitativa, em dois municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira, com os enfermeiros atuantes na atenção básica. A amostra total foi composta por dez enfermeiros, sendo 5 em cada localidade, pertencentes à sede dos municípios. No primeiro município, todos responderam ao questionário, porém, no segundo, apenas 4. A maioria da ESFs pesquisadas possui o Sistema de Informação do Câncer. Dentre os problemas elencados, destacam-se a vulnerabilidade quanto à capacitação dos profissionais e a qualidade ruim da rede. Há necessidade de investimentos por parte da gestão de saúde dos municípios para melhor gerenciamento dos serviços de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama, Atenção Básica, Rastreamento.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela maioria das mortes globais no mundo, podendo comprometer a expectativa de vida em todos os países no século XXI. Dentre essas, destaca-se a magnitude do câncer como causa de óbitos (INCA, 2019). A incidência e a mortalidade por essa patologia estão como quarta causa de morte antecipada para indivíduos de até 70 anos, uma das principais problemáticas de saúde pública planetária. O envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida e o desenvolvimento socioeconômico associados a inúmeros fatores de risco podem elencar tal contexto (BRAY *et al.*, 2018).

O câncer é considerado a segunda principal causa de mortalidade no mundo e, em 2018, foi responsável por 9,6 milhões. Em nível global, uma para cada seis mortes relaciona-se à doença. Sua ocorrência é de aproximadamente 70% em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes relacionam-se a cinco riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixo consumo de

frutas e vegetais, falta de atividade física, etilismo e tabagismo, causando este último 22% das mortes (GALDINO, MOREIRA e SOARES, 2019).

A incidência oncológica aponta o câncer de pulmão como o mais comum, seguido pelo de mama, cólon, reto e próstata. As maiores taxas acometem os homens, principalmente no pulmão, próstata, cólon e reto, estômago e fígado. Enquanto para as mulheres os mais recorrentes são, mama, cólon e reto, pulmão e colo do útero. A incidência masculina supera a feminina, entre 53% e 46% (BRAY *et al.*, 2018).

Os indicadores de mortalidade segundo aspectos populacionais podem fomentar políticas públicas rumo ao progresso da assistência oncológica por tratamentos menos invasivos e com melhores diagnósticos (SANTOS *et al.*, 2015; GALDINO, MOREIRA e SOARES, 2019).

O conhecimento científico concomitante à expansão da pesquisa, seguidos da introdução segura de novos tratamentos oncológicos, corroboram dados em tempo real e, conseqüentemente, disponibilizam informações para enriquecer a assistência de enfermagem — assim como de toda equipe multidisciplinar — ao usuário desses serviços de saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) e os dados epidemiológicos de morbidade hospitalar são ferramentas de controle da ocorrência, distribuição e evolução das doenças para a vigilância. Elas podem nortear a ação do enfermeiro e implementação de ações de rastreamento e cuidado. Os diferentes tipos de perfil do câncer caracterizam possíveis mudanças de cenário ao longo do tempo e atuam como elementos norteadores dessas ações para elaboração estratégica de planejamento efetivos dos programas de prevenção e controle da doença no Brasil (INCA, 2020).

Em todo o país, desde a implementação do acesso universal aos serviços de saúde em 1988, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), existe um trabalho de promoção de ações preventivas por meio de programas de saúde. Entretanto, impasses como as disparidades socioeconômicas e as restrições de acesso às regiões mais pobres afetam severamente o sistema (BIGONI *et al.*, 2019).

As ações de enfermagem são indispensáveis para consolidação do princípio da integralidade do SUS. Todavia, há fragilidades na assistência devida em diversos níveis de complexidade a toda população e barreiras desde a atenção básica para acesso aos serviços especializados (COSTA *et al.*, 2013).

Nesta concepção, torna-se relevante compreender as ações dos enfermeiros, que atuam na atenção primária no controle do câncer de mama, especialmente em municípios de pequeno porte e áreas rurais. Segundo Bigoni *et al.* (2019), o acesso à atenção primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode ser frágil. Assim, este estudo tem como diferencial a investigação dessas ações, em dois municípios de pequeno porte na Zona da Mata Mineira.

Diante do exposto, a questão norteadora do estudo é: Quais são as ações de enfermeiros no controle do câncer de mama na atenção primária? O objetivo do estudo é descrever as ações de enfermeiros, no controle do câncer de mama, na atenção primária, em municípios da Zona da Mata Mineira.

Este tipo de estudo torna-se relevante pela necessidade de melhorias dos sistemas de informação a fim de possibilitar o monitoramento das ações de detecção precoce do câncer mamário, a confirmação do diagnóstico e o seu tratamento precoce, fortalecendo, assim, o funcionamento de estratégias que já são pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Essas atividades norteiam a prática do enfermeiro em si, sejam com objetivo com olhar clínico e crítico para o câncer de mama, seja com uma abordagem voltada para a população alvo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O termo câncer abrange mais de 100 doenças de desenvolvimento celular peculiarmente desordenado e tendencioso a propagar-se em órgãos e tecidos. Tem como principal característica a perda do controle da divisão celular e a invasão outras estruturas orgânicas (BURANELLO, 2016).

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente com acometimento significativo da população feminina. O aumento de morte entre mulheres adultas é considerável no Brasil assim como no mundo (SILVA, 2008). Esse tipo de câncer, quando diagnosticado e tratado no momento certo, tem altas chances de cura, por outro lado, casos de diagnósticos tardios e em estágio avançado (60%) dificultam o tratamento, aumentando o número de mastectomias e diminuindo as chances de sobrevivência da paciente. Portanto, a saúde pública, precisa implantar planos de ações e programas designados ao controle da doença (BARDUCHI *et al.*, 2016).

O conhecimento sobre o câncer de mama é muito importante e, embora seu surgimento não possa ser evitado, é possível detecção precoce e, conseqüentemente,

controle da sua evolução. Alguns métodos comuns e mais conhecidos disponíveis para sua detecção incluem a mamografia, o autoexame da mama, a ultrassonografia, a espectroscopia por ressonância magnética e o exame clínico da mama realizado por profissional habilitado. De acordo com alguns especialistas, o exame físico é indispensável e significativo para identificar alguns nódulos palpáveis, cuja incidência é elevada (FOGAÇA e GARROTE, 2004).

O tratamento e o prognóstico podem ser determinados de acordo com o estágio do câncer de mama, a idade e situação da saúde geral da mulher, além das características do tumor, etc. Como tratamento inicial mais frequente temos a mastectomia. A quimioterapia, a radioterapia e hormônioterapia podem ser complementares (SILVA, 2008).

O diagnóstico para a mulher pode ser visto de forma muito dolorosa, os efeitos psicológicos vividos por ela nesta etapa são intensos, ela passa a vivenciar um sentimento de luto, encontra-se com a obrigação da aceitação. O câncer provoca nas mulheres sequelas traumáticas, especialmente pela probabilidade da mastectomia, pois essa é uma parte do corpo carregado de simbolismo. Fortes impactos são sentidos nas atividades da mulher, como sua vida social, familiar, sexual e laborativa. A sua imagem passa a ser um dos fatores que mais afetam a sua vida, o que torna importante a assistência psicológica que a auxilie nessa adversidade (SANTOS, SANTOS e OLIVEIRA, 2020).

A atuação do enfermeiro é fundamental diante das ações educativas e preventivas numa unidade básica de saúde para o controle aos informes do câncer, tais como: sinais e sintomas, fatores de risco, exames complementares, tratamento e os aspectos psicológicos acarretado em uma mulher (SANTOS, PEREIRA e RIBAS, 2019).

Na atenção primária, o rastreamento para o câncer de mama deve ser oportuníssimo. A mulher, ao procurar a unidade de saúde, deve ser avaliada, mesmo que a finalidade da procura ao serviço tenha sido outra. É um processo que o enfermeiro pode realizar por meio de busca ativa, desde a visita domiciliar a pacientes assintomáticas até o encaminhamento dos casos suspeitos para instituição de referência oncológica. Abrange ações de educação em saúde para a prática do autoexame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia. Mulheres que ainda não fizeram nenhum tipo de exame devem ser encorajadas a eliminar tabus e

preconceitos que podem se tornar obstáculos para rastreamento do câncer de mama (SOUSA, CARVALHO e MORAIS, 2019).

Quando o conjunto celular mamário sofre variações e transformações que ultrapassam o controle do próprio organismo, como consequência, surge uma nova geração de células defeituosas, temos, então, a definição de câncer de mama. Tais modificações atuam não somente no funcionamento da complexidade celular e toda sua extensão, mas sim na programação celular já preexistente ocasionando no surgimento do tumor (BRAGA *et al.*, 2019).

A partir dos avanços tecnológicos e modificações culturais, atividades simples ou complexas podem relacionar o estilo de vida da população a hábitos com qualidade de vida. A expectativa de vida está cada vez mais longa, mas as patologias oncológicas demonstram valores assustadores em prevalência e incidência (OLIVEIRA, 2019a).

Tomando por foco a porta de entrada ao sistema de saúde pública do país, o Sistema Único de Saúde (SUS), vemos como é indispensável a atuação do profissional da enfermagem no controle ao câncer de mama. Deve-se ressaltar sempre a complexidade e abrangência do serviço que estes profissionais oferecem, sendo que sua área de atuação sustenta o desenvolvimento da educação em saúde (BRAGA *et al.*, 2016).

Para Oliveira (2019b), a responsabilidade do enfermeiro é de desenvolver ações preventivas de promoção à saúde com toda a equipe da atenção primária, diminuindo o espaço entre equipe de saúde e usuários do serviço. Quanto mais próxima for essa relação, mais eficaz se torna a detecção precoce dos sinais sugestivos à doença e mais objetivas serão as medidas adotadas em função de sua resolução.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa permite ao pesquisador planejar as comparações em seus estudos, de modo que os resultados sejam nitidamente interpretáveis (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

O estudo foi realizado em dois municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira. O primeiro município — com uma expectativa populacional para 2019 de

24.368 habitantes, aspecto geral do seu território montanhoso, área da unidade territorial atualmente de 771 km² (IBGE, 2019) — possui nove Estratégias Saúde da Família (ESFs), incluindo a zona urbana e rural, integrado por quatro distritos e cinco localizados na sede do município.

O segundo município abriga uma população, estimada em 2019, de 18.908 habitantes, com área territorial total de 266.990 Km² (IBGE, 2019). O índice de desenvolvimento é baixo devido ao grande número de desemprego, uma vez que, em sua maioria, os cidadãos trabalham em serviços temporários e esporádicos, oriundos do café, de órgão público e de empresas privadas. O município possui 7 Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo que 05 localizadas na área urbana (IBGE, 2019).

Para a seleção da amostra, foram incluídos os enfermeiros que trabalham na atenção básica dos municípios. No primeiro momento, antecedente à coleta de dados, foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde um termo solicitando a autorização para realização da pesquisa. Posteriormente, um endereço eletrônico, foi encaminhado à coordenação da Atenção Primária para solicitação da autorização de início da coleta de dados. O contato com os enfermeiros pesquisados foi via e-mail para envio do questionário respondido *on-line* para que não fossem afetadas atividades habituais e respeitando a medida de segurança de distanciamento social devido à pandemia atual COVID-19.

Foram informados aos participantes do estudo os objetivos e a condição de a participação ser concretizada mediante a 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-lhes o anonimato e autonomia em recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo

A coleta de dados aconteceu entre os meses de julho e agosto de 2020, por meio de um questionário fechado, contendo 30 questões (Anexo 1), construído segundo as ações determinadas à Atenção Primária à Saúde (APS) no Programa de Controle de Câncer de Mama, validado em conteúdo por experts na temática e, posteriormente, junto a enfermeiros da Atenção Básica da região sudeste de São Paulo, por Marques (2011).

As variáveis do questionário foram organizadas, segundo as dimensões estrutura e processo propostas por Donabedian (1988), cujo estudo realizado em Ribeirão Preto - SP em 2014 analisou a implementação das ações preconizadas pelo

Ministério da Saúde (MS) para o rastreamento do câncer de mama. Naquele estudo, foram caracterizados fatores determinantes no processo de investigação das ações de rastreamento do câncer de mama, realizadas pelos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, informando a situação existente no momento da coleta dos dados (MORAES, 2014),

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário informatizado, do *Google* Formulários, em horário previamente agendado com os participantes. A análise dos dados foi a partir da estrutura de armazenamento já construída em uso (*Google* Planilhas). Esta estrutura permite acompanhamento e análise das respostas obtidas no (*Google Forms*).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Todas as Unidades Básicas de Saúde pesquisadas, foram do tipo ESFs. A maioria dos enfermeiros possuem menos que 5 anos de atuação na rede primária, em ESFs também. Apenas um entre os profissionais de cada município possuem especialização em PSF. Nenhum dos entrevistados possuem especialização em Saúde Pública. Conforme dados descritos na Tabela 1, para caracterização dos profissionais e das unidades.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária em municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

	Município I (n=5) %	Município II (n=5) %
Tempo de atuação na rede		
< 5 anos	80,0	100,0
> 5 e < 10 anos	20,0	-
Tempo de atuação na unidade		
> 5 anos	80,0	100,0
< 5 anos	20,0	-
Escolaridade		
Bacharel	80,0	75,0
Especialista	20,0	25,0
Área de atuação no PSF		
Especialista	20,0	25,0
Outros	-	25,0

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: PSF = Programa Saúde da Família.

De acordo com Araújo (2013), na amostra de 26 Enfermeiros do município de Piripiri/PI, concluiu-se que a educação permanente está diretamente relacionada à qualidade da assistência. No entanto, a capacitação profissional por meio de curso

introdutório e de especialização se caracteriza como o subsídio para atuar na Estratégia Saúde da Família.

Diante do estudo realizado por Viana (2013), em Teresina/PI as ações da ESF ocorrem durante o processo de conhecimento de formação do enfermeiro para atuação na prevenção do câncer ginecológico, por meio da assistência preventiva, educação permanente e formação do enfermeiro em nível de graduação e especialização.

Quanto à última participação em capacitação sobre ações preconizadas pelo MS, no município um, (80%) dos profissionais informaram participar há mais de 2 anos. No município dois, (75%) afirmaram participação num intervalo entre 6 meses a um ano. Os cadernos de AB e documento de consenso estão disponíveis em todas as ESFs dos municípios um e dois. Na Tabela 2 estão descritas as informações supracitadas.

Tabela 2 - Capacitação sobre ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, realizadas por enfermeiros atuantes na Atenção Primária em municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

	Município I (%)	Município II(%)
Capacitação sobre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde		
Não	80,0	75,0
Sim	-	25,0
Não recorda	20,0	-
Última capacitação		
> 6 meses a 1 ano	20,0	75,0
> 2 anos	80,0	25,0
Disponibilidade no caderno de AB	80,0	75,0
Disponibilidade do documento de consenso		
Não	-	25,0
Sim	80,0	75,0
Não sabe	20,0	-

Fonte: dados da pesquisa.

Teixeira (2015) realizou um estudo em Diadema/SP, de abordagem quantitativa observacional, de corte transversal, numa população constituída por 70 enfermeiros que atuavam na Estratégia Saúde da Família. Foi concluído que há algumas inconformidades entre as ações propostas pelo Ministério da Saúde para serem desenvolvidas pelos enfermeiros no rastreamento oportunístico do câncer de mama e as executadas nas UBSs estudadas.

Para investigação dos fatores de risco, o momento informado foi durante a coleta do exame Papanicolau, em ambos os casos, valendo destacar que, no município um, (20%) informaram consulta de enfermagem, ao passo que a maioria

informou durante a coleta do Papanicolau. No segundo município, a última predominou nos 100%.

Entre as opções referentes aos fatores de risco abordados, conforme consta na Tabela 3, os históricos familiares de Ca de mama e ovário, foram maioria, assim como as mulheres em situação de alto risco para o CA de mama são acompanhadas via retorno de 6 meses a 1 anos em ambos os municípios.

Entre as ações para rastreamento oportunístico da prevenção primária do câncer, o incentivo à perda de peso, a diminuição do consumo de álcool e a eliminação do sedentarismo podem ser orientados, uma vez que constituem fatores de risco modificáveis.

Conforme Contreiro (2018), a prevenção do câncer de mama deve ser praticada pelos profissionais de saúde por meio de ações educativas voltadas para a redução ou bloqueio da exposição aos fatores de risco, sendo imprescindível a abordagem da importância de hábitos saudáveis e realização de atividades que promovam o autocuidado.

Para Sousa *et al.* (2020), as ações do enfermeiro nas unidades de atenção básica relacionam-se a atividades educativas em saúde, sendo a consulta de enfermagem relevante para controle do câncer de mama. É nesse momento que ocorre o levantamento dos fatores de risco e orientações preventivas, bem como o exame clínico das mamas, o autoexame das mamas (AEM) e as solicitações de exames como a mamografia ou ultrassonografia. Observa-se que todos os enfermeiros investigam os fatores de risco tanto quanto a história de CA de mama na família.

Tabela 3 - Ações segundo investigação dos fatores de risco, realizadas por enfermeiros atuantes na Atenção Primária em municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

Variáveis	Município I (%)	Município II (%)
Investigação de fatores de risco		
Momento da Investigação		
Consulta de Enfermagem	20,0	-
Coleta de Papanicolau	80,0	100,0
Fatores de Risco		
Tabagismo	20,0	-
Etilismo	20,0	-
Excesso de Peso	20,0	-
Hábito alimentar inadequado	20,0	-
Exposição a agrotóxico ou à radiação	40,0	-
História de CA de ovário na família	20,0	100,0
Menopausa Tardia	20,0	-
Primeira Gestação após 30 anos	20,0	-
Outros	20,0	-

Acompanhamento mulheres Alto Risco para CA de mama		
Não há diferença entre outras mulheres	20,0	-
Retorno de 3 a 6 meses	-	25,0
Retorno de 6 meses a 1 ano	80,0	75,0

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: CA = Câncer.

Quanto ao Exame Clínico das Mamas (ECM) para rastreamento do câncer, conforme Tabela 4, a seguir, todos os profissionais afirmaram orientar quanto a sua realização anualmente. No município um (40%) essa indicação é feita sem restrição à faixa etária e no município dois, acima dos 40 anos. Se houver alterações, é indicada avaliação médica. O tempo de demora entre a solicitação da mamografia e retorno do resultado, menor que um mês, foi de (40%) e (75%), respectivamente, nos municípios um e dois. Foram apontados outros motivos para não realização do ECM em maioria em ambos os municípios.

De acordo com Teixeira *et al.* (2017), a execução do Exame Clínico das Mamas está entre as atribuições do enfermeiro, devendo ser realizado anualmente a partir dos 40 anos de idade. Em seu estudo, os enfermeiros entrevistados relataram a existência de obstáculos que impedem a realização do ECM, tais como falta de tempo e ausência de local adequado.

Melo *et al.* (2017) destacam que a maioria dos participantes de seu estudo (68,4%) relatou uma demora de 1 a 3 meses entre o pedido da mamografia e o regresso do resultado. Soma-se a isso a demora na liberação do laudo desse exame e verifica-se uma dificuldade para seu agendamento. Essa situação foi informada por 76,3% dos enfermeiros respondentes da pesquisa citada. Verifica-se que todos os enfermeiros, quanto ao rastreamento por meio de ECM, orientam sobre a idade para fazer o exame e todo realizam a coleta do exame citopatológico do colo do útero Papanicolau.

Tabela 4 – Ações segundo rastreamento por meio do ECM, realizadas por enfermeiros atuantes na Atenção Primária em municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

	Município I (%)	Município II (%)
Periodicidade indicada para ECM		
Não há intervalo estabelecido	20,0	-
Semestral	-	100,0
Anual	80,0	25,0
Faixa etária para que o enfermeiro inicie o ECM		
Ao menstruar	20,0	25,0
< 35 anos	20,0	-
> 40 anos	20,0	50,0
Sem restrição etária	40,0	25,0
Há fator que dificulte a realização do ECM	100,0	7,0

Paciente não se sente confortável	20,0	-
Realiza o ECM	100,0	-
Queixa específica	60,0	-
Conduta para ECM alterado		
Prioridade no encaminhamento	20,0	-
Solicita avaliação médica	80,0	100,0
Motivo de não realizar o ECM		
Não considera importante	20,0	-
Outra razão	80,0	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: ECM = Exame Clínico das Mamas.

A maioria dos enfermeiros solicitam mamografia (MMG) com base na idade das mulheres, conforme dados listados na tabela 5. No município um, com periodicidades anual e bienal respectivamente, 60% e 40%. No município dois, 100% afirmaram anualmente. A faixa etária predominante foi maior que 50 anos, em ambos os municípios. As orientações quanto à idade para realização da primeira MMG, a busca ativa por mulheres com laudo suspeito para malignidade sem retorno para buscar resultado, assim como das mulheres que faltaram à MMG, e o encaminhamento à unidade de referência mulheres com resultado de MMG suspeito para malignidade e sem retorno são realizados por 100% dos dois municípios.

Segundo Derenzo (2016), a MMG é o exame de imagem mais importante para diagnóstico nas mamas, podendo diminuir a taxa de mortalidade em mulheres com mais de 50 anos. Nesses casos, o rastreamento de carcinoma mamário seria um método melhor para ser utilizado.

A visita domiciliar pode potencializar a realização da mamografia pelo público-alvo (SOUSA, 2017). Verifica-se que todos os enfermeiros investigados relatam que executam ações de rastreamento por meio de: orientação quanto à idade para a 1ª MMG; busca ativa de mulheres com laudo suspeito malignidade sem retorno para pegar resultado; busca ativa de mulheres que faltaram à MMG; encaminhamento à unidade de referência mulheres com resultado de MMG suspeito para malignidade e sem retorno.

Apesar de as recomendações para o rastreamento monográfico indicarem efetividade na adesão ao exame, verifica-se que diversas mulheres não realizam a mamografia por razões ligadas à idade, raça, estado civil e conhecimento sobre o câncer de mama (SOUSA, 2017).

A MMG é o método internacionalmente recomendado para detecção desse tipo de câncer para o rastreamento dos casos na faixa etária de risco, considerado padrão ouro (MARQUES *et al.*, 2017; TEIXEIRA *et al.* 2017).

Tabela 5 - Ações segundo o rastreamento por meio da MMG, realizadas por enfermeiros atuantes na Atenção Primária em municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

	Município I (%)	Município II (%)
Periodicidade indicada para MMG		
Anual	60,0	100,0
Bienal	40,0	-
Faixa etária indicada para a 1ª MMG		
> 40 anos	20,0	25,0
> 50 anos	80,0	75,0
Tempo de demora entre a solicitação da MMG e retorno do resultado		
< 1 mês	40,0	75,0
1 a 3 meses	20,0	-
3 a 6 meses	20,0	25,0
< 6 meses	20,0	-
Fator que dificulte a execução da MMG		
Dificuldade no agendamento	40,0	-
Falta técnico ou médico para fazer o exame	20,0	-
Falta mamógrafo	-	25,0
Paciente falta	20,0	50,0
Outra dificuldade	20,0	25,0
Você solicita MMG		
Sim	80,0	100,0
Não	20,0	-
Crítérios para solicitar		
Idade da mulher	100,0	75,0
Outro critério	-	25,0
Motivos de não solicitar		
Não pode solicitar	60,0	25,0
Outro motivo	40,0	75,0

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: MMG = Mamografia.

Todos os enfermeiros orientam, durante a consulta de enfermagem, a prática do auto exame das mamas (AEM) e orientam também como a usuária deve se examinar, tanto no município um (60%) quanto no município dois (100%). Todas as faixas etárias recebem orientações, com ênfase no município um (40%) ao menstruar e no município dois (50%) acima dos 40 anos. A periodicidade respectivamente de (80%) sem estabelecimento e (75%) mensal, para os municípios um e dois. A Tabela 6 demonstra os dados detalhados.

O processo educativo realizado pelo enfermeiro no que tange ao Auto Exame das Mamas (AEM) serve de subsídio para que a mulher conheça seu corpo e aprenda a identificar anormalidades mamárias (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Tabela 6 - Ações segundo o rastreamento por meio do AEM, realizadas por enfermeiros atuantes na Atenção Primária em municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

	Município I (%)	Município II (%)
Momento de orientação		
Coleta do Papanicolau	40,0	100,0
Consulta de Enfermagem	60,0	-
Faixa etária para iniciar o AEM		
Ao menstruar	40,0	25,0
< 35 anos	20,0	-
> 40 anos	20,0	50,0
Sem restrição etária	20,0	25,0
Periodicidade em que a mulher é orientada a realizar o AEM		
Não há estabelecimento de intervalo	80,0	25,0
Mensal	20,0	75,0
Motivo de não orientar		
Falta de tempo	20,0	50,0
Outra razão	80,0	50,0

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: AEM = Autoexame das Mamas.

Costa (2013), em um estudo descritivo exploratório e quantitativo, realizado em Natal/RN, sobre as ações da ESF para o controle de câncer feminino, obteve resultados que evidenciaram lacunas quanto às ações de prevenção e promoção à saúde, em especial, à cobertura dos exames e do horário de atendimento das consultas, diante o conhecimento dos enfermeiros (COSTA, 2013).

A consulta de enfermagem é o momento oportuno para orientações sobre a importância do auto exame das mamas, informando, por exemplo, a periodicidade para realização que deve ser de 7 a 10 dias após o início da menstruação. Para mulheres em menopausa, histórico de histerectomia ou em fase de amamentação, devem ser norteadas a escolherem um dia do mês para a realização exame (CUNHA *et al.*, 2018).

Sobre os Sistemas de Informação implantados nas ESFs, nos municípios um e dois, foram apontados (80%) e (75%) SISCAN. Apenas um profissional de cada município citou a SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica; (25%) no município dois e SIASUS Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (20%) no município um. Quanto aos problemas na utilização do SIAB, a falta de capacitação foi apontada pela maioria (80%) no primeiro e (50%) no segundo. Para o SISCAN Sistema de Informação do Câncer, no primeiro município também predominou (40%) falta de capacitação e no segundo (75%) de rede ruim. A tabela 7, a seguir, expressa os dados que caracterizam os sistemas de informação.

Tabela 7 – Caracterização dos Sistemas de informação, realizados por enfermeiros atuantes na Atenção Primária em municípios da Zona da Mata Mineira. 2020..

Variáveis	Município I (%)	Município II (%)
Sistemas informatizados implantados na UBS		
SIAB	-	25,0
SIASUS	20,0	-
SISCAN	80,0	75,0
Problemas na utilização do SIAB		
Outros (não utilizam, não tem acesso, não sabem)	-	50,0
Falta de capacitação	80,0	50,0
Preenchimento inadequado	20,0	-
Problemas na utilização do SISCAN		
Não		
Outros (não utilizam, não tem acesso, não sabem)	40,0	25,0
Falta de capacitação	40,0	-
Rede ruim	-	75,0
Excesso de itens a preencher	20,0	-

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: UBS = Unidade Básica de Saúde; SIAB = Sistema de Informação da Atenção Básica; SIASUS = Sistema de Informação Ambulatorial do SUS; SISCAN = Sistema de Informação do Câncer.

A pesquisa de Ribeiro, Cunha e Guimarães (2017) identificou particularmente desafios e falhas nos sistemas de informações, SISCAN, SIAB, SINASC Sistema de Informação de Nacidos e SISPRENATAL Sistema de Acompanhamento da Gestante. Destaca-se a não continuidade de capacitações para os enfermeiros na busca ativa do grupo-alvo para o rastreamento de câncer de mama e de colo de útero, assistência ao pré-natal de baixo risco e métodos contraceptivos. Identificaram-se, também, inexistência de relatórios anuais e atualização dos sistemas, pois as fichas partilhadas nas unidades estão em desacordo com as novas atualizações que favorecendo o déficit de informações.

É necessário estabelecer alternativas para redução da demanda reprimida nas Unidades de Saúde, bem como a participação no processo de tratamento e intervenções com parcerias com escolas, indústrias e utilização de protocolos de atendimento (COSTA, 2013).

No Sistema de informação do Câncer (SISCAN), são observados constantes avanços tecnológicos em armazenamento de informações dos pacientes presentes desde a atenção primária, estendendo até mais complexos níveis de necessidades. Entretanto, aparentemente irrelevante aos gestores, a qualidade da rede disponível nos municípios é muito ruim, dificultando o serviço.

Segundo Teixeira *et al.* (2017), em seu estudo transversal com noventa enfermeiros da atenção básica sobre Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no

controle do câncer de mama, esse tipo de interferência para coletar esses dados oncológicos dificulta na viabilização e articulações dessas informações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das ESFs pesquisadas possui o SISCAN implantado, demonstrando, por sua vez, vulnerabilidade quanto à capacitação dos profissionais e à qualidade da rede. Assim, há necessidade de investimentos por parte da gestão de saúde dos municípios para melhor gerenciamento dos serviços de saúde.

É importante, também, incrementar ações de educação em capacitação dos profissionais de saúde para fortalecimento das medidas de rastreamento e acesso aos exames. O estudo permitiu identificar que, em todas as ESFs, a maioria dos enfermeiros possuem menos que 5 anos de atuação na rede primária. Apenas um entre os profissionais de cada município possui especialização em PSF. Nenhum dos entrevistados possui especialização em Saúde Pública.

Entre os fatores de risco abordados, os históricos familiares de CA de mama e ovário foram maioria. Situação semelhante foi observada em relação às mulheres em alto risco para o CA de mama, as quais são acompanhadas via retorno de 6 meses a 1 ano em ambos os municípios.

Nas duas localidades, a maioria dos enfermeiros solicitam mamografia (MMG) com base na idade das mulheres. A faixa etária predominante foi maior que 50 anos. As mulheres são orientadas quanto à idade para realização da primeira MMG. Ocorre, também, uma busca ativa em mulheres com laudo suspeito para malignidade sem retorno para buscar resultado e mulheres que faltaram à MMG em 100% dos dois municípios.

Em ambos os municípios e durante a consulta de enfermagem, todas as faixas etárias recebem orientações dos enfermeiros sobre prática do auto exame das mamas (AEM), bem como a maneira como a usuária deve se examinar.

Sobre os Sistemas de Informação implantados nas ESFs, foram verificados SISCAN, SIAB, SIASUS. Entre as principais queixas destacam-se problemas na utilização e falta de capacitação para SIAB e SISCAN, além de ressaltar, uma vez mais, a qualidade ruim dos servidores de internet.

REFERÊNCIAS

BRAY, F. *et al.* Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países. **CA: um jornal sobre câncer para clínicos, Hoboken**, v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário oficial da união, Brasília, n.12, seção1. jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimasnoticias/2013/06jun14publicadaresolucao.html>. Acesso em: 04 jul. 2018.

CONTREIRO, K. S. **Assistência prestada a mulher com câncer de mama.** Orientador: Neila Santini de Souza. Restingá Sêca. 2018. 14 f. Especialização (Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Restinga Sêca (RS), 2018.

COSTA, D. A. R. S. **Estratégias de intervenção utilizadas por enfermeiros da ESF do município de Natal/RN no controle do câncer do colo de útero.** Orientador: Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. 2013. 97f. Dissertação (Mestrado: Programa de Pós- Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2013.

CUNHA, A. R. *et al.* O papel do enfermeiro na orientação, promoção e prevenção do câncer de mama. **Revista Humano Ser**, v. 3, n. 1, p.160-173. 2018.

DERENZO, N. **Detecção Precoce do Câncer de Mama: Análise da Percepção de Mulheres Atendidas pela Equipe Saúde da Família.** Orientador: Marcelo Picinin Bernuci. 2016. 49 f. Dissertação (Promoção da Saúde) - Centro Universitário de Maringá, 2016.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

GALDINO, E. B.; CORRÊA, P. D. S.; SOARES, W. D. Perfil dos pacientes portadores de câncer bucal atendidos em Montes Claros-MG. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S5, p. 174-180, jul./set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Panorama de cidades. IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/raul-soares/panorama> . Acesso em: 14 abr.2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p.25-37, INCA. 2019. Disponível em: <http://controlecancer.bvs.br/>. Acesso em 02 mar. 2020.

MARQUES, C. A. V. **Ações no controle do câncer de mama na atenção primária: construção e validação de instrumentos para identificação dessas práticas.** 2011. 159 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

MARQUES, C. A. V.; SILVA, V. R.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, n. 1, p. 1-7, 2017.

MELO, F. B. B *et al.* Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1183-93, nov./dez. 2017.

MORAES, D. C. **Ações de rastreamento oportunístico do câncer de mama implementadas por enfermeiros da Atenção Básica de Saúde de Ribeirão Preto-SP**. Orientador: Marislei Sanches. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, B V S; CUNHA, M W N; GUIMARÃES, J B S. A atuação do enfermeiro na gestão da saúde da mulher de um município sergipano: relato de experiência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, v. 1, n. 1, 09 a 12 de maio, 2017, Tiradentes. Resumo Unit Universidade Tiradentes.

RODRIGUES, J. R. G. *et al.* Importância do enfermeiro para o controle do câncer de mama: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Vol. Sup. n. 55, p. 1-8, 2020.

SANTOS, L.P.S. *et al.* Características de Casos de Câncer Bucal no Estado da Bahia, 1999-2012: um Estudo de Base Hospitalar. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.61, n.1, p.7-14, 2015.

SIQUEIRA, A. S. E. Medicina de Precisão e suas Mudanças na Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, e-00412, v. 65, n. 2, p. e-00412, 20 ago. 2019.

SOUSA, T. P. **Fatores envolvidos na adesão ao rastreamento do câncer de mama**. Orientador: Janaína Valadares Guimarães. 2017. 89 f. Dissertação de Mestrado (Saúde da Mulher) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 2017.

SOUSA, P. H. S. F. *et al.* Ações do enfermeiro para prevenção e detecção precoce do câncer de mama na estratégia de saúde da família. **Journal of Health Connections**, v.9, n.2. p.104-116, 2020.

TEIXEIRA, M. S. **Enfermeiros da atenção básica e a identificação de ações no controle do câncer de mama no município de Diadema-SP**. Orientador: Elisabeth Niglio de Figueiredo. 2015. 105 f. Mestrado (Enfermagem) - Instituição de Ensino: UFSP, São Paulo, 2015.

TEIXEIRA, M.S. *et al.* Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta Paul Enferm.** v.30, n. 1, p 1-7, 2017.

VIANA, Magda Rogéria Pereira. **Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino no contexto da estratégia saúde da família**. Orientadora: Maria Eliete Batista Moura. 2013. 72 f. Dissertação (Programa de Mestrado Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

ANEXO 1 – Questionário a ser aplicado aos enfermeiros

“Formulário de identificação das ações no controle do câncer de mama na atenção primária – Enfermeiro”

Link do questionário online: <https://docs.google.com/forms/d/1bwbOWjlr83gYf-AWZQINPLjvcqijQzjjNE195G8W-6A/edit?usp=sharing>

Informações Gerais

Data da coleta ___/___/___

Horário do início ___:___ Horário do fim da coleta ___:___

Nome do entrevistador: _____

Iniciais _____

Código do entrevistador: _____

Nome da UBS: _____ Tipo de UBS |___| (1) Mista (2) PSF (3) Tradicional

Identificação do Enfermeiro

Q1) Tempo de atuação nesta UBS _____ (em meses)

Q2) Maior titulação

|___| (1) bacharel (2) especialista (3) mestre (4) doutor

Q2.1) Se especialista, especificar área

|___|_|___| (1) PSF (2) Saúde Pública (3) Obstetrícia (4) outra especialidade

Capacitação do Enfermeiro

Q3) Como Enfermeiro, após 2004, você recebeu capacitação sobre as ações preconizadas para o controle do câncer de mama?

|___| (1) sim (0) não (99) não recorda

Se sim

Q3.1) Quando ocorreu a última capacitação: |___|

(1) < 6 meses

(2) >6 meses a 1 ano

(3) >1 ano a 1 ano e meio

(4) >1 ano e meio a 2 anos

(5) > 2 anos

Q4) Está disponível nesta UBS o Caderno da Atenção Básica número 13 – Controle dos cânceres do colo do útero e de mama?

|___|(1) sim (0) não (99) não sabe

Q5) Está disponível nesta UBS o Documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama?

|___|(1) sim (0) não (99) não sabe

Ações no controle do câncer de mama - Fatores de risco

Q6) Você investiga a presença de fatores de risco para câncer de mama?

|___| (1) sim (0) não

Se sim, especifique:

Q6.1) Em que momento se dá esta investigação? |_|_|_|_|

- (1) Consulta de Enfermagem
- (2) Coleta de exame de Papanicolaou
- (3) visita domiciliar

Q6.2) De todos os fatores de risco descritos abaixo, assinale qual(is) você considera para caracterizar a mulher como de alto risco para câncer de mama.

- História de câncer de mama pessoal ou familiar em ambos os sexos
- História de câncer de ovário pessoal ou familiar
- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Terapia de reposição hormonal
- Pouco tempo de aleitamento materno
- Primeira gestação após 30 anos
- Tabagismo
- Etilismo
- Exposição a agrotóxico ou à radiação
- Hábito alimentar inadequado
- Excesso de peso
- Sedentarismo
- Outro especificar _____

Q6.3) Com que periodicidade é realizado o acompanhamento de mulheres com alto risco para câncer de mama? |_|_|_|_|

- (1) não há diferença em relação as outras mulheres
- (2) retorno de 3 -6 meses
- (3) retorno > que 6 meses -1 ano
- (4) retorno após 1 ano
- (5) outro período
- (99) não sabe ou não recorda

Se não investiga os fatores de risco para câncer de mama, especifique:

Q6.4) Qual(is) a(s) razão de não investigar? |_|_|_|_|

- (1) falta de tempo
- (2) não considera importante
- (3) deficiência de conhecimento
- (4) outros

Ações no controle do câncer de mama - Exame clínico das mamas (ECM)

Q7) Nesta UBS, com que periodicidade é indicado que o enfermeiro faça exame clínico das mamas das mulheres? |_|_|

- (1) não há estabelecimento de intervalo
- (2) trimestral
- (3) semestral
- (4) anual
- (5) outra periodicidade, qual.....

Q8) Nesta UBS, em qual faixa etária é indicado que o enfermeiro inicie o Exame clínico das mamas da usuária? |_|_|_|_|

- (1) ao menstruar
- (2) < 35 anos

- (3) 35__40 anos
- (4) > 40 anos
- (5) > 50 anos
- (6) sem restrição etária
- (99) não recorda

Q9) Você orienta a mulher sobre a idade em que ela deve submeter-se ao exame clínico das mamas a ser realizado por enfermeiro ou médico?

|__| (1) sim (0) não

Q10) Existe algo que dificulte que o enfermeiro realize o exame clínico das mamas das usuárias? __| (1) sim (0) não.

Se sim, especifique

Q10.1|__|__|__|__|__|

- (1) falta de rotina para esta atividade
- (2) falta de local apropriado para o exame
- (3) falta de tempo
- (4) conhecimento técnico deficiente
- (5) paciente não se sente confortável com o exame
- (6) outra dificuldade.

Q11) Você realiza o exame clínico das mamas das usuárias?

|__| (1) sim (0) não

Se sim, especifique:

Q11.1) Quando? |__|__|__|__|

- (1) durante a coleta de Papanicolaou
- (2) durante a Consulta de enfermagem
- (3) em caso de queixa específica
- (4) visita domiciliar

Q11.2) Que conduta é tomada em caso de exame clínico das mamas alterado?

|__|__|__|__|

- (1) prioridade no encaminhamento
- (2) solicitar avaliação médica
- (3) encaminhar ao especialista em mama
- (4) solicitar outro exame
- (5) outra conduta
- (99) não sabe

Se não, especifique:

Q11.3) Qual o motivo de não fazer o exame clínico das mamas? |__|__|__|__|

- (1) falta de tempo
- (2) não considera importante
- (3) deficiência de conhecimento
- (4) outra razão, qual.....

Ações no controle do câncer de mama – Mamografia (MMG)

Q12) Nesta UBS, com que periodicidade é indicada a mamografia? |__|

- (1) semestral

- (2) anual
- (3) bienal
- (4) não há estabelecimento de intervalo
- (5) outra periodicidade, qual.....

Q13) Nesta UBS, em qual faixa etária é indicado fazer a primeira Mamografia? |__|

- (1) ao menstruar
- (2) < 35 anos
- (3) 35__40 anos
- (4) > 40 anos
- (5) > 50 anos
- (6) sem restrição etária
- (7) outra faixa etária
- (99) não recorda

Q14) Você orienta a mulher com que idade ela deve fazer a primeira mamografia?
|__| (1) sim (0) não

Q15) Você faz ou direciona a busca ativa das mulheres com laudo de mamografia suspeito para malignidade e sem retorno para buscar resultado?
|__| (1) sim (0) não

Q16) Você faz ou direciona a busca ativa das mulheres que faltaram à mamografia?
|__| (1) sim (0) não

Q17) Você encaminha à unidade de referência as mulheres com resultado de mamografia suspeito de câncer de mama?
|__| (1) sim (0) não

Q18) Em média, quanto tempo demora entre a solicitação da mamografia e o retorno do resultado |__|
(1)< 1 mês
(2)1__3 meses
(3)> 3__6 meses
(4)> 6 meses
(5) não retornou
(99) não recorda

Q19) Há algum fator que dificulte a execução da mamografia?
|__| (1) sim (0) não.
Se sim, especifique.

Q19.1) |__|__|__|__|

- (1) paciente falta
- (2) falta mamógrafo
- (3) falta de técnico ou médico para fazer o exame
- (4) dificuldade no agendamento do exame
- (5) outra dificuldade

Q20) Você solicita mamografia nesta UBS?

|__| (1) sim (0) não. Se sim, especifique: _____

Q20.1) Que critério usa? |__|__|__|__|

- (1) idade da mulher
- (2) solicitação da mulher
- (3) mamas densas
- (4) outro critério

Se não, especifique:

Q20.2) Qual o motivo de não solicitar o exame de mamografia? |__|__|

- (1) falta de tempo
- (2) não considera importante
- (3) deficiência de conhecimento
- (4) não pode solicitar
- (5) outro motivo, qual: _____

Ações no controle do câncer de mama - Ultrassom de mama (USG)

Q21) Nesta UBS, com que periodicidade é indicado o ultrassom de mama? |__|

- (1) não há estabelecimento de intervalo
- (2) trimestral
- (3) semestral
- (4) anual
- (5) outro intervalo, qual _____

Q22) Em média, quanto tempo demora entre a solicitação do Ultrassom de mama e o retorno do resultado? |__|

- (1) < 1 mês
- (2) 1__3 meses
- (3) >3__6 meses
- (4) > 6 meses
- (5) não retornou
- (99) não recorda

Q23) Há algum fator que dificulte a execução do ultrassom de mama?

|__| (1) sim (0) não.

Se sim, especifique.

Q23.1) |__|__|__|__|

- (1) paciente falta
- (2) falta do aparelho
- (3) falta do médico para fazer o exame
- (4) dificuldade no agendamento do exame
- (5) outra dificuldade

Q24) Há algum fator que dificulte a avaliação do resultado do exame da usuária pelo Médico?

|__| (1) sim (0) não

Q24.1) Se sim, qual? |__|

- (1) demora no agendamento do retorno
- (2) demora da entrega do resultado do exame
- (3) outro fator

Ações no controle do câncer de mama - Autoexame das mamas (AEM)

Q25) Você orienta como a usuária deve examinar as mamas?

|__| (1) sim (0) não

Se sim, especifique:

Q25.1) Quando? |__|__|__|__|

- (1) durante a coleta de Papanicolaou
- (2) durante a consulta de enfermagem
- (3) em caso de queixa específica
- (4) visita domiciliar

Q25.2) Nesta UBS, em que idade a mulher é orientada a iniciar o Autoexame das mamas? |__|__|__|__|

- (1) ao menstruar
- (2) <35 anos
- (3) 35- 40 anos
- (4) > 40 anos
- (5) > 50 anos
- (6) sem restrição etária
- (7) outra idade
- (99) não recorda

Q25.3) Nesta UBS, com que periodicidade a mulher é orientada a realizar o autoexame das mamas? |__|__|__|

- (1) não há estabelecimento de intervalo
- (2) mensal
- (3) bimestral
- (4) outro período

Se não, especifique:

Q25.4) Qual a razão de não orientá-la? |__|__|__|__|__|__|

- (1) falta de tempo
- (2) sobrecarga de serviço
- (3) deficiência de conhecimento do profissional
- (4) não considera importante
- (5) falta de local apropriado
- (6) outra, especificar _____

Ações no controle do câncer de mama – Ações gerais

Q26) Entre os sistemas informatizados citados a seguir, quais os que estão implantados em sua UBS? |__|__|__|

- (1) SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica)
- (2) SIGA (Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde)
- (3) SISREG (Sistema Nacional de Regulação)

- (4) SIASUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS)
 (5) SISMAMA (Sistema de Informação em Saúde frente ao Câncer de Mama)
 (6) SISCAN (Sistema de Informação do Câncer)

Q26.1) Assinale os principais problemas encontrados na utilização deste(s) sistema(s):

(1) SIAB (2) SIGA (3) SISREG (4) SIASUS (5) SISMAMA (6) SISCAN

- falta de capacitação
 rede ruim ou em falta
 os profissionais não consideram o sistema importante
 vários sistemas informatizados e pouco recurso humano
 excesso de itens a preencher
 itens a preencher não tem utilidade prática
 preenchimento inadequado
 outro, especificar _____

Q27) Alguns dos dados gerados nos sistemas informatizados SIAB, SIGA, SISREG, SIASUS, SISMAMA e SISCAN lhe permitem planejar as ações no controle do câncer de mama?

(1) sim (0) não (99) não sabe

Se sim, especifique

Q27.1) Com qual finalidade?

- (1) estimar cobertura
 (2) prover recursos para manter as ações
 (3) conhecer as características das mulheres atendidas
 (4) fazer busca ativa
 (5) prover ações educativas
 (6) outra finalidade

Se não, especifique

Q27.2) Como você planeja estas ações?

- (1) não planejo
 (2) é atribuição do gestor local
 (3) é atribuição de outro profissional ou instância
 (4) pela demanda de atendimento
 (5) outra forma

Q28) Esta UBS tem a Agenda da Mulher para ser fornecida à usuária?

(1) sim (0) não (99) não sabe

Q29) Você organiza e/ou realiza reunião educativa sobre câncer de mama para as usuárias?

(1) sim (0) não (99) não recorda

Q30) Nesta UBS você faz Consulta de enfermagem?

(1) sim (0) não

Se sim, especifique

Q30.1) Quantas consultas, em média, você faz por dia?

- (1) <10
- (2) 10-20
- (3) >20-30
- (4) > 30

Q30.2) Em que local é realizada a consulta? |_|_|_|_|

- (1) Consultório de Enfermagem
- (2) Consultório Médico
- (3) visita Domiciliar.

Se não, especifique _____

30.3) Qual a razão de não ser feita? |_|_|_|_|

- (1) falta de tempo
- (2) sobrecarga de trabalho
- (3) deficiência de conhecimento
- (4) falta de local apropriado
- (4) outra razão: _____

A Senhora tem alguma(s) pergunta(s), dúvida(s), sugestão(ões) ou comentário(s)?

Observações do entrevistador

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Ações de enfermeiros no controle do câncer de mama na atenção primária em municípios da Zona da Mata Mineira.” Nesta pesquisa, pretendemos identificar se, nos municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira, as ESF praticam ações que incentivam as mulheres para adesão aos programas de rastreamento do câncer de mama segundo ações de promoção à saúde estabelecidas pelo MS. O motivo que nos leva a estudar é verificar as ações implementadas por enfermeiros de ESF da sede urbana dos municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira para rastreamento oportuníssimo do câncer de mama preconizadas pelo ministério da saúde. Para esta pesquisa adotaremos o seguinte procedimento: questionário de perguntas fechadas.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco psicológico durante a aplicação do questionário/entrevista, quando poderá sentir-se constrangido (a) frente a alguma questão e preferir não se manifestar, tendo o direito de responder apenas as perguntas que desejar, evitando assim esse risco psicológico.

A pesquisa contribuirá para “melhorias dos sistemas de informação a fim de possibilitar o monitoramento das ações de detecção precoce do câncer mamário, a confirmação do diagnóstico e o seu tratamento precoce.”

Para participar deste estudo, o voluntário sob sua responsabilidade, não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, ele tem assegurado o direito à indenização. O(A) participante tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou o(a) Sr.(a) de retirar seu consentimento e interromper a participação do voluntário sob sua responsabilidade, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A participação dele(a) é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição e do participante quando finalizada. O(A) participante não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. O nome ou o material que indique a participação do voluntário não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, Na FACULDADE VÉRTICE - UNIVÉRTIX e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, e depois desse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a identidade do participante com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e

científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa Ações de enfermeiros no controle do câncer de mama na atenção primária em municípios da Zona Da Mata Mineira de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome dos Pesquisadores Responsáveis: Betânia Torres Félix
Bruno Gomes da Silva

Endereço: Rua Dinamarca, nº 90. Bairro Alphaville. Raul Soares
Rua Waldomiro Mendes de Almeida, nº 120. Bairro Exposição. Matipó

Telefone: (33) 988351524
(33) 988544745

E-mail: betaniatorres98@gmail.com
brunogomesspf0@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213
E-mail: cep.univertix@gmail.com

Raul Soares, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável Legal pelo Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO

25

ANEXO 4 -



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MATIPÓ-MG

AUTORIZAÇÃO

Eu, "RODOLFO MENDES CAMPOS" na qualidade de responsável pela, "SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MATIPÓ" autorizo a realização da pesquisa intitulada "O ENFERMEIRO E O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA ATRAVÉS DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA." a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisadoras "BETÂNIA TORRES FÉLIX E BRUNO GOMES DA SILVA", e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Matipó, 03 de Julho de 2020.

Rodolfo Mendes Campos
CPF: 110.184.856-93
Sec. de Saúde de Matipó - A

ANEXO 4

AUTORIZAÇÃO

Eu, "LEANDRO JOSÉ DAMÁSIO" na qualidade de responsável pela, "SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RAUL SOARES" autorizo a realização da pesquisa intitulada "O ENFERMEIRO E O CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA ATRAVÉS DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA." a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisadoras "BETÂNIA TORRES FÉLIX E BRUNO GOMES DA SILVA", e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Raul Soares, 02 de Julho de 2020.

Leandro José Damásio Pereira
SEC. MUNC. DE SAÚDE
CPF: 083.303.536-30
RAUL SOARES - MG

NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICOS: Carla Váleri de Moraes Martins Barbosa e Luiz Paulo Martins Lopes Sant'ana

ORIENTADOR: Prof^a. M.Sc. Marcella Ferroni Gouveia.

LINHA DE PESQUISA: Educação, Ética, Gestão e Trabalho em Enfermagem

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar o nível de estresse percebido na equipe de enfermagem na Estratégia da Saúde da Família (ESF) de um município da Zona da Mata Mineira. Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa de âmbito, tendo como instrumento de coleta um questionário já validado pela literatura. Foram entrevistados 8 (oito) profissionais de enfermagem atuantes na Estratégia da Saúde da Família do município de Abre Campo-MG. Dos entrevistados 87,5% são do sexo feminino e 12,5% são do sexo masculino. Neste estudo, o escore total da EEP variou de 8 a 24 pontos, sendo a média de 15,6 (DP= \pm 4,4). Portanto, foi identificado que o nível de estresse percebido na equipe de enfermagem participante deste estudo é considerado de leve a moderado. Conclui-se que a promoção da saúde do trabalhador e ações que minimizem os agentes estressores devem ser desenvolvidas no ambiente de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse; Enfermagem; Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) — com atenção integral, equânime e contínua — está no primeiro nível de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). É considerada a reorientação do modelo assistencial, sobretudo a organização e fortalecimento da atenção básica. O serviço é operacionalizado pela implantação de equipes multiprofissionais em uma Unidade Básicas de Saúde (UBS), localizada em área geográfica de limitada (BRASIL, 2012; FIOCRUZ, 2019).

Segundo Trindade e Lautert (2010), acredita-se que os integrantes da ESF enfrentam desafios diários para prestar com qualidade a atenção à saúde dos usuários, famílias e comunidade que estão sob sua responsabilidade. Dentro da ESF, algumas atividades laborais são exclusivas do profissional enfermeiro, como a direção do serviço e todos os cuidados de maior complexidade técnica, tais como a realização da assistência integral que inclui promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Ainda, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as legalidades da profissão, é privativo do enfermeiro a realização da consulta de enfermagem, a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicações. Tendo como carga horária de trabalho variando de trinta a quarenta horas semanais, sendo mais comuns as trinta e seis horas por semana, assim como o técnico em enfermagem (BRASIL, 2006).

A equipe multiprofissional, destacando a equipe de enfermagem, fica exposta à realidade das comunidades, as quais muitas vezes os recursos são escassos para atender às complexas demandas de saúde. Somam-se a isso, algumas falhas na rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e afeta a resolutividade das ações de saúde (TRINDADE e LAUTERT, 2010).

Segundo Chiode e Marziale (2006), os riscos ocupacionais de maior predominância identificados nas equipes foram os riscos psicossociais, havendo predominância de estudos sobre o desenvolvimento de estresse e a violência ocupacional. O estresse é a reação fisiológica automática do corpo a circunstâncias que exigem ajustes comportamentais, podendo ser resultado de uma longa jornada de trabalho (ANAMT, 2019).

O estresse ocupacional é definido como desequilíbrio físico e psíquico desencadeado por uma série de fatores que ocorrem no trabalho, muitas vezes excedendo os recursos psicológicos do trabalhador. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), a Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional caracteriza-se por sintomas de exaustão extrema e esgotamento físico, não sendo uma condição médica, mas um fenômeno ligado ao trabalho (PRADO, 2016).

Diante desse cenário, são necessárias ações que garantam a saúde física e mental dos profissionais, garantindo-lhes a qualidade da assistência aos usuários que necessitam do serviço público de saúde (SILVA *et al*, 2017). Contudo, ainda há lacunas na literatura sobre esta temática, sobretudo quando se pesquisa sobre níveis de estresse em profissionais da enfermagem que atuam em ESFs.

Diante do exposto, tem-se como questão norteadora: Qual é o nível de estresse percebido em profissionais de enfermagem atuantes nas Estratégias da Saúde da Família? Assim, o estudo tem por objetivo identificar o nível de estresse percebido por

meio do uso da Escala de Estresse Percebido (EEP) em profissionais de enfermagem atuantes nas ESFs de um município da Zona da Mata Mineira

Estudos como este são importantes, pois, ao se conhecer os níveis de estresse percebido em profissionais de enfermagem das ESFs, permite-se traçar estratégias de enfrentamento com o objetivo de auxiliar na qualidade de vida dos profissionais e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada a cada sujeito, à família e à comunidade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As atividades da ESF competem conhecer a situação real das famílias cuja equipe é responsável, identificando os problemas de saúde mais comuns e os riscos a que a população está exposta. Além disso, são responsabilidade do serviço executar os procedimentos de vigilância à saúde e vigilância epidemiológica de acordo com a competência de cada profissional, pela classificação do caso, e garantir que o tratamento continue (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde afirma que toda assistência deve ser prestada de forma equânime e contínua de acordo com a demanda, visando à promoção da saúde com a educação sanitária, além de incentivar a participação/formação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2006). Assim, as atividades laborais na ESF do profissional enfermeiro consistem em realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos) às pessoas e suas famílias, bem como promover atividades de gestão e educação permanente com a equipe (BRASIL, 2012).

As atividades desenvolvidas pelo técnico em enfermagem envolvem ações como realizar de curativos, aferir sinais vitais e administrar medicamentos na Unidade de Saúde e em domicílio. Além disso, é sua função ajudar com o gerenciamento de atitudes adequadas para oferecer um serviço de qualidade para a população (BRASIL, 2012).

As demandas de trabalho da ESF atingem diretamente a equipe profissional, visto que estes estão submetidos a fatores de risco psicossociais e ambientais, podendo gerar sintomas associados ao estresse ocupacional (CHOIDE; MARZIALE, 2006; TRINDADE, LAUTERT, 2010).

O estresse é um conjunto de fatores que, quando juntos de um corpo, tendem

a causar desgaste ou deformidade. Esse fenômeno é entendido como uma síndrome biológica cuja resposta do corpo é inespecífica e a manifestação vem de forma positiva (estresse), motivando a resposta adequada ao estímulo estressor, ou negativa (distorcesse). Assim, frente a algo ameaçador, há uma intimidação do indivíduo, desencadeando fortes emoções, como ansiedade e medo (PRADO,2016).

Já o estresse ocupacional é definido como uma série de fatores psíquicos provocados por estímulos que vão desde o clima aos pontos negativos do trabalho, destacando o desequilíbrio existente entre quem trabalha e a ocupação exercida. Em alguns casos, caso não seja tratado, pode desencadear a Síndrome de *Burnout*, cuja característica é o esgotamento físico e psíquico em decorrência da sobrecarga vinda do trabalho (PRADO, 2016).

Ferrari (2020) afirma que existem muitos estímulos podendo gerar este problema tais como, trabalho em excesso, além dos limites da função, problemas de relacionamento interpessoal ou ações que não contribuam com a saúde e bem-estar de quem trabalha. Assim, o estresse ocupacional afeta tanto a qualidade de vida do indivíduo quanto a produtividade do serviço prestado, sendo necessárias medidas preventivas, focando nos cuidados direcionados à saúde do trabalhador.

Dentre as profissões em que se identifica o desenvolvimento do estresse ocupacional, a enfermagem está em destaque. Esses profissionais são responsáveis diretos pela assistência prestada ao paciente, pela organização do setor do serviço de saúde e por atividades administrativas e burocráticas diversas (SCHOLZE *et al*, 2017).

Segundo Santana *et al.* (2020), ter o apoio social no ambiente de trabalho diminui o estresse ocupacional e pode contribuir para que o profissional da enfermagem desenvolva mecanismos de resiliência perante dificuldades comuns do cotidiano de trabalho.

3. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de âmbito quantitativo, tendo como instrumento de pesquisa um questionário já validado, permitindo assim um melhor desenvolvimento. Para Gil (2017), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou então estabelecer relações entre algumas variáveis.

A pesquisa foi realizada nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) de um município localizado na Zona da Mata Mineira/Minas Gerais. Segundo censo do IBGE (2020) o município, é composto por uma população 13.454 pessoas e por 6 (seis) Estratégias da Saúde da Família, sendo 3(três) delas dentro do município e as outras 3 (três) em seu distrito.

Foram incluídos na amostra toda a equipe de enfermagem, auxiliares, técnicos e enfermeiros pertencentes à Estratégia da Saúde da Família do município do estudo. Foram excluídos deste estudo todos aqueles que não fazem parte da equipe de enfermagem da Estratégia da Saúde da Família ou que não aceitaram participar do estudo. Fizeram parte deste estudo 8 profissionais de enfermagem.

Os dados foram coletados por meio de um questionário fechado, denominado Escala de estresse percebido (EEP). Esse instrumento foi proposto por Cohen *et al.* (1983), traduzido e validado no Brasil por Luft *et al.* (2007). A forma de captação dos profissionais de enfermagem trabalhadores das ESFs ocorreu por meio do contato telefônico de cada um, solicitando o e-mail para envio do questionário.

O questionário foi enviado por um aplicativo de mensagem para cada profissional. A coleta de dados ocorreu em julho de 2020, em meio à Pandemia da COVID19, portanto foram respeitadas as medidas de segurança orientadas pela Organização Mundial da Saúde.

A escala é composta por 14 (catorze) questões do tipo *Likert*, com 4 (quatro) opções de resposta, que variam de zero a quatro sendo: zero=nunca; um=quase nunca; dois=às vezes; três=quase sempre; quatro=sempre. As perguntas com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13) têm a pontuação somada de forma invertida. As demais questões devem ser somadas conforme número de resposta. O escore total da EEP é a soma dos escores individuais de cada pergunta, sendo o valor mínimo de 0 e valor máximo de 56. A interpretação da EEP é feita considerando-se: quanto maior o escore, maior o estresse percebido. Para fins didáticos, nesta pesquisa, optou-se em quantificar os valores em: 0 a 18 nível leve, 19 a 36 nível moderado e de 37 a 56 nível elevado.

A EEP pode ser utilizada entre trabalhadores da saúde e trabalhadores de vários outros setores a nível internacional para medir o estresse percebido de forma a atender a todos na linha de frente contra os estressores, tais como a ansiedade, Síndrome de Burnout e depressão. Além disso, esse tipo de escala é confiável e sua utilidade é satisfatória. (LEONELLI *et al.*, 2017)

Foram informados à amostra os objetivos do estudo e a participação foi concretizada mediante a 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-lhes o anonimato e autonomia em recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo.

Para a análise dos dados, foi realizada a dupla digitação dos dados no programa *Microsoft® Office Excel* versão 2007 e, em seguida, a análise descritiva utilizando frequência, média, mediana e desvio padrão, por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Os dados foram apresentados em tabela.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte deste estudo oito profissionais da Enfermagem, sendo quatro Enfermeiros e quatro Técnicos de Enfermagem pertencentes à ESF do município pesquisado. Os dados sociodemográficos dos participantes deste estudo estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da Equipe de Enfermagem. Matipó. Minas Gerais. 2020

Variável	N	%
SEXO		
Feminino	7	87,5
Masculino	1	12,5
FAIXA ETÁRIA (ANOS)		
19-29	2	25
30-39	6	75
RAÇA		
Branca	4	50
Preta	1	12,5
Amarela	2	25
Indígena	1	12,5
ESTADO CIVÍL		
Casado	4	50
Divorciado	2	25
Solteiro	2	25
ESCOLARIDADE		
Graduação	5	62,5
Pós-Graduação	3	37,5
PROFISSÃO		
Enfermeiro	4	50
Técnico de Enfermagem	4	50

Fonte: Dados dos pesquisadores

Dos oito participantes, 87,5% eram do sexo feminino e apenas 12,5% eram do sexo masculino. Assim como neste estudo, no estudo de Rosário *et al.* (2015) — que também teve por objetivo avaliar o nível de estresse percebido da equipe de enfermagem na ESF de um município de Minas Gerais — houve predomínio do sexo feminino dentre os participantes.

A predominância do sexo feminino é frequente na área da saúde. Porém, há estudos que comprovam que há variação entre os níveis de estresse percebido entre homens e mulheres (KATTAH *et al.*, 2013).

No que diz respeito à faixa etária, neste estudo houve a predominância da população jovem, ou seja, 75% dos entrevistados possuíam idade entre 30 e 39 anos. Segundo Preto e Pedrão (2009), alguns estudos apontam que quanto maior o tempo de formado, menor é o estresse, pois existe maior probabilidade de o profissional já ter desenvolvido algumas habilidades no serviço exercido, permitindo segurança técnica e facilidade no controle de situações conflituosas.

Em relação à avaliação do nível de estresse percebido entre a equipe de enfermagem da ESF do município pesquisado (Tabela 2), a EEP apresenta alta validade quando comparada com escalas que medem sintomas de ansiedade, depressão e síndrome de *burnout* e que aferem o estresse em função de suas consequências, como sintomas e condições de morbidade (ANDREOU *et al.*, 2011; WALDMAN *et al.*, 2009; PAIS-RIBEIRO; MARQUES, 2009)

Tabela 2: Questões relacionadas ao estresse percebido da equipe de enfermagem, segundo a Escala de Estresse Percebido. Matipó. Minas Gerais. 2020

N	Variáveis	Mín-Máx	Média	Mediana	Desvio-Padrão
1	Você tem ficado triste porque de algo que aconteceu inesperadamente?	0-3	1,8	2,0	1,0
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0-3	1,5	1,5	1,2
3	Você tem se sentindo nervoso e "estressado"?	1-3	2,3	2,0	0,7
4	Você tem tratado com sucesso os problemas difíceis da vida	0-3	1,3	1,5	1,2
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0-4	1,6	1,5	1,4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0-4	1,8	1,5	1,6
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade?	1-4	2,8	3,0	1,3
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?	0-4	1,8	2,0	1,4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0-4	2,1	2,5	1,6
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0-4	2,1	2,5	1,4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0-4	2,0	2,0	1,4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	1-4	3,0	3,5	1,2
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0-2	1,0	1,0	0,8
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0-4	2,4	2,5	1,6
	EEP total: Somatória de pontos	8-24	15,6	15,0	4,4

Fonte: Dados dos pesquisadores

Neste estudo, o escore total da EEP variou de 8 a 24 pontos, sendo a média de 15,6 (DP= \pm 4,4). A interpretação da EEP é feita considerando: Quanto maior o escore, maior o nível de estresse, sendo considerado 0 (zero) o valor mínimo e 56 o valor máximo. Portanto, foi identificado que o nível de estresse percebido na equipe de enfermagem que fez parte deste estudo foi considerado de leve a moderado. Vale ressaltar, também, que neste estudo não houve valores considerados nível elevado de estresse percebido.

Indo de encontro aos resultados desta pesquisa, o estudo de Oliveira e Pedraza (2019) — cujo objetivo foi avaliar o contexto de trabalho e a satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família — evidenciou, na percepção de enfermeiros, resultados satisfatórios em relação à estrutura das unidades de saúde e no contexto de trabalho, além de satisfação profissional, incluindo aspectos

importantes da qualidade dos serviços de saúde que devem ser fortalecidos e ampliados.

Em relação às perguntas de conotação positiva 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, a maioria dos entrevistados registrou respostas positivas para essas questões. Evidenciando-se a questão 10, que diz respeito ao “manter controle das coisas”, a maioria dos entrevistados respondeu “às vezes”.

Apesar de o processo que leva ao adoecimento mental ser constituído de diversos fatores, aqueles que são associados ao trabalho — sobretudo as condições inadequadas para a realização das atividades, a sobrecarga, a pressão advinda da gestão, a carência de recursos humanos e o déficit de instrumentos — constituem as principais causas do adoecimento mental. Para os trabalhadores da ESF, esses últimos constituem o principal fator de insatisfação com o trabalho (SILVA *et al.*, 2017; NAIARA *et al.*, 2011; LEONELLI *et al.*, 2017).

A atuação do enfermeiro da ESF ultrapassa as funções de gerenciamento, organização e controle do processo de trabalho nas unidades, pois o profissional vivencia não somente a perspectiva do enfermeiro, mas de toda equipe de enfermagem. Há de se considerar, além disso, o contato constante com as condições que podem levar ao adoecimento, como, por exemplo, o convívio com as áreas de pobreza extrema, principalmente nas periferias, onde se encontram a maior parte das unidades do tipo ESF (MOREIRA *et al.*, 2016; TRINDADE *et al.*, 2010).

De acordo com os resultados na questão 12 — em que se indaga: “Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? —, a maioria respondeu “quase sempre”, mantendo a média de resposta 3 (DP= \pm 1,2). Isso pode estar associado à falta de confiança em si mesmo ou até na questão de se cobrar muito em relação ao que acontece ou o que está prestes a acontecer no seu cotidiano. Essas cobranças representam uma forte contribuição para a elevação do estresse desses profissionais, atingindo um limite negativo ao psicológico dessas pessoas, confirmando a hipótese que este estudo investiga.

É possível evidenciar também, neste estudo, que a maioria dos entrevistados relatou que às vezes fica triste com algo que lhes aconteceu inesperadamente. Além disso, a maioria, indica que “quase nunca” as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade, mantendo média de resposta 1,8 (DP= \pm 1,8). Esses dados indicam que há situações adversas na vida dessas pessoas, abalando seu psicológico não só com questões do trabalho, mas com a vida pessoal. Nesse caso, não se cobrar tanto

é um ponto positivo para evitar o estresse laboral, melhorando a relação interpessoal dos indivíduos e se mantendo no controle das situações que interferem na execução de um trabalho bem feito.

Com base nessa perspectiva, a necessidade de uma boa relação, tanto com os colegas quanto com os superiores na ESF, influencia muito no desenvolvimento profissional dentro do campo de trabalho. Além disso, a promoção de áreas para que os trabalhadores de enfermagem possam ter um intervalo do serviço e dedicar-se à leitura, ao relaxamento ou a outra forma de lazer é uma fonte positiva contra os agentes estressores (HORTA *et al.*, 2014).

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram a conclusão de que o nível de estresse percebido em profissionais de enfermagem da Estratégia da Saúde da Família de um município da Zona da Mata Mineira do município investigado foi considerado de leve a moderado. Esses achados representam uma exceção em relação aos dados publicados e isso pode estar relacionado ao baixo valor amostral deste estudo.

Percebe-se que a equipe de enfermagem, no âmbito da atenção primária à saúde, está exposta a diversos fatores de estresse laboral e desafios diários da profissão. Por meio deste estudo, destacou-se o quanto é essencial realizar intervenções que visem à prevenção dos profissionais expostos aos agentes estressores, preservando sua saúde mental.

É válido ressaltar, também, a importância de que o profissional seja exposto a novos hábitos no ambiente de trabalho e que seu empregador reconheça essa necessidade e se preocupe com essa questão. Para tanto, é importante que se possibilite ao profissional fazer algumas pausas para que consiga relaxar, reservar um mínimo de tempo do seu dia para se distrair um pouco. É importante, também, que este colaborador saiba da importância de se procurar alguém para conversar nos momentos mais desafiadores. Assim, é necessário que o órgão empregador, que no caso é a ESF, ofereça momentos de terapia em grupos e/ou grupos de apoio, objetivando o relaxamento e o relacionamento interpessoal entre esses profissionais.

Por tudo o que este estudo demonstrou, são essenciais ações de promoção da saúde mental da equipe de enfermagem atuante no serviço público, sobretudo na Estratégia da Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ANDREOU, E. *et al.* **Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Greece**. Int. J. Environ. Res. Public Health, v. 8, n. 8, p. 3287-98, 2011.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO. **Entenda as principais diferenças entre *burnout*, estresse e depressão**. 2019. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2019/06/07/entenda-diferencas-entre-burnout-estresse-e-depressao>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portarianoº648**, de 28 de março de 2006. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em: 17 out. 2020

CHIODI, M. B; MARZIALE, M. H. Prisco ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta**, São Paulo, v.19, n.2, p.212-217, 2006.

COHEN, S; KARMACK, T; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress **Health Soc. Behav.**, v. 24, n. 4, p. 383-96, 1983.

FERRARI, J, S. Estresse Ocupacional. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/psicologia/stress-ocupacional.htm>. Acesso em 11 de mar. 2020.

FIOCRUZ. Atenção Básica. **Pense SUS**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em 10 de mar. 2020

GIL, A, C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 6ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.
HORTA, N, C. *et al.* Potenciais de desgaste biopsíquico nos profissionais de enfermagem que atuam na estratégia de saúde da família. **Percorso Acadêmico**. v. 4, n. 7. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil/ Minas Gerais/ Abre-Campo. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/abre-campo/panorama> >. Acessado em 15 de junho de 2020.

KATTHA, L, R. *et al.* Análise dos níveis de estresse dos profissionais de uma maternidade. Nova: Revista Científica. 2, n. 2. 2013.

LEONELLI, L, B. *et al.* Estresse percebido em profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Epidemiol ABR**, v. 20, n. 2, p. 286-298, 2017.

LUFT, C, D, B; SANCHES, S, O; MAZO, G, Z.; ANDRADE, A, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública. São Paulo**, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.

MOREIRA, I. J. B. *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

NAIARA, I. *et. al.* Análise do Estresse Ocupacional e da Síndrome de *Burnout* em Profissionais da Estratégia da Saúde da Família no Município de Maceió/ AL. **Rev. Semente**, v. 6, n. 6, p. 84–98, 2011.

OLIVEIRA, M.M.O.; PEDRAZA, D.F. Context of work and professional satisfaction of nurses who work in the Family Health Strategy. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 765-779, jul./set., 2019

PAIS-RIBEIRO, J.; MARQUES, T. A avaliação do estresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de estresse. **Psic Saúde Doenças**, v.10, n. 2, p. 237-248, 2009.

PRADO, C. E. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Revista brasileira e medicina do trabalho**, v.14, n.3, p 285-289,2016.

PRETO, V. A; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 841-848, 2009.

ROSARIO, C.A.R. *et al.* Avaliação do estresse entre enfermeiros que atuam na estratégia Saúde da família de Montes Claros, MG. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. v. 4, n. 1, p. 03-14, 2015.

SANTANA, L.C; Ferreira, L.A; Santana, L.P.M. Occupational stress in nursing professionals of a university hospital. **Rev Bras Enferm**. 2020; v.73(2) n.2018 p.0997. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0997>

SILVA, S. S.; MARTINS, D. C.; CAMILO, L. S. S. Riscos ocupacionais entre a equipe multidisciplinar na Atenção Básica. **International Nursing Congress**, v. 1, n. 1, p. 9-12, 2017.

SCHOLZE, A.R; MARTINS, J.T; ROBAZZI, M.L.C.C; HADDAD, M.C.F.L; GALDINO, M.J.Q; RIBEIRO, R.P. Occupational stress and associated factors among nurses at public hospitals. **Cogitare Enferm**. 2017;22(3):e50238. DOI: 10.5380/ce.v22i3.50238

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Paraná, v. 44, n. 2, p 274-279, 2010.

WALDMAN, S. V. *et al.* Burnout Perceived Stress and Depression Among Cardiology Resident in Argentina. **Academic Psychiatry**, v. 33, n. 4, p. 296-301

ANEXO1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Link de acesso ao questionário online: <https://forms.gle/axWm6vSwyGqhfqbG7>

Nome: _____ Data: _____

Perguntas de caracterização sociodemográfica

1- Sexo:

- Feminino
 Masculino

2- Idade:

3- Profissão:

- Enfermeiro
 Técnico em enfermagem
 Auxiliar em enfermagem

4- Estado Civil:

- Casado
 Solteiro
 União estável
 Divorciado
 Viúvo

5- Escolaridade:

- Graduação
 Pós-Graduação
 Mestrado
 Doutorado

6- Cor/raça/etnia (como você se considera)

- Branca
 Preta
 Amarela
 Indígena

ANEXO II - ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Instruções:

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0 = nunca

1 = quase nunca

2 = às vezes

3 = quase sempre

4 = sempre

Neste último mês, com que frequência...

1	Você tem ficado triste porque de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso os problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO III – TERMO DE CONSCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DE UM MINICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA.**

Nesta pesquisa pretendemos identificar o nível de estresse percebido em profissionais de enfermagem atuantes nas ESFs município da Zona da Mata Mineira.

Estudo como este são importantes, pois, ao se conhecer os níveis de estresse percebido em profissionais de enfermagem das ESFs, permite-se traçar estratégias de enfrentamento com o objetivo de auxiliar na qualidade de vida dos profissionais e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada a cada sujeito, à família e à comunidade.

Para esta pesquisa adotaremos o seguinte procedimento: aplicação de um questionário *on-line* que contém perguntas sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. A resolução levará aproximadamente 15 minutos.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco psicológico durante a aplicação do questionário, no qual poderá sentir-se constrangido frente a alguma questão e preferir não se manifestar, tendo o direito de responder apenas as perguntas que desejar, evitando assim esse risco psicológico. A pesquisa contribuirá para identificar o nível de estresse percebido da equipe de enfermagem atuante na Estratégia da Saúde da Família.

Para participar deste estudo, o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr. (a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade Univertix e a outra será fornecida ao Sr. (a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, após o término da pesquisa. Depois desse tempo, eles serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Marcella Ferroni Gouveia

Telefone: 31 – 99662-3090

E-mail: maferronii@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO IV – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA DE SAÚDE



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu Olga Maria Jesus da Costa
Secretário da Saúde, tenho ciência e autorizo a realização da
pesquisa intitulada ***Nível de estresse percebido da equipe de
enfermagem na Estratégia da Saúde da Família (ESF) de
municípios da Zona da Mata Mineira** sob responsabilidade do
pesquisador Marcella Ferroni Gouveia, docente do curso de
Graduação em Enfermagem na Univértix.

Abre Campo, 16 de Julho de 2020.

Olga Maria Jesus da Costa
Assinatura e nome completo do Secretário da Saúde

O PACIENTE COM CÂNCER: EXPERIÊNCIAS DE VIDA APÓS O DIAGNÓSTICO

ACADÊMICAS: Claudiana da Conceição Ozorio e Lúcia de Oliveira Barros

ORIENTADOR: Profa. Esp. Ana Paula Coelho Marcolino.

LINHA DE PESQUISA: Cuidado de Enfermagem

RESUMO:

O presente estudo teve por objetivo compreender as experiências dos pacientes oncológicos frente aos percursos do diagnóstico e tratamento oncológico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevista semiestruturada, realizada com pacientes oncológicos, residentes em um município localizado na Zona da Mata Mineira. Os resultados mostram que, mesmo com os avanços da medicina em relação à cura do câncer, sabe-se que seu diagnóstico ainda é vivido de forma temida e sendo um momento de crise do indivíduo em situação de adoecimento. Dessa forma, algumas reações emocionais como medo, ansiedade e depressão, são geradas em decorrência desse diagnóstico. Apesar de todo ser humano ter a certeza de morrer, alguns acontecimentos, tais como o diagnóstico de uma doença como o câncer, tendem a aproximar o paciente da realidade que parecia tão distante, colocando-o diante de sua finitude, servindo como sentença final.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Diagnóstico; Saúde da Mulher; Emoções; Estratégias de Enfrentamento.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças no perfil demográfico do Brasil decorrente, entre outros fatores, do processo de urbanização populacional, da industrialização, dos avanços da ciência e da tecnologia — somados aos novos estilos de vida e à exposição, ainda mais intensa, a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo — trouxeram uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas, especialmente o câncer, como novo centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira (NASCIMENTO, PITTA e RÊGO, 2015).

A ciência dedica mais esforços em métodos de diagnósticos mais eficientes, abrangentes e que realmente diminuam o número de mortes por câncer. Técnicas são aprimoradas, equipamentos se modernizaram. Por outro lado, os procedimentos altamente invasivos e o número ainda significativo de mortes por câncer o tornam uma doença temida e ainda vista como sinônimo de morte por seus pacientes. As neoplasias têm crescido em todo o mundo e ocupam a segunda causa de morte na maioria dos países, aproximadamente 600 mil novos casos de câncer por ano no Brasil, onde 60% têm diagnóstico já avançado (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A localização, os sintomas e os diversos aspectos da neoplasia podem colaborar para o retardo do diagnóstico. Os tumores de difícil acesso e silentes demoram a apresentar sintomas evidentes dificultando a percepção do paciente, atrasando o diagnóstico e gerando implicações no tratamento (FELIPPU *et al.*, 2016).

Nesse âmbito, Souza *et al.* (2015) asseguram que, se o período entre o diagnóstico e o início do tratamento for prolongado, os pacientes podem apresentar progressão tumoral. O prognóstico é prejudicado, tornando-o progressivo e irreversível.

A confirmação do diagnóstico de câncer altera a vida do paciente. O câncer, por ser uma doença com tratamento complexo, agrava os sentimentos de medo, ansiedade e desesperança durante o processo de busca por cuidado, proporcionando consequências negativas na vida de quem o vivencia — seja o paciente ou seus familiares — pelo receio da possibilidade de morte (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Destarte, as alterações e mudanças ocasionadas pelo tratamento oncológico precisam ser enfrentadas pelo paciente e sua família e essa vivência pode ser dolorosa. Na busca de um novo significado para essa realidade ameaçadora da vida, o apoio, a religiosidade e a espiritualidade são fontes de força e motivação que sustentam os pacientes durante o diagnóstico e tratamento oncológico (SANTOS *et al.*, 2017).

Nesse momento, faz-se necessária a presença do profissional de enfermagem, que contribui para a aceitação da nova condição da doença, possibilitando uma maior capacidade de enfrentamento de situações de crise, assim como a manutenção de boas condutas relacionadas a longos períodos de tratamento (COSTA *et al.*, 2019).

Diante desse cenário, é comum estudos em que os autores se preocupam em identificar o conhecimento e o apoio recebido pelos pacientes oncológicos, bem como compreender a percepção de profissionais sobre o câncer e sua relação com a morte. Entretanto, têm sido raras as pesquisas que foquem nas experiências vivenciadas pelo paciente oncológico. Assim sendo, delineia-se como questionamento para o presente estudo: Quais as experiências de pacientes oncológicos frente ao diagnóstico e tratamento?

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi compreender as experiências dos pacientes oncológicos frente aos percursos do diagnóstico e tratamento oncológico.

O estudo proposto é relevante, pois resultados obtidos contribuirão para conscientização sobre a importância da comunicação entre o profissional de saúde e

o paciente desde o diagnóstico, facilitando a compreensão sobre o câncer tornando o processo brando e garantindo que as ações realizadas auxiliem o paciente oncológico e sua família no enfrentamento da doença.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. CONCEITUAÇÃO DO CÂNCER

O câncer compreende um grupo de mais de 100 doenças que possuem, em comum, o crescimento e a multiplicação desordenada de células. Configura-se como grave problema de saúde pública, em decorrência da magnitude epidemiológica, social e econômica, sendo a segunda causa de morte no país, com 190 mil óbitos por ano (INCA, 2020).

Segundo Oliveira e Souza (2017), o câncer é um tumor maligno, caracterizado pela alteração de células normais para células cancerígenas. Essas células podem disseminar-se e invadir outros órgãos e tecidos, constituindo, assim, o que se denomina metástase.

O intenso processo de industrialização e urbanização intensifica a exposição a diferentes agentes cancerígenos e agentes com potencial mutagênico. Essa exposição provoca modificações e progressão da incidência de câncer no Brasil e no mundo, constituindo-se, atualmente, na segunda causa de morte por fatores isolados (MEDONÇA, 2019).

Os casos de câncer são desencadeados por fatores externos e internos ao nosso organismo e estão ou não inter-relacionados. A maioria dos casos está associado aos fatores externos, os quais incluem o meio ambiente e hábitos nocivos, e fatores internos, em que se pode citar os fatores genéticos, que correspondem a 10% dos fatores causadores do câncer (OLIVEIRA, REIS e SIVA, 2018).

Por ser uma doença de causas multifatoriais, seu curso clínico se dá por meio de um conjunto de sinais e sintomas inespecíficos que, na maioria das vezes, não são valorizados por pacientes e até mesmo pelos profissionais da área da saúde. Por essa razão, estudos apontam a necessidade de profissionais com olhar aguçado para detectar possíveis alterações que configurem sinais de câncer (TESTON *et al.*, 2018).

O processo de atendimento às pessoas com câncer é iniciado na atenção primária, o Sistema Único de Saúde (SUS), onde é realizado o diagnóstico e,

posteriormente, na rede de atenção secundária e terciária para o tratamento, realizado em hospital habilitado (OLIVEIRA, REIS e SILVA, 2018).

Os pacientes podem ser submetidos a um único tipo de tratamento ou em associações que dependerão do tipo e estágio do tumor, localização, estado de saúde geral do paciente e dos possíveis efeitos colaterais. A eficácia da terapêutica utilizada depende do diagnóstico e do tratamento precoce e específico (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Os períodos prolongados entre o diagnóstico e o início do tratamento podem acarretar consequências graves para as pacientes, como a redução da possibilidade de cura e do tempo de sobrevivência. Garantir a detecção precoce, a investigação diagnóstica e o tratamento oportuno reduz o número de casos de doença avançada e a mortalidade pela doença (PAIVA e CESSE, 2015).

Nessa perspectiva, os profissionais de Enfermagem são responsáveis por assegurar aos indivíduos e à comunidade, a compreensão e o entendimento do processo da doença e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (SOUZA *et al.*, 2015).

Destarte, os profissionais de saúde devem perceber o paciente de forma holística e não somente a fisiologia da doença. Essa percepção deve ser pautada na individualidade, a cada etapa do ciclo vital, diante do processo de enfrentamento da doença (PEDRAZA e COLLAZOS, 2015),

2.2. OS SENTIMENTOS DIANTE DO DIAGNÓSTICO

O câncer é compreendido como uma doença incurável, instituída como uma sentença de sofrimento e morte, por isso, é culturalmente temido pela sociedade. A revelação desse diagnóstico apresenta-se para as pessoas, muitas vezes, como uma má notícia, devido ao estigma que o câncer carrega. É interessante informar que as más notícias em saúde incluem situações que constituem uma ameaça à vida e ao bem-estar pessoal, familiar e social, dadas as repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam (KARKOW *et al.*, 2015).

A confirmação do diagnóstico de câncer é um fato que altera a vida das pessoas, o sentimento de incerteza, o medo da morte, aliados aos tratamentos complexos, proporcionam consequências negativas na vida de quem o vivencia, seja paciente ou seus familiares (BATISTA, MATTOS e SILVA, 2015).

Segundo Duarte, Almeida e Popim (2015) a comunicação do diagnóstico do câncer apresenta um momento muito sofrido para o paciente, seus familiares e para

o profissional. A ocorrência da doença e seu tratamento doloroso são marcados por pequenas perdas diárias e pelo receio da possibilidade de morte.

Nesse sentido, dentro do contexto contemporâneo de adoecimento, poucas doenças são tão aversivas quanto o câncer. Considerando a evolução rápida que resulta na diminuição da sobrevivência, carrega consigo ideias negativas de sofrimento e incapacidade. Ademais, dada a natureza da enfermidade, o seu tratamento algumas vezes pode ser desgastante e doloroso (SANTOS *et al.*, 2018).

A pessoa em situação de doença grave pode sofrer pelos mais diversos motivos. Experimenta sentimentos de ameaça à integridade física, perda do controle e medo, gerados tanto pela expectativa de morte iminente quanto pela dor. Os sentimentos que vêm à tona são referentes à perda, à desesperança, à incerteza, à ansiedade e à raiva (MENDONÇA, 2019).

Segundo Oliveira, Cavalcante e Carvalho (2019), o processo de transformação inerente ao adoecimento oncológico geralmente é circunscrito por meio de algum nível de sofrimento que se relaciona também a modificações corporais acarretadas pelo câncer, incidindo significativamente no psiquismo dos pacientes oncológicos.

Dessa forma, as dificuldades que o câncer impõe ao paciente e sua família fazem com que estes procurem apoio de diversas naturezas para o enfrentamento da doença (MATTOS, BLOMER, CAMPOS e SILVÉRIO, 2016).

Reconhecer a insuficiência das diferentes especialidades e práticas de saúde em lidar com estas questões aponta para a necessidade de um diálogo transdisciplinar no cuidado com o sofrimento humano. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais consciente e justa (CHAVES e SANTOS, 2017).

Para Oliveira e Souza (2017), o profissional de saúde deve ser o instrumento para auxiliar o paciente a retomar seu sentido de vida, mesmo diante de uma doença grave. Enquanto vive no mundo, o ser humano tem, em geral, esperanças, considerando aqui que essas nem sempre se traduzem em cura, mas na expectativa de qualidade de vida, de controle da dor e de sintomas que permitam o maior nível de independência funcional possível.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada adaptada pelas autoras a partir do estudo realizado por Farinhas, Wendling e Zanon (2013).

Sobre a pesquisa qualitativa, Lima e Moreira (2015, p. 31) afirmam que “ao buscar a compreensão detalhada dos significados e características situacionais do problema ou objeto investigado, permite o aprofundamento e complexificação do fenômeno investigado”.

Em termos gerais, a pesquisa qualitativa tem a finalidade de aprofundar e compreender um determinado fato, pois não se preocupa com a representatividade numérica, possui como características, a objetivação do fenômeno e a hierarquização das ações seguindo a ordem de descrever, compreender e explicar determinado fato (MINAYO, 2012).

A pesquisa foi realizada com pacientes oncológicos, residentes em um município localizado na Zona da Mata Mineira, com uma população estimada em 14.198 habitantes e que dispõe de uma rede de serviços de saúde com quatro Unidades de Saúde da Família (USFs) e um hospital público municipal. Os tumores são responsáveis por 20% da mortalidade no município, segundo os indicadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2017).

Para a realização do estudo, previamente, foi agendada uma reunião na Secretaria de Saúde do Município, para autorização da pesquisa pela gestão de saúde. Naquele momento, foram apresentados ao gestor os objetivos, a justificativa e a relevância da pesquisa. As buscas pelos participantes ocorreram por meio de cadastros efetuados na Central de Regulação e Secretaria Municipal. O município não possui serviço para o tratamento do câncer, havendo a necessidade de se fazer o encaminhamento desses pacientes para o Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella.

Após levantamento e posterior identificação dos pacientes oncológicos, realizaram-se visitas domiciliares acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Durante a visita, foram realizados os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e o agendamento das entrevistas conforme a disponibilidade dos entrevistados. A escolha do local para a realização da entrevista ficou a critério do entrevistado, desde que o ambiente fornecesse privacidade. O tamanho da amostra ficou estabelecido pelo critério de saturação dos dados qualitativos.

As entrevistas foram realizadas em um período de 10 dias, iniciando-se no dia 01 de junho de 2020 e encerrando-se dia 10 de junho de 2020. As entrevistas foram divididas em duas etapas: a primeira um breve levantamento dos dados sociodemográficos para melhor caracterização dos entrevistados; a segunda,

mediante um roteiro semiestruturado com questões diretamente relacionadas ao objeto de estudo, a fim de compreender as experiências dos pacientes oncológicos frente aos percursos do diagnóstico e do tratamento.

A entrevista semiestruturada visa à padronização dos dados e permite maior detalhamento das respostas. Temer e Tuzo (2017) afirmam que a principal vantagem da entrevista é que os significados das palavras são esclarecidos durante a aplicação, o que minimiza as distorções nas respostas.

Participaram do estudo pacientes que estavam ou estiveram em fase de tratamento do câncer, que possuíam mais de dezoito anos de idade — independente do sexo ou gênero — apresentavam boa orientação e ausência de patologia psiquiátrica diagnosticada e, por fim, que tinham boa capacidade cognitiva. Foram excluídos da pesquisa pacientes gravemente doentes e incapazes de se expressar. Considerando o momento excepcional de pandemia da COVID-19, adotaram-se ações de prevenção de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e do município. Foram utilizados óculos, máscaras e luvas, além de haver cuidado com a higiene das mãos, observando-se, também, uma distância mínima de segurança de 1,5 metro, respeitando o distanciamento social seletivo (BRASIL, 2020).

Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e a sua 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-lhes o anonimato e autonomia em recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo.

As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra. Elas foram organizadas em categorias de análise. A discussão dos dados ocorreu mediante as questões emergentes da coleta, utilizaram-se nomes fictícios para caracterizar os entrevistados.

4. CATEGORIAS EMERGENTES DA COLETA DE DADOS

Participaram do estudo 10 pacientes oncológicos, sendo cinco do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com idade entre 43 a 88 anos. Quanto à situação conjugal, oito são casados, uma é viúva e um divorciado. O companheiro é considerado um membro especial na família, dotado de características particulares

que ultrapassam, na intimidade, todas as relações com os outros membros. O parceiro tem um papel fundamental nas diversas fases do tratamento, o paciente necessitará do seu apoio após o diagnóstico, a cirurgia e durante todo o processo de reabilitação. O companheiro, ao receber o diagnóstico, experimenta reações emocionais tão intensas quanto as do paciente e, diferentemente dele, expressa sentimentos de esperança (YOSHIMUCHI *et al.*, 2018).

Quanto aos tipos de carcinomas, foram identificados: mama, próstata, vulva, pele, leucemia, tumor na cabeça, tireoide e esôfago. Segundo Trajano *et al.*(2019), entre as mulheres, a prevalência é o câncer de mama, entre os homens, o de próstata. Quanto à mortalidade, no sexo masculino, o câncer de pulmão sobressai, e no feminino, o câncer de mama.

A análise das entrevistas do estudo possibilitou identificar temas relacionados como: diagnóstico, sofrimento, apoio, expectativas. Diante dos temas apresentados, foram traçados três pontos de inteligibilidade que agruparam-se em categorias tais como: sintomas e diagnóstico, sofrimento e enfrentamento diante o diagnóstico de câncer, sentimentos e expectativas.

Com o intuito de descrever os resultados e resguardar suas identidades, os 10 pacientes entrevistados foram identificados com nomes fictícios.

4.1 SINTOMAS E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

O câncer pode ter vários fatores, tanto internos quanto externos, tais como a hereditariedade e os fatores químicos, ambientais, biológicos e físicos. Outros fatores que podem estar ligados de forma direta ou indireta são o estilo e a qualidade de vida, a obesidade, o consumo abusivo de álcool, a exposição à radiação e a falta de atividade física. Tudo isso pode implicar no desenvolvimento do câncer (COELHO *et al.*, 2018). Assim, podem-se observar nos seguintes relatos que refletem essa proposição:

Tem muitos anos, porque eu tenho a pele muito limpa né, aonde bateu o sol, eu comecei a trabalhar com doze anos na roça, aí queimei demais né. (Terezinha, 88 anos).

AH, Remundo meu irmão morreu, foi de câncer, aquele de Barra Mansa, ele morreu foi com câncer né!? Morreu foi no figo né!? (Geraldo, 69 anos).

Já tinha o caso né? E minha irmã já tinha morrido com esse problema. (Maria 60 anos).

O descobrimento da doença ocorre devido ao grau de percepção dos sinais e sintomas, ao contato com o serviço de saúde, ao acesso a consultas médicas especializadas, às orientações e esclarecimentos obtidos dos profissionais de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015). O que é evidenciado nos seguintes relatos:

Quando comecei a mijar sangue. Deu um caroço na próstata. Aí levou pra examinar e deu isso. Deu câncer. (Sérgio, 79 anos).

Tá vendo essa feridinha aqui? Começou a feridinha assim oh. Aí eu fui no médico, a doutora me pediu mil reais, como não tinha os mil reais porque fazia a despesa da casa, aí ela lastrou toda assim. (Terezinha, 88 anos).

É porque eu tava com o pescoço bem inchado, assim, a garganta bem inchada, já não tava assim, conseguindo engolir, pra mim tomar fôlego tinha que dormi com o pescoço pra cima pra poder, se não eu engasgava. (Neide, 72 anos)

A suspeita da doença surgiu que, me deu assim bambeza, depois pegou me da dor nas pernas, falta de comida. (Domingos, 76 anos).

Os primeiros sinais e sintomas de neoplasias podem variar de acordo com a região afetada, a pressão que o tumor provoca sobre estruturas adjacentes, a atividade funcional do organismo mediante a patologia e a presença de sangramentos e infecções secundárias à doença (BATISTA, MATOS e SILVA, 2015).

No que diz respeito ao câncer, ainda se verificam como obstáculos importantes, o diagnóstico precoce bem como a iniciação ao tratamento. Isso está diretamente relacionado à maior taxa de cura da doença (HAZIN *et al.*, 2015).

No que diz respeito ao tempo decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento, observam-se os seguintes relatos:

Foi rápido, foi rápido né. O primeiro exame que eles fizeram lá, eles acharam. (Sergio, 79 anos).

Da primeira consulta até o início do tratamento, foi questão de vinte e dois dias. Me saiu uma mancha. E aquela mancha pegou a coçar aí eu corri pro ginecologista. Aí fez a biópsia, a biópsia saiu, com vinte e dois dia saiu biópsia fiz a cirurgia. Foi rápido. (Marlene, 56 anos).

Foi discutido aqui no posto de saúde. Foi rápido. Num instante ela passou pra Belo Horizonte. (Domingos, 76 anos).

Nesse âmbito, o tempo de espera é percebido como interminável para pacientes e familiares. Isso — juntamente com as dificuldades de comunicação e de falta de sensibilidade no atendimento a estes pacientes — é uma sementeira frequente de sofrimento evitável, essas e outras experiências são acompanhadas por um grande impacto emocional (MONTEIRO e LANG, 2015). Ao encontro disso, verifica-se os seguintes depoimentos:

Ah demorou, quando comecei o primeiro tratamento foi, tomei o remédio primeiro aí não resolveu. Aí tornei a volta no médico de novo, aí ele pediu pra pode fazer a cirurgia. (Geraldo, 69 anos).

Demorado. Bem tempo. Demorou muito. Agora eu faço tratamento depois que eu operei do enxerto não pegou lá em Abre Campo. (Terezinha, 88 anos).

Receber a confirmação de um diagnóstico de câncer é algo que muda a vida das pessoas que o estão vivenciando. A necessidade de realizar o tratamento oncológico e enfrentar os problemas decorrentes desse processo, alguns próprios do tratamento, outros provenientes das deficiências do sistema público de saúde, intensificam as dificuldades do paciente com câncer (BATISTA, MATOS e SILVA, 2015).

4.2 SOFRIMENTO E ENFRENTAMENTO DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

O momento mais difícil na vivência da doença é quando descobrem o diagnóstico de câncer, pois para eles é um grande choque, um misto de tristeza, de desânimo e de indignação. Nesse momento, é normal que se gere uma crise, um abalo emocional. É fundamental que o profissional, por meio da comunicação, estabeleça empatia com o paciente e facilite a expressão de seus sentimentos (MENDONÇA, 2019).

Esta categoria revela o sofrimento dos participantes, o que é evidenciado nas seguintes experiências:

Uai, acha ruim, que bão a gente não acha. Mas uai, né!? A gente fica achando que o negócio vai fechar minha guela, eu não comia né!? Na hora de cume parece que não passava, só passava mingau, só aquele mingau ralinho mesmo, não tinha jeito não. (José, 73 anos).

Nossa, eu fiquei muito triste, Deus me livre, a gente ficar com as coisas desse jeito. Eles falar que tinha que cortar a garganta da gente, o pescoço da gente, tá doido, eu fiquei muito triste e apavorada. (Neide, 72 anos).

Eu tinha era dor de cabeça constante foi dez anos aquela dor de cabeça, tomando remédio, mas eu nunca fiz um tratamento que descobrisse. (Marcio, 55 anos).

O estigma de doença incurável e o desfecho fatal vinculado ao câncer fizeram com que os participantes vivenciassem este momento como uma sentença de morte. Isso demonstra que, apesar dos avanços conquistados no diagnóstico e no tratamento, ainda persiste a crença de que o câncer é uma doença incurável, invariavelmente ligada à morte, à dor e ao sofrimento (SILVA, 2017). Observam-se os seguintes relatos:

Com muito medo também, preocupado, por causa de casos que já tinha na família. Principalmente minhas filhas com medo de me perde. (Maria, 60 anos).

Eu não quero nunca mais tratar, já que não tenho cura. (Domingos, 76 anos).

Eu achava que era ruim demais, porque a gente só espera de piorar e mais, num aguentá cume e morrer, igual Tizin moreu né!? (José, 76 anos).

Essa experiência é muito dolorosa porque as mudanças na rotina, desencadeadas pelo processo de adoecimento, podem gerar crises depressivas, insegurança, medo da morte, e gerar outras preocupações e disfunções emocionais (MATTOS, BLOMER, CAMPOS e SILVÉRIO, 2016).

A religiosidade é fator marcante entre os pacientes, como suporte para vencer com mais facilidade essas situações eles procuram em Deus respostas para suas indagações, além de procurar conforto para encarar o momento vivido. Um dos papéis da religião é proporcionar uma sensação de apoio e refúgio. O apoio é relacionado não apenas a uma prática ou crença religiosa; a espiritualidade é vista como uma forma de sustentação fundamental (CHAVES e GIL, 2015).

Destaca-se a religiosidade como um fator predominante na percepção dos participantes, isso porque, frente às dificuldades vivenciadas durante essa trajetória, os indivíduos tendem a encontrar alívio e conforto na fé, conforme apontado:

Eu espero a vontade de Deus. Espero mesmo. (Alcione, 76 anos).

Ficamos com mais fé ainda, mais confiança, sabendo que quem têm Deus, tudo dá certo. (Maria, 60 anos).

Mas o conforto da gente é Deus. Fazer o possível pra Deus ajudar na saúde da gente. (Domingos, 76 anos).

A fé, naquele momento, é um dos maiores apoios para estes pacientes. Deus passa a ser uma fonte de energia, revigorando as forças, fazendo com que a luta contra o câncer seja mais leve, mais amena, alicerçados pela fé, pela crença, pela espiritualidade, pela religiosidade, os pacientes se sentem mais seguros, mais confiantes para passar por aquela fase, sentem-se amparadas e capaz de suportar as situações que aparecem no decorrer do tratamento, pois sentem que não estão sozinhas (SANTOS *et al.*, 2017).

A rotina e os costumes da família são alterados bruscamente a partir do diagnóstico cancerígeno de algum familiar, podem afetar ou estreitar ainda mais os laços de várias formas, devido ao tratamento, hospitalizações, frequente internações, dor, sofrimento, instabilidade financeira, medos e inseguranças (NEGREIROS *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, a família é o ponto de apoio, a referência de força, confiança, amor e muitas vezes o motivo para querer vencer a doença:

Uniram mais né!? Preocupam mais né!? (Geraldo, 69 anos).

Muito preocupados e me acompanham no meu tratamento de rotina até hoje. (Marlene, 56 anos).

Ficam com tristeza doída, eles aí. Porque toda vida combinou demais. A família toda né. Meu irmão quando ficou sabendo chorou, aquele que mora perto de João Monlevade, fez até um voto a Deus. (Terezinha, 88 anos).

O apoio da família — assim como de amigos e outras pessoas que exerçam influência na vida do paciente — é essencial para ele tanto em seu tratamento quanto em sua reabilitação. Para tanto, é necessário que o familiar busque forças para apoiar o outro, ainda que seja difícil presenciar a fragilidade do parente frente à doença e ao seu tratamento. É preciso que enfrente o medo do desconhecido, para poder oferecer ao menos o estímulo que seu ente querido necessita (CUNHA, VASCONCELOS, SILVA e FREITA, 2017).

São fundamentais programas sistematicamente elaborados, implementados e avaliados que englobem e articulem informações sobre as etapas do adoecimento

pelo câncer, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, sobrevivência, progressão, fim de vida e que gerem habilidades para a tomada de decisões com consequente melhoria da qualidade de vida e alcance do bem-estar (LOPES *et al.*, 2018).

4.3 SENTIMENTOS E EXPECTATIVAS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Quando o diagnóstico do câncer é repassado para o paciente, acarreta uma explosão de sentimentos, na maioria deles, os negativos. Angústias, incertezas, tristezas, desespero e medo, estão sempre presentes, e são sempre motivos de grande surpresa. No primeiro momento, o sentimento é de não aceitação da doença, levam alguns dias para entender e assimilar tantas informações. Embora o câncer, possa ter cura, o diagnóstico causa grande impacto psicológico no paciente e na família (ZIGUER, BORTOLI e PRATES, 2016). Ao encontro disso, verificam-se os seguintes depoimentos:

Nossa, eu fiquei muito triste, Deus me livre, a gente ficar com as coisas desse jeito. Eles falar que tinha que cortar a garganta a gente, o pescoço da gente, tá doido, eu fiquei muito triste e apavorada. (Neide, 72 anos).

Preocupação né. Fica triste uai, passar por uma coisa que nunca passou, aí fica chateado. Fica bem preocupado. (Sérgio, 79 anos).

Nossa, eu fiquei sem chão, porque eu realmente não aceitava. Como eu era a primeira da família e não tinha caso nenhum, eu me perguntava porque aquilo veio pra mim. Então eu custei muito a aceitar o câncer. (Marlene, 56 anos).

Nesse sentido, além do choque e do medo, constataram-se sentimentos positivos, de força e de esperança, na perspectiva de superar a doença.

Momento de reflexão e nunca de frustração. O que eu poderia ter feito e não fiz. E se tudo acabasse bem, o que poderia estar fazendo por mim e pros outro. (Acione, 43 anos).

Fiquei assim preocupada, claro né, porque é uma doença que você não sabe se vai ter cura ou se não vai. Sempre tive desde quando descobri nunca perdi a esperança, sempre eu sabia que eu ia ser curada. (Maria, 60 anos).

O que eu senti? Não senti medo, não senti nada, eu tava iguali eu to aqui, tranquilo, sem medo sem nada. (Geraldo, 69 anos).

Os sentimentos negativos são desencadeados e agravados pelo desconhecimento do indivíduo adoecido e de sua família sobre os diferentes pontos

da rede de atenção ao paciente oncológico e a atuação de cada um deles. Pode-se compreender que os sentimentos de tristeza, desespero, medo e sentença de morte em alguns pacientes estão ausentes devido ao sentimento de aceitação perante a confirmação do diagnóstico (TESTON *et al.*, 2018).

Sobreviver ao câncer representa a escrita de um novo final. Por meio do sucesso do tratamento, o paciente aprende que é possível sobreviver e continuar levando a vida, mesmo após a descoberta tão temida do câncer. Diante das dificuldades, esses pacientes passaram a valorizar mais o que antes da doença parecia óbvio, assim, a saúde, a família e a vida ganham novos significados e estima (WAKIUCHI, MARCON, OLIVEIRA e SALES, 2019).

Nos discursos, os pacientes deixam transparecer a valorização da vida após o diagnóstico e tratamento oncológico:

Tudo muda. Vivo detalhes da vida, momentos como se fosse o último. Valorizo o sol nascendo e desprendimento material. (Alicione, 43 anos).

A vida é como uma vela, como um vento e um sopro e acaba. (Domingos, 76 anos).

Ah sim, pessoalmente assim, na minha vida, mudou tudo né, a gente teve mais fé, mais fé em deus, mais confiança. (Maria, 60 anos).

Sobre as expectativas, os pacientes oncológicos relataram suas perspectivas para o futuro:

Nada coitada de mim. Esperar o que!? Cada vez mais velha, esperar viver bem, terminar minha vida igual a gente ta né!? Só esperar viver sem sentir as coisa, num ter doença, nem nada de problema mais. O melhor pra gente é isso. (Neide, 72 anos).

Eu espero que eu teja curada para sempre né. Que eu vou toca minha vida normal. (Marlene, 56 anos).

Eu espero que Graças a Deus eu to vivendo, já tem uns cinco anos. Espero que eu continuo do jeito que eu to né!? Bem, tabaiando, Graças a Deus, tomo minha cervejinha de vez em quanto. (Geraldo, 59 anos).

Nessa direção, um bom enfrentamento do câncer deve levar em consideração a elaboração e a discussão da expectativa de vida e perspectiva de futuro. A perspectiva de futuro refere-se a estabelecer metas e fazer planos, que são ferramentas importantes para projetar desejos em diversas situações ao longo da vida (DELEVATTI, SALAZA, SCHNEIDER e CASTRO, 2018).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, mesmo com os avanços da medicina em relação à cura do câncer, sabe-se que seu diagnóstico ainda é vivido de forma temida e sendo um momento de crise do indivíduo em situação de adoecimento. Dessa forma algumas reações emocionais como medo, ansiedade e depressão são geradas em decorrência desse diagnóstico. O diagnóstico adquire um caráter trágico capaz de fazer emergir sentimentos de desesperança, depressão e ansiedade, bem como medos, principalmente relacionados à morte que se aproxima. Além disso, o diagnóstico traz à tona pensamentos que podem influenciar o estado emocional do indivíduo, principalmente por ter sido construído e reforçado ao longo da vida, tais como: o câncer é uma doença que leva a uma morte rápida e dolorida.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda; SILVA, Samara Frizzeira. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao Tratamento. **Rev. de Enferm. da UFSM**. v.5, n.3, p. 499-510, 2015.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília-DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 05.abr.2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia> Acesso em: 10 set.2020

Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2020**. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/> Acesso em: 28 mar.2020

COSTA, Diogo Timóteo. *et al.* Coping religioso/espiritual e nível de esperança em pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev. Bras. Enferm.** v.72, n.3, p.672-678, 2019.

COELHO, Aline Silva. *et al.* Predisposição hereditária ao câncer de mama e sua relação com os genes BRCA1 e BRCA2: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.50, n.1, p.17-21, 2018.

CHAVES, Lindanor Jacó; GIL, Claudia Aranha. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. v.20, n.12, p.3641- 3652, 2015.

CHAVES, Flávio da Silva; SANTOS, Francisco de Assis Souza dos. A espiritualidade e a medicina integrativa no contexto de saúde integral do ser humano. **Estudos Teológicos**. v. 57, n. 2, p. 382-400, jul./dez. 2017

DELEVATTI, Vanessa Ferreira; SALAZA, Viviane; SCHNEIDER, Tagma Marina Donelli; CASTRO, Elisa Kern de. Expectativa de vida e perspectiva de futuro em pacientes oncológicos: Revisão sistemática. **Psicol. Pesqui.** v.12, n.1, p. 15-22, 2018.

DUARTE, Anaísa Caparroz; ALMEIDA, Débora Vieira de; POPIM, Regina Célia. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. **Comunicação Saúde Educação**. v.19, n.55, p.1207-1219, 2015.

FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; ZANON, Letícia Lovato Dellazzana. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando Famílias**, v.17, n.2, p.111-129, 2013.

FELIPPU, André Wady Debes. *et al.* Impacto da demora no diagnóstico e tratamento no câncer de cabeça e pescoço. **Braz J Otorhinolaryngol.** v.82, n.2, p.140-143. São Paulo, mar. 2016.

HAZIN, Izabel. Desempenho Intelectual Pós Tratamento de Câncer: Um Estudo com Crianças. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.28, n.3, p. 565-573, 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/rio-casca/panorama> Acesso 08.abr.2020.

Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2020**. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/> Acesso em: 28.mar.2020

KARKOW, Michele Carvalho. *et al.* Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 19, n.3, p. 747-751, jul.-set. 2015.

LIMA, Maria do Socorro Bezerra; MOREIRA, Lima Érika Vanessa. A pesquisa qualitativa em geografia. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente. v.2, n.37, p.27-55, ago./dez. 2015.

LOPES, Julia Viana Lopes. Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes. *Rev. Bras. Enferm.* v.71, n.6. Brasília nov./dez. 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081> Acesso em: 10.set.2020

MENDONÇA, Ângelo Braga. **O sofrimento e Espiritualidade de Pacientes com Câncer em Tratamento Quimioterápico**: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Dimensão Espiritual. Orientadora: Eliane Ramos Pereira, Niterói, 2019. 396 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

MATTOS, Karine; BLOMER, Thatiane Hilman; CAMPOS, Ana Carolina Brunatto Falchetti, SILVÉRIO, Maria Regina. Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. **Rev. Psicol. Saúde**.v.8, n.1, p.1-6 jan./jun. 2016.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**. v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MONTEIRO, Suelen; LANG, Camila Scheifler. Acompanhamento psicológico ao cuidador familiar de paciente oncológico. **Psicologia Argumento**. v.33, n.83, p. 483-495, 2015.

NASCIMENTO, Fabianne Borges do; PITTA, Naira Galdino da Rocha; RÉGO REGO Moacyr Jesus Barreto de Melo. Análise dos principais métodos de diagnóstico de câncer de mama como propulsores no processo inovativo. **Arquivo Médico**. v.29, n.6, p.153-159, 2015.

NEGREIROS. Rosângela Vidal de. *et al.* A importância do apoio familiar para efetividade no tratamento do câncer infantil: uma vivência hospitalar. **RSC**. v.6, n1, p. 57-64, 2017.

OLIVEIRA, Max Moura de. *et al.* Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira Epidemiológica**, v.18, Supl. 2, p.146-157, dez. 2015.

OLIVEIRA, Tatiane Ribeiro de; SOUZA, Juciléia Rezende. Avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico e tratamento do câncer na vida de familiares cuidadores de pacientes em regime de internação hospitalar. **Tempus, actas de saúde colet**, v. 11, n. 1, p. 215-227, 2017.

OLIVEIRA, Joely Maria de; REIS, Juliana Benevenuto; SILVA, Rondinele Amaral da. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. **Rev.Enferm. UFPE**. v.12, n.4, p.938-946, abr. 2018.

OLIVEIRA, Dhiene Santana Araújo; CAVALCANTE, Luciana Suelly Barros;

CARVALHO, Ricardo Tavares de. Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. **Psicol. cienc. prof**, v.39, p.1-13, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pp-39-e176879.pdf> Acesso em: 05.abr.2020.

PAIVA, Christiano José Kühn de; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.61, n. 1, p.23-30, 2015.

PEDRAZA, Henry Mauricio Puerto; COLLAZOS, Gamba. A comunicação do diagnóstico do câncer como prática saudável para pacientes e profissionais de saúde. **Rev. Cuid.** v. 6, n.1, p. 964-969, 2015.

RIBEIRO, Sandê de Lima. *et al.* Incidentes críticos experiência dos no tratamento da doença oncológica. **Revista Enfermagem. Cent. Oeste Min.**, v.5, n.3, p.1805-1819, dez. 2015.

SANTOS, Raul de Paiva Santos. *et al.* Fatores contextuais da comunicação do diagnóstico de câncer no processo de finitude e morte. **Enfermagem Brasil**. v.17, n.2, p.134-140, 2018.

SANTOS, Izabel Dayana de Lemos. *et al.* Câncer de mama: o apoio recebido no enfrentamento da doença. **Rev. Enferm. UFPE**, v.11, Supl. 8, p.3222- 3227, 2017.

SOUZA, Camila Brandão. *et al.* Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3805-3816, 2015.

TESTON, Elen Ferraz. *et al.* Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. **Escola Ana Nery Revista Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1-8, 2018.

TEMER, Ana Carolina Rocha Pessôa; TUZZ, Simone Antoniaci. A entrevista como método de pesquisa qualitativa: uma Leitura. Crítica das memórias dos jornalistas. v. 3, p.459-468, 2017. Disponível em:

<https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1419/1376>

Acesso em: 10.set.2020

TRAJANO, Lorena Alves. *et al.* Conhecimento dos médicos da atenção primária à saúde sobre rastreamento de câncer. **SANARE- Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, p. 1-14, 2019

WAKIUCHI, Julia; MARCON, Sonia Silva; OLIVEIRA, Denise Cristina; SALES, Catarina Aparecida. Reconstruindo a subjetividade a partir da experiência do câncer e seu tratamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n.1, p.125-33, 2019.

YOSHIMUCHI, Leonardo Toshiaki Borges. *et al.* A experiência do companheiro da mulher com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52 p. 125-133, 2018.

ZIGUER, Maria; BORTOLI, Cleunir; PRATES, Lisie. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Saúde Pública do Paraná** v.17, n. 1, p. 107-112, 2016.

ANEXO I- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
 SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
 CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

Título da Pesquisa: O paciente com câncer: experiências de vida após o diagnóstico

Pesquisadoras: Claudiana da Conceição Ozório e Lúcia de Oliveira Barros

Orientadora: Ana Paula Coelho Marcolino

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ENTREVISTA

Adaptado do questionário de Farinhas, Wendling e Zanon (2013)

Nome: _____

LEVANTAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade: _____
2. Estado Civil: ()Solteiro(a) ()Casado(a) ()Viúvo(a) ()Divorciado(a)
3. Escolaridade: _____
4. Possui alguma religião? () Não () Sim. Se sim, qual? _____
5. Filhos _____
6. Atividade laboral: _____
7. Tipo de câncer: _____
8. Tempo decorrido entre a primeira consulta e o início do tratamento _____

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

9. Há histórico de câncer na sua família?
10. Quando surgiram as suspeitas sobre o câncer?
11. Como você teve conhecimento do seu câncer?
12. O que você sentiu quando soube do diagnóstico?
13. Como você viveu o período entre os sintomas até o diagnóstico?
14. Quais sentimentos surgiram a partir da experiência com o tratamento?
15. Como você tem enfrentado a doença?
16. Como sua família reagiu?
17. O que mudou na sua vida depois do diagnóstico e também do tratamento?
18. E o que mudou na vida da sua família depois do diagnóstico e também do tratamento?
19. Quais as suas expectativas de futuro?

Adaptado pelas pesquisadoras do estudo.

ANEXO II-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“O paciente com câncer: experiências de vida após o diagnóstico”**. Nesta pesquisa pretendemos compreender as experiências de pacientes oncológicos frente ao diagnóstico e tratamento. O estudo proposto justifica-se como oportunidade de discussão com vistas a ressaltar a importância da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente desde o diagnóstico, facilitando a compreensão sobre o câncer tornando o processo brando e garantindo que as ações realizadas auxiliem o paciente oncológico e sua família no enfrentamento da doença.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada e breve levantamento sócio demográfico para caracterização dos participantes. A discussão dos dados se dará mediante as questões emergentes da coleta, utilizaremos nomes fictícios para caracterizar os entrevistados e assim resguardar sua imagem.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em causar constrangimentos mediante aos questionamentos elencados no questionário. Eles serão minimizados a partir de uma entrevista-piloto com 3 indivíduos não participantes da pesquisa, a fim de identificar possíveis potenciais de constrangimentos e minimizá-los. Este estudo contribuirá para conscientização da importância da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente desde o diagnóstico, facilitando a compreensão sobre o câncer tornando o processo brando e garantindo que as ações realizadas auxiliem o paciente oncológico e sua família no enfrentamento da doença.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o(a) Sr.(a) terá assegurado o direito à indenização. O(A) Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao(a) Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para

fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “**O paciente com câncer: experiências de vida após o diagnóstico**” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Paula Coelho Marcolino

Endereço: Rua Miguel Monteiro

Telefone: (031)98308-5828

E-mail: anapawlamarcolino@outlook.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO III- AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CASCA
Estado de Minas Gerais

AUTORIZAÇÃO

Eu, Maria do Carmo Polesca Teixeira, na qualidade de Secretária de Saúde do Município de Rio Casca -MG, autorizo o acesso aos dados dos usuários do serviço desta instituição por meio de cadastros efetuados na Central de Regulação e Secretaria Municipal para realização da pesquisa intitulada "O paciente com câncer: experiências de vida após o diagnóstico", a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Ana Paula Coelho Marcolino, Claudiana da Conceição Ozório e Lúcia de Oliveira Barros. Esta autorização só é válida se houver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Rio Casca, 14 de maio de 2020


Maria do Carmo Polesca Teixeira
Secretaria Municipal de Saúde
12.858.524/001-88
Rua Dr. Manoel Costa Martins Teixeira 163
CENTRO - CEP: 35.370-000 - RIO CASCA - MG

Secretária de Saúde

AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA DA DESINFECÇÃO DE COLCHÕES DE UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO DA ZONA DA MATA MINEIRA.

ACADÊMICO: Crísthian Mardem Netto

ORIENTADOR: Profa. D.Sc. Leandro Silva de Araújo.

LINHA DE PESQUISA: Controle de infecção em estabelecimento de saúde.

RESUMO

O *Staphylococcus aureus* é considerado um grande causador de doenças, mesmo fazendo parte da microbiota da maioria das pessoas, tendo maior incidência em profissionais que trabalham em hospitais. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a contagem de aeróbios mesófilos e detecção de *Staphylococcus aureus* no colchão antes e após o processo de desinfecção terminal em uma Unidade de atendimento da Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. As amostras coletadas foram analisadas no Laboratório de Microbiologia do Hospital Veterinário Gardingo, em Matipó – MG. Foram avaliadas 24 amostras nas quais verificou-se presença de bactérias em 10 delas, 7 destas antes da desinfecção. Constatou-se, ainda, a presença de *Staphylococcus aureus* em 2 amostras de colchões antes da desinfecção. Os resultados demonstraram efetividade do método de desinfecção nas superfícies estudadas.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Hospitalar; Desinfecção; Contaminação de Equipamentos; Controle; Leito Hospitalar

1. INTRODUÇÃO:

Infecção hospitalar (IH) refere-se ao processo infeccioso adquirido após a internação do paciente ou a realização de procedimentos hospitalares, cujas manifestações podem apresentar-se no período em que o paciente está no ambiente hospitalar ou após sua liberação (DUTRA *et al.*, 2015).

As Infecções Resultantes da Assistência à Saúde (IRAS) são englobadas dentro do problema de saúde pública mundial, pois podem potencializar o sofrimento por intermédio do aumento das taxas de morbimortalidade, tempo de internação, gastos com o tratamento e ameaça à segurança dos pacientes e dos profissionais da saúde (FREITAS *et al.*, 2019). Segundo Brasil (2016), o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) tem o intuito de reduzir a incidência de infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em serviços de saúde, em âmbito nacional, tendo essa proposta como objetivo geral.

Para Cruz, Santos e Souza (2017) as IRAS — sobretudo as oriundas do ambiente hospitalar — devem ser combatidas por meio de medidas preventivas indicadas para desinfecção dos ambientes e prevenção das enfermidades infecciosas.

Dentre os principais causadores de infecções hospitalares, encontram-se os procedimentos invasivos, a falta de desinfecção adequada dos espaços e a resistência bacteriana aos antimicrobianos, sendo estes considerados alarmantes problemas de saúde pública (SILVA, CARREIRO e GOMES, 2016).

Silva, Carreiro e Gomes (2016) elucidam que o monitoramento e o controle microbiológico deveriam ser uma regra estabelecida nos ambientes hospitalares, sobretudo dos elementos e superfícies que compõe a unidade que o paciente ocupa e a detecção de riscos para pacientes e profissionais desse espaço. Um ambiente hospitalar bem cuidado não é apenas sinônimo de bem-estar, mas, acima de tudo, de segurança, pois pode resultar na redução do número de microrganismos patogênicos existentes (CARNEIRO e ANDRADE, 2015).

O *Staphylococcus aureus* é considerado um grande causador de doenças, mesmo fazendo parte da microbiota da maioria das pessoas, tendo maior incidência em profissionais que trabalham em hospitais. Ele pode ser encontrado em partes do corpo humano como mãos e cavidades nasais, podendo causar diversas infecções como pneumonias, septicemias e endocardites, além de poder colonizar feridas cirúrgicas, saídas de dispositivos e escaras (LIMA *et al.*, 2015).

Para Batalha e Melleiro (2015), a segurança do paciente está ligada à redução de riscos de danos desnecessários acompanhada de cuidados necessários à sua saúde. Vários estudos já publicados avaliaram a qualidade da desinfecção de objetos semicríticos em instituições hospitalares, demonstrando grande variabilidade na eficácia dos métodos adotados. Dessa forma, é importante realizar esse tipo de avaliação para minimizar os riscos de infecções em hospitais da Zona da Mata Mineira, onde nenhuma avaliação como esta fora publicada.

Assim sendo, o presente estudo traz como questionamento: O método de desinfecção realizado por profissionais em uma unidade hospitalar de enfermaria tem realmente apresentado eficácia na redução da carga microbiana nos colchões? Diante o exposto, a pesquisa tem como objetivo avaliar a presença de *Staphylococcus aureus* no colchão antes e após o processo de desinfecção terminal em uma Unidade de atendimento da Zona da Mata Mineira.

Pretende-se, então, com este trabalho, contribuir para a segurança dos pacientes no ambiente hospitalar e para a conscientização dos profissionais da área da saúde sobre a importância da assepsia dos colchões antes da admissão do paciente no leito e após sua alta.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Infecções hospitalares

A infecção hospitalar resulta da entrada do paciente no hospital e emerge, no período da internação, até a sua alta. Considerando que as infecções não se restringem ao ambiente hospitalar, a nomenclatura *Infecção Adquirida em Serviços de Saúde* tem sido mais empregada e adequada (MENEGUETI, CANINI, RODRIGUES e LAUS, 2015).

Uma das primeiras citações referentes à infecção hospitalar é destinada ao médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis por volta de 1847, chamado de “pai da infecção hospitalar”. Na ocasião, foi formulada a hipótese de que a febre puerperal era proveniente da contaminação de gestantes por fragmentos cadavéricos inoculadas durante exames ginecológicos vindos das mãos de profissionais da medicina após terem feito autópsias (SILVA, 2017).

Na Idade Média, já havia relatos da transmissão de doenças. Já no período do Renascimento (1300-1650), imagens e representações sobre doenças começaram a serem disseminadas. A evolução de estudos no campo da microbiologia sugeriu novas vertentes, sendo que, em 1860, Joseph Lister, apontou formas destinadas a manter as incisões cirúrgicas desprovidas de contaminação por microrganismos (VERLI e GONÇALVES, 2019).

Silva (2017) afirma que Florence Nightingale — uma profissional da saúde atuante na guerra da Crimeia em 1854 — compartilhou relatos referentes à infecção hospitalar, destacando que os índices de mortalidade dos pacientes estavam mais atrelados à contaminação por falta de cuidados higiênicos do que propriamente por ferimentos decorrentes da guerra. Florence destacava a necessidade de ventilação, limpeza, sistemas de esgotos eficazes nos ambientes domésticos e hospitalares.

O debate sobre a infecção hospitalar é uma construção histórica. As instituições hospitalares pioneiras emergiram em meio a condições mínimas de higiene

desconhecendo a rede de transmissibilidade das doenças e do seu impacto na saúde (MONTEIRO e PEDROZA, 2015).

A identificação das infecções hospitalares emerge no momento em que pacientes hospitalizados passam a ter contato com a transmissão de agentes infecciosos. Essas infecções — produtos de condições precárias dos hospitais — têm intenso destaque na década de 1950. A maioria das infecções decorrentes do desequilíbrio entre a microbiota humana normal e mecanismos de defesa do hospedeiro, sendo devido à própria patologia de pacientes ou de procedimentos invasivos (MOURA *et al.* 2018).

A estruturação e organização hospitalar trouxe consigo complexidades como a infecção hospitalar, que se configurou como problema de ordem pública mundial, intensificando a mortalidade e aumentando despesas hospitalares, devido à demanda por procedimentos mais seguros e confiáveis (SANTOS *et al.* 2016).

2.1.1 Dados epidemiológicos sobre infecções hospitalares

Averiguando a literatura científica, observa-se que centenas de milhões de pacientes são atingidos pelas IRAS anualmente, resultando em mortalidades significativas e desgastes financeiros para os sistemas de saúde. Com base nos números, verifica-se que a cada 100 pacientes hospitalizados 7 em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento poderão adquirir ao menos uma IRAS (BRASIL, 2016).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), 25% das mortes que ocorrem no mundo são frutos de infecções. (BASSO, PULCINELLI, AQUINO e SANTOS, 2016). No Brasil, dados epidemiológicos atestam que os índices de IH mantêm-se altos, 15,5%, causando conseqüentemente 1,18 episódios de infecção por paciente internado com IH em instituições de saúde brasileiras (SOUZA, OLIVEIRA e MOURA, 2016).

Temos ainda pouca documentação de dados oriundos sobre IRAS no Brasil. Considerando que o número de informações disponibilizadas por hospitais mostra-se ainda baixo, esse cenário dificulta a percepção da extensão desse problema no país. O Ministério da Saúde averiguou a abrangência das infecções hospitalares em 99 hospitais terciários presentes em capitais brasileiras e ligados ao Sistema Único de

Saúde (SUS) constatando uma margem de IRAS de 13% entre pacientes hospitalizados (SOUZA *et al.*, 2015).

Tais infecções são constantes e significativas por sua periodicidade, mortalidade e morbidade. As infecções hospitalares mais frequentes são as do trato urinário (40,8% a 42%), pneumonia (11 a 32,9%), as do sítio cirúrgico (8% a 24%) e sepses (5% a 9,2%) (FREIRE, 2019).

2.1.2 Infecções relacionadas à assistência à saúde

O termo IRAS – infecção relacionada à assistência à saúde - refere-se às infecções advindas da permanência hospitalar após as primeiras 72 horas de internação ou após 72 horas de alta do paciente (SANTOS, ALMEIDA NETO e FREITAS, 2016)

Os quadros infecciosos relacionados à assistência à saúde mais comuns em Unidades de tratamento intensivo (UTIs) são: sistema respiratório (pneumonias), acompanhados por sistema circulatório (infecções da corrente sanguínea), sistema urinário (infecções do trato urinário) e infecções de sítio cirúrgico (SIMONETTO, BRITES, PAIM e ZANANDRÉA, 2017).

O ambiente atua na transmissão de microrganismos, sobretudo os multirresistentes, em que a contaminação de superfícies inanimadas são potenciais reservatórios de microrganismos. Os equipamentos e as superfícies de áreas hospitalares desempenham um papel na disseminação de IRAS, como reservatórios secundários, capazes de promover contaminação cruzada (CAETANO, 2018).

As IRAS podem se intensificar devido a fatores internos e externos, como avanço na idade, déficit imunológicos, estado nutricional, diabetes, tabagismo, período de internação, características geralmente presentes em centros de unidades de terapia intensiva (SANTOS, ALMEIDA NETO e FREITAS, 2016).

Destacamos, ainda, que a dificuldade na relação entre microrganismo e uma devida doença pode ocasionar um diagnóstico tardio, podendo gerar dúvidas diagnósticas e levar ao emprego de terapias errôneas, resultando na empregabilidade errada de medicamentos (BASSO, PULCINELLI, AQUINO e SANTOS, 2016).

Um cenário preocupante para a área médica é a resistência bacteriana aos antimicrobianos decorrentes de mecanismos genéticos e pela consequente seleção de cepas resistentes. Essa situação pode ser intensificada pelo uso excessivo de

antibióticos. Dessa forma, essa resistência pode ocasionar infecções complexas cooperando para a proliferação bacteriana (BORDIGNON e LIMA, 2017).

2.2. Principais microrganismos causadores de infecções hospitalares

As IRAS podem ser causadas por diferentes tipos de vírus, fungos e bactérias. Esses microrganismos podem ser contraídos na realização de atendimentos à saúde, tratamentos e por outros meios, sejam eles no período de internação em instituições de saúde ou no próprio atendimento residencial (OLIVEIRA, SALGES e PALOS, 2017).

Caetano (2018) salienta que é possível observar o aumento do crescimento do número das infecções causadas por fungos, aumentando sua importância para as instituições de saúde devido à elevação dos números de morbidade e mortalidade. Ainda que haja identificação de espécies de fungos diferentes, os principais as principais causadoras de infecções são as *Aspergillus fumigatus* e *Candida albicans*.

As bactérias apresentam 95% dos casos de infecções hospitalares (IH) entre os outros tipos de microrganismos causadores de IH, com uma taxa considerável delas resistentes a antimicrobianos, podendo ser chamados de microrganismos resistentes (SIMONETTO, BRITES, PAIM e ZANANDRÉA, 2017).

Entre os microrganismos presentes nas áreas hospitalares, uma classe extremamente importante são os multirresistentes — que desenvolvem resistência à ação de diversos tipos de agentes antimicrobianos—, bactérias que levam grande risco de infecções em sítios cirúrgicos, representando um grande perigo à saúde pública, pois muitos desses microrganismos, mesmo isolados, podem se adaptar e causar infecções em seres humanos (MOREIRA, SOUZA, PAULA e STELLA, 2018).

Em diferentes instituições hospitalares e em seus variados setores, encontram-se bactérias que podem levar às infecções hospitalares, sendo algumas mais frequentes (CORREA *et al.* 2018). De acordo com Cardoso e Reis (2016), as bactérias Gram-negativas são causadoras de infecções hospitalares identificadas em (54,8%) dos casos avaliados, logo após aparecem as bactérias Gram-positivas em (23,8%) e as leveduras se apresentam em (21,4%) dos casos. Sendo as Gram-negativas, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* que são espécies não fermentadoras de glicose mais encontradas em amostras colhidas de pacientes hospitalizados.

Dentre as bactérias, o gênero *Staphylococcus* apresenta cerca de 30 espécies, nas amostras biológicas humanas, 17 delas são mais comuns que são *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus* e *Staphylococcus epidermidis*. Geralmente essas espécies citadas são pertencentes à microbiota da pele humana normal e em outras áreas do corpo humano como o intestino, garganta e as fossas nasais. Por estar relacionada a diversas infecções hospitalares, a espécie *S. aureus* é a de maior interesse clínico nas investigações dessas infecções (OLIVEIRA e NASCIMENTO, 2016).

2.3. Desinfecção hospitalar

Os métodos preconizados para controlar as contaminações das superfícies de contato são importantes meios para prevenir a ação e a transmissão de microrganismos causadores de doenças. Uma maneira de diminuir a contaminação por veiculação antrópica é a utilização de antimicrobianos e controladores de crescimento de ação rápida e sem agressividade ao ambiente (VOLKART, SPAGIARI e BIZANI, 2017).

O processo de limpeza consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes). Cabe destacar que a limpeza mecânica associada ao uso de detergentes elimina 80% dos microrganismos presentes em superfícies. Já os desinfetantes — considerando desinfecção como um processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existentes em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos (saneantes) ou físicos — eliminam cerca de 90% a 95% dos microrganismos (NASCIMENTO, 2018).

A limpeza concorrente é aquela realizada diariamente em todas as unidades hospitalares com finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário e recolher os resíduos. Já a limpeza terminal é mais completa e inclui todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas dos quartos e é realizada após a alta hospitalar, transferências, óbitos ou nas internações de longa duração. As limpezas ou desinfecções programadas são realizadas no período máximo de quinze dias em áreas críticas, e de 30 dias em áreas semicríticas e não críticas (BARCELOS, 2016).

Barbosa *et al.* (2018), após uma revisão literária realizada sobre contaminação de superfícies em hospitais, descreveram 19 superfícies, como botões da bomba de infusão, aparelhos de ar-condicionado, estetoscópios, esfigmomômetros e colchões, como superfícies de maior contaminação. De 10 substâncias desinfetantes utilizadas no processo de desinfecção dessas superfícies, o álcool 70% apresentou maior eficiência, sendo o *Staphylococcus aureus* o microrganismo mais encontrado nos estudos.

Araújo, Melo e Fortuna (2019) definem desinfetantes como produtos destinados a destruir, indiscriminada ou seletivamente, microrganismos, quando aplicados em objetos inanimados ou ambientes. Dentre as soluções desinfetantes, o álcool 70% se mostrou mais eficiente para realização da desinfecção, o microrganismo mais estudado e encontrado foi *S. aureus* (BARBOSA *et al.* 2018).

Um dos álcoois mais utilizados é o etanol (etílico). A concentração ótima de etanol recomendada é 70%, porém concentrações entre 60 e 95% também parecem destruir microrganismos. O etanol puro é menos efetivo que soluções aquosas (etanol misturado com água), pois a desnaturação requer água (ARAUJO, MELO e FORTUNA, 2019).

Em relação à disponibilidade, propriedades dos desinfetantes e desvantagens no seu uso, o álcool a 70% é o mais disponível no mercado, principalmente pelo seu baixo custo quando comparado a outros produtos, sendo considerado o mais acessível pela ação germicida e menor toxicidade, entretanto pode danificar plástico e borracha (FREITAS *et al.* 2019).

2.4. Resistência a antimicrobianos

Entre o enorme grupo de bactérias podemos encontrar aquelas que apresentam sensibilidade a antibióticos e outras que têm resistência a eles. A resistência se dá nas bactérias que crescem *in vitro* mesmo na presença de antibióticos, e as bactérias sensíveis apresentam o seu crescimento retardado na presença de antibióticos (CARVALHO, 2017).

Segundo Ortega (2019), a definição de resistência bactéria pode ocorrer pela capacidade de uma cepa bacteriana apresentar resistência a certo antibiótico, sendo medida pela presença de mecanismos de resistência molecular como a hidrólise enzimática, modificação no sítio de ação e transtornos de permeabilidade.

Gonçalves, Aransiola e Bardal (2016) relatam que ocorre a resistência bacteriana quando elas desenvolvem a capacidade de se defender dos efeitos dos antibióticos, podendo acarretar graves complicações à saúde do indivíduo afetado por esses microrganismos.

3. METODOLOGIA

Este estudo é descritivo-exploratório com abordagem quantitativa adaptado de Ferreira *et.al.* (2015). Foi realizado em um Hospital Filantrópico de pequeno porte, que atende a pacientes de pequena e média complexibilidade de todas faixas etárias, tendo disponível 63 leitos com uma média de 10 internações diárias. A instituição localiza-se na Zona da Mata Mineira e o estudo ocorreu nos meses de abril a maio de 2020 após autorização por escrito das instâncias administrativas (Anexo 1). Para a pesquisa, foram coletadas as amostras em colchões do referido hospital. Os procedimentos realizados estão descritos abaixo, adaptados do proposto por Viana (2014).

3.1. Coleta das amostras dos colchões

Para realização da coleta, foram tomados todos os devidos cuidados, respeitando as medidas de prevenção contra a COVID-19, tais como a utilização de luvas estéreis para coleta, jaleco, máscara de proteção, *swabs* estéreis e acatando as regras do distanciamento social, coletando o material sozinho e sendo supervisionado a uma distância segura pelo enfermeiro responsável pelo setor durante o processo da coleta.

Foram coletadas amostras de 4 colchões do setor da Enfermaria, com as seguintes dimensões: 1,85x85cm em formato retangular e confeccionados em espuma de poliuretano. Os colchões para coleta foram definidos segundo a conveniência.

Cada colchão foi dividido em três áreas (superior, média e inferior) e de cada área foram coletadas 1 amostra. Em seguida, cada colchão passou pelo processo de limpeza e desinfecção adotado na instituição. O protocolo estabelecido é realizar a fricção das superfícies diretamente com compressas de algodão a 100%, umedecido em álcool etílico hidratado 70% (p/v), executando três fricções por minuto, no mínimo

15 segundos. A rotina de limpeza e desinfecção das superfícies pesquisadas é realizada pela equipe de enfermagem e de limpeza da instituição, uma vez ao dia, no início do plantão matutino. Considerando que as avaliações foram executadas no período da manhã, isso significa que as superfícies, provavelmente, ficaram aproximadamente 24 horas sem serem limpas/desinfetadas.

Após 10 minutos do processo de limpeza e desinfecção, foram colhidas amostras dos mesmos locais anteriores ao processo. Assim, para cada colchão, foram coletadas 3 amostras antes da limpeza e 3 após. Para coleta dos microrganismos, foram utilizados *Swabs* estéreis, inicialmente mergulhados no líquido (salina a 0,85%) e, em seguida, pressionados de ambos os lados nas paredes do recipiente, algumas vezes eliminando bolhas de ar presas na cabeça do *Swabs*.

Então o *Swab* foi retirado do líquido (salina a 0,85%) e pressionado novamente nas bordas do recipiente, desta vez para eliminar o excesso de líquido; assim garantimos que a cabeça do *Swab* estaria úmida e não saturada de líquido.

Um gabarito (esterilizado) com abertura de 10cm x 10cm foi usado para que se obtivessem amostragens padronizadas de cada superfície a ser analisada. Movimentos padronizados do *Swab* na área determinada no gabarito garantiram que se obtivesse uma coleta uniforme de amostra para análise, sendo o swab 1 coletado em movimentos horizontais, da esquerda para direita, e o swab 2 coletado em movimentos verticais, de cima para baixo. Cada swab foi passado 10 vezes na abertura do gabarito e posteriormente depositado em um recipiente apropriado e rotulado.

Os *Swabs* foram armazenados em tubos estéreis com 1 mL de salina 0,85%, identificados com: data, horário, área (superior, média e inferior). Também foi identificado o momento da coleta em antes da lavagem (AL) e depois da lavagem (DL). As amostras foram acondicionadas em caixa de isopor contendo gelo, mantidas a uma temperatura média de (4 a 8°C) e transportadas ao Laboratório de Microbiologia do Hospital Veterinário Gardingo, em Matipó - MG. No laboratório, as amostras foram transferidas imediatamente para o meio Baird Parker e incubadas para crescimento microbiológico como citado abaixo.

3.2. Avaliação microbiológica

Cada amostra foi agitada 10 vezes e então transferida alíquotas de 0,1mL para a superfície do meio Baird Parker, semeado com o auxílio de uma alça de Drigalsky. Após a secagem, as placas foram incubadas a 37°C por 48h. As colônias típicas foram coradas pela técnica de coloração de Gram e submetidas aos testes de DNase.

Com a finalidade de padronizar a leitura das placas, foram estabelecidas as seguintes denominações: (1) ausência: placa sem crescimento de colônias; (2) contável: placa com crescimento de até 150 colônias; (3) incontável: placa com crescimento com mais de 150 colônias.

3.3. Teste de sensibilidade antimicrobiana

As placas que apresentaram crescimento foram submetidas à teste de sensibilidade antimicrobiana. O método empregado foi o disco de difusão e a avaliação do diâmetro dos halos de inibição sendo realizada por meio da referência *Internacional Clinical and Laboratory Standards Institute – CLSI (2005)*.

Primeiramente, 3 a 5 colônias provenientes das placas teste foram diluídas em solução (salina 0,85%) até que apresentaram turbidez equivalente ao tubo 5 da Escala *McFarland*. A seguir, foi realizada a imersão de um *Swab* na suspensão bacteriana e distribuído na placa com ágar *Muller Hinton*, passando por toda a superfície da placa por 3 vezes em sentidos diferentes. Posteriormente, com auxílio de uma pinça, foi depositado o disco teste de Penicilina na superfície do ágar. As placas foram incubadas e levadas à estufa a 37°C e, após 24 horas, foi possível verificar o padrão dos halos de inibição ao redor dos discos.

Os critérios para interpretação do diâmetro halos de inibição serão conforme CLSI M100-S15 (2005) baseia-se em: sensível, intermediária e resistente.

3.4. Avaliação dos resultados

Na análise exploratória, foi calculada a média das unidades formadoras de colônias (UFCs) nos dois momentos (antes e depois da desinfecção), considerando as posições superiores, médias e inferiores dos colchões. Os dados serão

apresentados em forma de tabela com os resultados obtidos em cada teste separadamente e apresentados em texto as porcentagens obtidas nos resultados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise permitiu identificar o crescimento bacteriano em 10 das 24 amostras avaliadas, sendo 29,17% identificadas em amostras coletadas antes da limpeza e 12,50% após a limpeza e desinfecção.

Com relação às amostras que obtiveram contagem de colônias antes da higienização, verificou-se, em 42,85% destas, presença de colônias após a desinfecção dos colchões. Entretanto, houve redução do número de colônias, após a limpeza, em 28,57% das amostras. Em 14,29% das amostras colhidas antes da limpeza, foi verificado, após a desinfecção, um número maior de colônias.

A redução no número de colônias pode indicar efetividade no processo de desinfecção do local, o que corrobora o estudo de Mahl e Rossi (2017) o qual verificou, após a limpeza, uma redução significativa no número de bactérias que haviam sido encontradas antes da desinfecção dos colchões.

Paina *et al.* (2015) salientam que o enfermeiro, como membro integrante obrigatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), deve realizar a educação e capacitação da equipe quanto aos procedimentos de limpeza e desinfecção, melhorando, assim, a qualidade da assistência. Ainda segundo os autores, a falta de conhecimento dos profissionais para trabalhar em ambiente insalubre pode potencializar o risco ocupacional desses colaboradores.

Bactérias do gênero *Staphylococcus* sp. são bactérias em formas de esferas (cocos). Essas bactérias gram-positivas geralmente são divididas em coagulase negativa e positiva, sendo que esta última se divide em quatro espécies: *S. aureus*, *S. intermedius*, *S. hycuse* e *S. delphinie*, as quais podem ser diferenciadas com base em provas bioquímicas e biologia molecular (COSTA, 2018). Dentre as amostras que apresentaram crescimento, 6 apresentaram a morfologia correspondente à esperada para bactérias do gênero *Staphylococcus*; as demais apresentaram-se como bacilos gram-positivos (Tabela 1).

A confirmação do gênero bacteriano, foi realizado pelo teste de catalase, cujo conceito é definido como método com função de diferenciar dois gêneros de importância clínica, sendo bastante utilizado na diferenciação entre as bactérias em

formas de cocos, bem como *Staphylococcus sp.* dos *Streptococcus sp.* Para a família *Staphylococcaceae* (estafilococos), geralmente a prova de catalase é positiva, enquanto que para a família *Streptococcaceae* (estreptococos) é negativa (SILVA, CARREIRO e GOMES, 2016). Ao teste de catalase, observou-se resultado positivo em 5 das 6 amostras com morfologia característica, ou seja, foi identificada a presença de *Staphylococcus sp.* em metade das amostras com crescimento, sendo estas de coletas antes da limpeza.

Tabela 1: Colônias encontradas nas amostras de colchões e resultados dos testes realizados

Amostras coletadas	UFC/ml	Coloração de Gram	Catalase	Dnase	Antibiograma
1 A. AL	-				
1 B. AL	630	Cocos Gram+	Positivo	Negativo	Amo= R ; Cli= S .
1 C. AL	4	Bacilos Gram+	Negativo		
1 A. DL	-				
1 B. DL	-				
1 C. DL	-				
2 A. AL	-				
2 B. AL	1330	Bacilos Gram+	Positivo		
2 C. AL	50	Bacilos Gram+	Positivo		
2 A. DL	-				
2 B. DL	-				
2 C. DL	-				
3 A. AL	70	Bacilo Gram +	Negativo		
3 B. AL	2730	Cocos Gram+	Positivo	Positivo	Amo= R ; Cli= S
3 C. AL	930	Cocos Gram+	Positivo	Positivo	Amo= R ; Cli= I
3 A. DL	460	Cocos Gram+	Negativo	Negativo	Amo= R ; Cli= S
3 B. DL	270	Cocos Gram+	Negativo	Negativo	Amo= S ; Cli= S
3 C. DL	820	Cocos Gram+	Negativo	Negativo	Amo= I ; Cli= S
4 A. AL	-				
4 B. AL	-				
4 C. AL	-				
4 A. DL	-				
4 B. DL	-				
4 C. DL	-				

Legenda: Divisão das áreas dos colchões A (área superior), B (área média) e C (área inferior); Coloração de Gram: Gram+ (positivo), Gram- (negativo). Fonte: Elaborado pelos autores.

Staphylococcus aureus é um dos principais microrganismos causadores de infecções hospitalares. Sua colonização ocorre de forma rápida e essa espécie apresenta resistência a diversos tipos de desinfecções, principalmente em leitos de hospitais, locais onde mais se instalam, podendo ser encontradas colônias suficientes para desencadear infecção, mesmo após a higienização adequada (SILVA e PORCY, 2016).

Em relação ao teste de DNase, das 6 amostras com morfologia característica, resultado positivo foi identificado em 2 amostras colhidas antes da limpeza, em um

mesmo colchão, em áreas diferentes, resultado sugestivo de bactérias da espécie *Staphylococcus aureus*.

Conforme Bernardi e Costa (2017), há a possibilidade de o álcool 70% apresentar menor efetividade para eliminação de *S. aureus* devido à dificuldade de o produto penetrar a espessa camada de peptidoglicano presente na parede celular da bactéria. Entretanto, os testes realizados no presente estudo demonstraram que após a higienização com o álcool 70% não foram detectadas colônias de *Staphylococcus aureus* nos colchões.

Após a identificação das colônias, as amostras que continham bactérias cocos gram-positivas foram submetidas ao teste de sensibilidade antimicrobiana com a utilização dos antibióticos Amoxicilina e Clindamicina. Com relação à Amoxicilina, 4 amostras apresentaram-se resistentes ao antibiótico, 1 amostra demonstrou sensibilidade e 1 amostra apresentou resistência intermediária. Quanto à Clindamicina, 5 colônias apresentaram sensibilidade e em 1 foi possível verificar resistência intermediária.

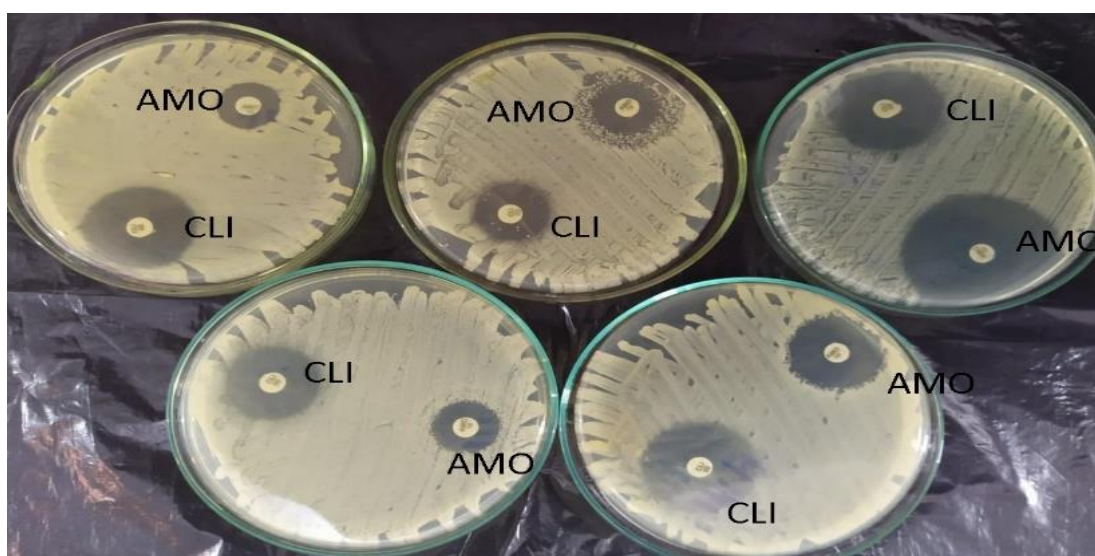


Figura 1: Placas teste demonstrando resultados quanto à sensibilidade antimicrobiana. AMO: (Amoxicilina) e CLI: (Clindamicina).

Coutinho *et al.* (2015) afirmam que existem diversos fatores ligados à resistência dos microrganismos aos efeitos de antibióticos, tais como: alteração estrutural nas moléculas dos antimicrobianos, produção de enzimas que ocasionam a inativação da droga, alteração das proteínas que se ligam à penicilina ou outros pontos-alvo nas paredes celulares, alvos modificados da DNA-girase, mutações de permeabilidade e modificações nos ribossomos.

Assim sendo, nota-se eficiência nos processos de desinfecção, considerando que, na maioria das amostras, houve redução do número de colônias após o processo de desinfecção. Todavia, as bactérias encontradas apresentaram algum mecanismo de resistência a antimicrobianos, o que pode representar risco à saúde dos pacientes em contato com a superfície infectada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se a presença de *Staphylococcus aureus* em apenas duas amostras colhidas de um mesmo colchão, antes da desinfecção. E os resultados demonstraram efetividade do álcool 70% no processo de desinfecção da superfície estudada.

A avaliação de sensibilidade identificou colônias resistentes aos antimicrobianos, o que pode favorecer o surgimento ou agravamento de infecções. Sendo assim, é necessário se atentar ao treinamento e capacitação dos profissionais da saúde quanto às técnicas corretas para efetuar a higienização dos leitos hospitalares, de forma a continuar garantindo segurança para utilização dos leitos e prevenindo riscos à saúde dos trabalhadores e dos pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Larissa Ferreira; MELO, Tatianny Nunes da Luz; FORTUNA, Jorge Luiz. Avaliação da eficácia do álcool comercial para desinfecção de superfícies. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.12, n.2, p. 66-71, agosto, 2019.

BARBOSA, Adriana Sierra Assencio Almeida *et al.* Eficácia do álcool etílico e quaternário de amônio na desinfecção de equipamentos médicos hospitalares. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 409-414, out./dez. 2018.

BARCELOS, Larissa da Silva. **Avaliação de superfícies hospitalares após a implementação de um programa de padronização de procedimentos de limpeza e desinfecção**. Orientador: Adriano Menis Ferreira, 2016. 101 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2016.

BASSO, Maria Emilha; PULCINELLI, Rafael Silvio Remus; AQUINO, Alzira Resende do Carmo; SANTOS, Karen Freitas. Prevalência de infecções bacterianas em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI). **RBAC**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 383-388, ago./fev. 2016.

BATALHA, Edilene Maria Santos da Silva; MELLEIRO, Marta Maria. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção

existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 432-441, abr./jun. 2015.

BERNARDI, Gisele Aparecida; COSTA, Tania Carla Moura. Avaliação da atividade antimicrobiana do álcool 70% em superfícies contaminadas. **Journal os Infection Control**, v. 6, n. 4, p. 1-11, 2017.

BORDIGNON, Jardel Cristiano; LIMA, Leticia Ramos de. Etiologia de infecções hospitalares e perfil de sensibilidade aos antimicrobianos em um hospital do sudoeste do Paraná, Brasil. **RBAC**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 283-288, fev./set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020)**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-02/pnpciras-2016-2020.pdf> Acesso em: 05 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro, 1965. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.

CAETANO, Maicon Henrique. **Gás ozônio: avaliação da eficácia de desinfecção de ambientes**. Orientador: Margarete Teresa Gottardo de Almeida, 2018. 63 f. Dissertação (Mestrado em Microbiologia) - Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". São José do Rio Preto, 2018.

CARDOSO, Alessandra Marques; REIS, Cleomenes. Contaminação de superfícies inanimadas de UTI por bactérias Gram negativas multirresistentes em hospital universitário de Goiânia, GO. **RBAC**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 59-65, dez./fev. 2016.

CARNEIRO, Jéssica Teixeira; ANDRADE, Robinson Moresca. Análise do processo de limpeza utilizado pela equipe de higienização para o controle da infecção hospitalar. **Revista de Inovação, Tecnologia e Ciências**, Salvador- BA, v. 1, n. 1, p. 55-62, 2015.

CARVALHO, Karine Aquino de. **Resistência de staphylococcus aureus aos antimicrobianos**. Orientador: Thamara Silva, 2017. 42 f. Monografia (Bacharelado em Farmácia) - União Metropolitana de Educação e Cultura, Faculdade Unime. Itabuna, 2017.

CLSI. Normas de desempenho para testes de sensibilidade antimicrobiana: 15º suplemento informativo. 2005. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/clsi/clsi_OPASM100S15.pdf

CORREA, Maria Eduarda Gouveia *et al.* Perfil microbiológico relacionado à assistência à saúde em uma unidade de terapia intensiva em um hospital da zona da mata mineira. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. 3, n. 1, p. 49-58, 2018.

COSTA, Antônio Cleyton Arruda de Azevedo. **Estafilococos em hambúrguer artesanal**. Orientador: Jean Berg Alves da Silva. 2018. 39 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Animal) – Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró, 2018.

COUTINHO *et al.* Avaliação comparativa da modulação de antibióticos, frente às cepas bacterianas de *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*. **Revista Ciências de la Salud**, v. 13, n. 3, p. 345-354, 2015.

CRUZ, Renata Fiuza; SANTOS, Karla A. Faria; SOUZA, Rodrigo Daniel de; **Instrução de Trabalho de procedimentos e condutas para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG. 2017.

DUTRA, Gelson Garcia *et al.* Controle da infecção hospitalar: função do enfermeiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro. v. 7, n. 1, p. 2159-2168, jan./mar. 2015.

FERNANDO, Francine da Silva e Lima de. **Ocorrência de fungos patogênicos em leite hospitalar e interferências químicas de agentes desinfetantes**. Orientador: Margarete Teresa Gottardo de Almeida, 2015. 101 f. Tese (Doutorado no Curso de Pós- graduação em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP. São José do Rio Preto, 2015.

FERREIRA, Adriano Menis *et al.* Avaliação da desinfecção de superfícies hospitalares por diferentes métodos de monitoramento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 466-474, 2015.

FREIRE, Maria Thaynara Jorge. **Identificação e prevalência de bactérias causadoras de infecções urinárias nosocomiais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Norte entre os anos de 2015 a 2017**. Orientador: Egberto Santos Carmo, 2019. 44 f. Monografia (Bacharelado em Farmácia) - Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2019.

FREITAS, Lara Aparecida de *et al.* Eficácia do hipoclorito de sódio e do álcool 70% na desinfecção de superfícies: revisão integrativa. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, PR, v. 18, n. 2, p. 1-8, 2019.

GONÇALVES, Neuza Maria Ferraz de Mello; ARANSIOLA, Olajumoke Christiana; BARDAL, Adriane Granato. Resistência Bacteriana nas infecções hospitalares. **Revista Uniandrade**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 86-100, 2016.

LIMA, Máira Ferreira Pinto *et al.* *Staphylococcus aureus* e as infecções hospitalares: revisão de literatura. **Revista Uningá Review**, Maringá – PR. v.21, n.1, p. 32-39, jan./mar. 2015.

MAHL, Suelen; ROSSI, Eliandra Mirlei. Susceptibilidade antimicrobiana de bactérias isoladas de colchões hospitalares. **RBAC**, v. 49, n. 4, p. 371-375, 2017.

MENEGUETI, Mayra Gonçalves; CANINI, Silvia Rita Marin da Silva; RODRIGUES, Fernando Bellissimo; LAUS, Ana Maria. Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 23, n. 1, p. 98-105, jan.-fev. 2015.

MONTEIRO, Tarciane da Silva; PEDROZA, Robernam de Moura. Infecção hospitalar: visão dos profissionais da equipe de enfermagem. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 2, p. 84-88, Abr./Jun. 2015.

MOREIRA, Thaynara Souza; SOUZA, Juliana Bruno Borges; Paula, Eric Mateus Nascimento de; STELLA, Ariel Eurides. Infecções nosocomiais por estafilococos multirresistentes: um risco eminente no ambiente hospitalar veterinário. **Pesquisa Unifilmes**. Trindade-Go, v. 3, n. 1, p. 1-5, mai. 2018.

MOURA, Andréa dos Santos *et al.* Resistência bacteriana associada aos casos de infecção hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de Passos (MG): estudo de caso, **Ciência et Praxis**, Serra Verde BH – MG, v. 11, n. 21, p. 95-106, 2018.

NASCIMENTO, Elaine Aparecida Silva. **Diferentes métodos de monitoramento para avaliação da limpeza e desinfecção de superfície em uma sala operatória**. Orientador: Vanessa de Brito Poveda. 2018. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018.

OLIVEIRA, Andreza Aguiar Batista de; NASCIMENTO, Thaiza Paes do. **Aspectos de sensibilidade a antimicrobianos em infecções hospitalares por s. Aureus: revisão**. Orientador: Fernando Marques Rodrigues, 2016. 24 f. Monografia (Bacharel em Biomedicina) – Centro Universitário São Lucas. Porto Velho, 2016.

OLIVEIRA, Paula Angélica; SALGE, Ana Karina Marques; PALOS, Marinésia Aparecida Prado. Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, v. 16, n. 1, p. 523-536, 2017.

OLIVEIRA, Ramon Antônio. **Fatores de risco para infecção do sítio cirúrgico em transplante de fígado: Coorte histórica**. Orientadora: Vanessa de Brito Poveda, 2016. 61 f. Dissertação (Mestre em ciências) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

ORTEGA, Letícia de Lima. **Resistência bacteriana: aquisição, mecanismos e prevenção**. Orientador: Rubens Rodrigues Filho, 2019. 43f. Monografia (Bacharelado em Odontologia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2019.

PAINA, Thamires de Araújo *et al.* Conhecimento de auxiliares de higienização sobre limpeza e desinfecção relacionados à infecção hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 121-130, 2015.

RIGOTTI, Marcelo Alessandro. **Limpeza e desinfecção de superfícies hospitalares: subsídio para elaboração e avaliação de rotinas**. Orientador: Margarete Teresa Gottardo de Almeida, 91 f. Tese (Doutorado no Curso de Pós-

graduação em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP. São José do Rio Preto, 2017.

SANTOS, Alice Veras *et al.* Perfil das infecções hospitalares nas unidades de terapia intensiva de um hospital de urgência. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife- PE, v. 10, n. 1, p. 194-201, jan. 2016.

SANTOS, Lauro Ricardo de Lima; ALMEIDA NETO, Omar Pereira; FREITAS, Efigênia Aparecida Maciel. Infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva adulto de hospitais universitários: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 66-71, jul./ set. 2016.

SILVA, Alessandro Ferreira da; PORCY, Claude. Staphylococcus aureus resistentes à meticilina no hospital de emergências de Macapá/AP/Brasil. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 5, n. 2, 2016. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/2894/1301>. Acesso em: 30 ago. 2020.

SILVA, Eliana Pereira da; CARREIRO, Mônica de Almeida; GOMES, Rosana Canuto. Metodologia para a identificação de Staphylococcus sp. na superfície do colchão da maca no pronto socorro. **Revista Pró-UniverSUS**. Vassouras-RJ, v. 07, n. 3, p. 15-19, jul./dez. 2016.

SILVA, Juliana Krum Cardoso da. **Bundle para a prevenção e o controle das infecções hospitalares em serviço de emergência**. Orientador: Eliane Matos. 2017. 183 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SIMONETTO, Débora Pagno; BRITES, Tamara Pereira; PAIM, Roberta Soldatelli Pagno; ZANANDRÉA, Maicon. Infecções em uma unidade de terapia intensiva: perfil epidemiológico dos pacientes. **Revista Científica Virvi Ramos**, Caxias do Sul – RS, v.4, n. 4, p. 6-17, 2017.

SOUZA, Álvaro Francisco Lopes de; OLIVEIRA, Layze Braz de; MOURA, Maria Eliete Batista. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares causadas por procedimentos invasivos em unidade de terapia intensiva. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**. Piauí, v. 2, n. 1-2, p. 11-17, 2016.

SOUZA, Ester Sena *et al.* Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 220-228, jan./mar. 2015.

VERLI, Márcio Vinícius de Abreu; GONÇALVES, Luís Carlos de Oliveira. Uma visão ampla das infecções hospitalares. **Revista Panorâmica**, Barra do Garças – MT, v. 27, n. 2, p. 178-194, jan./jun. 2019.

Viana, Roberta El Hariri. **Recuperação de bactérias resistentes de relevância epidemiológica dos colchões de pacientes em precaução por contato de um**

hospital de Belo Horizonte. Orientadora: Prof.a Dr.a Adriana Cristina de Oliveira. 109 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

VOLKART, Priscylla Andrade; SPAGIARI, Matheus Souza; BIZANI, Delmar. Avaliação da susceptibilidade e resistência bacteriana aos agentes controladores do crescimento de uso hospitalar e industrial. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 1, p. 25-32, jan./abr. 2017.


ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO

16.527.889/0001-087
SANTA CASA DE ABRE CAMPO
HOSP. N. S. DA CONCEIÇÃO
RUA SANTO ANTONIO Nº 20
BAIRRO CENTRO CEP 35.365-000
ABRE CAMPO - MG
C.NES 276099-1

Eu, "SOLANGE PAULA DA SILVA", na qualidade de responsável pela "SANTA CASA DE ABRE CAMPO – HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO", autorizo a realização da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA DA DESINFECÇÃO DE COLCHÕES DE UM AMBIENTE DE INTERNAÇÃO" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador "LEANDRO SILVA DE ARAÚJO/CRÍSTHIAN MARDEM NETTO", e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Abre Campo, 13 de maio de 2020.



Assinatura
(Carimbo)

PERCEPÇÃO DO ESTRESSE ENTRE ENFERMEIROS ATUANTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICOS: Diogo Augusto Martins de Souza e Jhonatan Elias Nunes da Silva

ORIENTADOR: Prof. Dra. Deyliane Aparecida de Almeida Pereira.

LINHA DE PESQUISA: Saúde Ocupacional.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é avaliar o estresse percebido (EP) em enfermeiros atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS) de Municípios da Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo, que se utilizou da escala de percepção do estresse e do questionário de qualidade de vida (SF-36). A amostra foi composta por 22 profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos municípios de Rio Casca e Santa Margarida. A maioria dos participantes são do sexo feminino (78,6%), possuem faixa etária de 24 a 59 anos e graduação na área da saúde (57,1%). Quanto à qualidade de vida, identifica-se no domínio da capacidade funcional ($90,0 \pm 17,1$), aspectos físicos ($100,0 \pm 37,8$) e aspectos emocionais ($100,0 \pm 39,6$) resultados satisfatórios. Entretanto, apresentam alto índice de estresse, tanto os homens ($26,3 \pm 11$) quanto mulheres ($29,5 \pm 6,1$) devido à sobrecarga de trabalho e baixa remuneração. Conclui-se que os profissionais avaliados apresentam qualidade de vida ruim nos domínios dor, saúde geral, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental e, associado a isso elevados níveis de estresse. Tal situação corrobora o momento que estamos vivendo por causa da pandemia da COVID-19 que aumentou significativamente a carga de trabalho desses profissionais. Os dados encontrados permitem identificar que a avaliação sobre o estresse e qualidade de vida é relevante para as atividades laborais dos enfermeiros.

PALAVRAS CHAVE: Enfermeiros; Stress; Desgaste físico e psicológico; Síndrome de Burnout.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2016) afirma que o estresse no trabalho é responsável por impactos na saúde e na produtividade laboral. Tais condições, que excedem os limites de nossas habilidades e capacidades, denomina-se como estresse no ambiente de trabalho, podendo causar disfunções físicas, psicológicas e até sociais que prejudicam nossa saúde.

A OPAS (2016) afirma que este estado mina a produtividade e pode afetar até as relações familiares e círculos sociais. As causas mais comuns de estresse no trabalho são riscos psicossociais relacionados à organização do trabalho, projetos de trabalho, trabalho e suas condições, bem como as condições externas

que podem influenciar o desempenho do trabalhador, satisfação na ocupação e saúde.

A Enfermagem está entre as profissões mais estressantes, pois os seus profissionais são submetidos a diversos fatores geradores do estresse e estão vulneráveis às ocorrências de manifestação da doença. Tal situação afeta diretamente a qualidade da prestação da assistência de Enfermagem ao paciente (PORTELA *et al.*, 2015).

Um fator desencadeador do alto índice de estresse deve-se às mudanças institucionais que exigem profissionais cada vez mais capacitados e produtivos. Essa mudança forçou o trabalhador a se adaptar ao novo modelo de trabalho e a pressão imposta por ele, com isso as empresas pressionam, exigem e cobram cada vez mais. Entretanto as remunerações continuam menores, o que pode afetar o cotidiano desses profissionais (LIMA, 2016; PAIVA, 2017).

Segundo Barros e Honório (2015), tal permanência nesse estado de estresse (exaustão) pode levar a uma condição conhecida como Síndrome de *Burnout*. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) — que é usado como guia para o diagnóstico das doenças mentais — informa que o *Burnout* não é reconhecido como uma doença. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS), na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), afirma que é uma "Sensação de Estar Acabado" ou "Síndrome do Esgotamento Profissional".

Uma das principais consequências do agravamento dessa doença é a ausência e abandono de suas atividades laborais e isolamento pessoal, podendo levar à morte. As incidências mais comuns são: diminuição do rendimento pessoal, mudanças comportamentais e perda de capacidade em tomar decisões e atitudes sem coerência (LELES e RAMOS, 2019).

Com base nisso, observa-se o quão é importante investigar o perfil e a percepção do estresse pelos profissionais de Enfermagem, no que tange a saúde mental e física, bem como a relação com a qualidade de vida. Tem-se como lacuna de estudo as seguintes relações ainda não elucidadas na literatura: perfil do enfermeiro, percepção de estresse e qualidade de vida em tempos de pandemia.

Diante disso, a questão norteadora desta pesquisa é: Qual a percepção de estresse em enfermeiros atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS) de Municípios da Zona da Mata Mineira? E como objetivo avaliar o estresse percebido (EP) por

enfermeiros atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS) de Municípios da Zona da Mata Mineira.

Estudos como este são relevantes para a saúde pública e para os profissionais da saúde, pois podem identificar ações de controle do estresse e garantir o atendimento aos pacientes com qualidade. Assim, espera-se contribuir de forma direta e concisa para a melhor compreensão dos fatores relacionados ao estresse percebido e, por conseguinte, traçar melhores estratégias de prevenção e tratamento para tal condição psicológica.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As novas formas organizativas do processo de trabalho estão passando por alterações complexas, profundas e sofisticadas que estão refletindo na saúde dos trabalhadores e em alguns ambientes laborais mais propensos desenvolverem as doenças ocupacionais. Isso se acentua, em grande parte, na área da saúde, e com maior potencial para o adoecimento por causa do estresse (FREITAS *et al.*, 2019).

O estresse é caracterizado como um processo psicofisiológico que gera sintomas de irregularidades hormonais. Segundo Santos *et al.* (2019), o estresse pode ser classificado em duas fases: a distresse e a eustresse. A fase eustresse é identificada como um estresse positivo com o propósito de motivar o indivíduo a desempenhar as suas atividades, sendo mais criativo e mais produtivo. Já o distresse seria o estresse negativo que apresenta respostas inadequadas, fazendo com que ele fique com medo de enfrentar situações ameaçadoras, levando à psicopatologia.

O estresse, como patologia, é nomeado como Síndrome de *Burnout*, que, segundo Leles e Ramos (2019, p.10):

é psicológica decorrente da tensão emocional que é vivida por trabalhadores, fazendo com que eles percam o interesse do seu trabalho, e esse estresse ocupacional acomete principalmente os profissionais de enfermagem que se expõem diariamente a situações desgastantes, o que os tornam mais suscetíveis a desenvolver doenças biopsicossociais, no qual altera a qualidade de assistência de enfermagem.

Os profissionais acometidos pela síndrome desenvolvem principalmente fadiga, depressão, raiva, intolerância, exaustão emocional, baixa realização profissional, rigidez e inflexibilidade. Com o passar do tempo, as instituições vêm

exigindo profissionais cada vez mais capacitados e produtivos, porém não lhes dão respaldo financeiro e muito menos psicológico, o que acaba acarretando um estresse agudo, posteriormente a Síndrome de *Burnout* (OLIVEIRA, 2018).

Os profissionais de Enfermagem são os mais expostos a diversos fatores de risco para o adoecimento, tais como: sobrecarga de trabalho em principiantes na carreira, condições inadequadas para o desempenho da atividade profissional, relação com paciente, conflitos interpessoais entre outros profissionais e óbito de pacientes. Tudo isso interfere tanto na vida pessoal quanto na profissional (SILVA, GOULART e GUIDO, 2018).

Leles e Ramos (2019) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a Síndrome de *Burnout* no exercício profissional da Enfermagem, discorrer sobre os impactos da síndrome nos profissionais e desvelar as formas de prevenção. Os resultados foram agrupados em duas categorias. A primeira, “A contextualização de estresse, exaustão emocional e sobrecarga de trabalho”, aborda a identificação de sinais e sintomas da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores e avalia sua relação com os aspectos laborais. Já a segunda categoria foi “As intervenções adequadas para os indivíduos com a Síndrome de *Burnout*”, que cita algumas estratégias para abordar experiências inerentes ao contexto dos profissionais da Enfermagem e suas possíveis relações com a Síndrome de *Burnout*. Os autores concluíram que aquela pesquisa possibilitou a importância de refletir sobre a saúde profissional relacionada ao trabalho que os enfermeiros desempenham.

Oliveira (2018) fez um estudo com o objetivo de identificar fatores de risco que levam os profissionais de Enfermagem a desenvolverem a Síndrome de *Burnout* e a reconhecerem os principais sintomas. Foi concluído que a falta de experiência e autonomia, a alta demanda de serviço e as pressões das atividades do dia a dia podem ser o gatilho para o desencadeamento da Síndrome, principalmente em profissionais recém-formados e em equipes despreparadas. Em suma, a síndrome ocorre, na maioria das vezes, pela falta de organização do ambiente de trabalho.

Ainda, de acordo com Silva *et al.* (2020), o serviço de Enfermagem — abrangendo técnicos, auxiliares e enfermeiros — está sujeito à baixa qualidade de vida no trabalho. Os trabalhadores dessa área percebem grandes demandas psicológicas e baixo controle sobre suas atuações. Por estarem responsáveis pela coordenação do funcionamento das ESF, lidam diretamente com o público todos os

dias, deparando-se com enormes responsabilidades no cotidiano. Ademais, muitas vezes, são influenciados pelas inquietações dos pacientes, uma vez que conhecem todo o processo de saúde e doença destes. Tamanho convívio denota familiaridade que, por vezes, torna-se excessiva, no sentido de interferir na vivência profissional e equipe de enfermagem.

Para Santos *et al.* (2019), no estudo que identificou o nível de estresse dos enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), constatou-se a presença de estresse em enfermeiros e percebeu-se a inevitabilidade de realizar intervenções preventivas voltadas aos profissionais expostos aos agentes estressores. Dentre os agentes estressores, Moreira *et al.* (2019) destacam a insatisfação com a profissão, tais como: as condições de trabalho, sobrecarga de trabalho, escassez de recursos físicos e materiais, infraestrutura inapropriada, desvalorização profissional, dentre outras.

Enfim, os profissionais de enfermagem lidam diariamente com vários fatores que podem causar a Síndrome de *Burnout*. Podemos destacar entre esses fatores a exaustão emocional, a sobrecarga de trabalho, a auto demanda de trabalho e as pressões recorrentes ao seu dia a dia. Tudo isso pode ser o gatilho para o desenvolvimento da Síndrome, afetando o seu psicológico, a relação entre familiares e amigos, fazendo com que o profissional se sinta insatisfeito com sua profissão.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo quantitativo do tipo descritivo que, segundo Leles e Ramos (2019), oferece um suporte para a tomada de decisões e melhorias nas atividades do cotidiano. Essa análise possibilita o conhecimento de um determinado assunto, sendo um modo de pesquisa fundamental, pois a sua contribuição é evidente na qualidade da assistência prestada.

Na amostra deste estudo, foram questionados 22 enfermeiros que trabalham em Unidades Básicas de Saúde (UBS) integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em dois municípios da Zona da Mata Mineira. Os municípios foram Santa Margarida e Rio Casca, sendo que Santa Margarida há 9 UBS e 10 enfermeiros, já em Rio Casca possui 9 UBS e 12 profissionais atuantes na área.

O município de Santa Margarida possui média populacional de 16.208 habitantes e está localizado há uma distância de 259 quilômetros da capital mineira. O município de Rio Casca, com a população de 14.198 habitantes, está localizado a 198 quilômetros da capital.

Para a coleta de dados foram aplicados questionários para caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros, questionário de percepção de estresse e questionário para avaliação da qualidade de vida. O questionário de caracterização possui questões relacionadas a sexo, idade, nível de formação, atividades do dia a dia, aspectos emocionais, ansiedade alteração comportamentais e emocionais, fadiga e sobre o estado geral em saúde.

O questionário de percepção de estresse — validado por Reis, Hino e Rodriguez-Añez (2013) — avalia a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias (último mês). As questões avaliam aspectos emocionais, identificando como está a saúde mental do doente em relação à depressão, ansiedade, alterações comportamentais e emocionais; e apontam, também, a vitalidade, por meio da identificação da fadiga e do cansaço sentidos pelos doentes.

O questionário de qualidade de vida, validado por Souza (2011), avalia sobre a saúde, identificando a forma como o indivíduo se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais. As questões são compostas por: capacidade funcional, associada as limitações físicas; aspectos físicos, no que se refere à sua influência a quando as suas realizações das suas atividades diárias; interferências da dor nas realizações das atividades e, por fim, o estado geral em saúde, em termos globais.

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, em que zero é o pior estado e cem é o melhor. Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média. A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Para a obtenção dos resultados, utilizaram-se os pontos de corte propostos por Souza (2011), que consideram a qualidade de vida ruim quando o somatório

dos resultados for inferior a 60, já a qualidade de vida boa quando os escores são maiores que 60.

O preenchimento dos questionários foi de forma *on-line*, utilizando o *Google* Formulários, no mês de maio de 2020. A escolha dessa ferramenta decorre da pandemia do COVID-19 e por ser um serviço gratuito para criação e acompanhamento de questionários *on-line*. Nele, os pesquisadores podem produzir pesquisas de múltipla escolha, fazer questões discursivas, solicitar avaliações em escala numérica, entre outras opções.

Quanto aos aspectos éticos, foram informadas às amostras os objetivos do estudo e a sua participação foi concretizada mediante o aceite *on-line* (clique na opção) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Este estudo seguirá as especificações da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhes o anonimato e autonomia em recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo.

A análise dos dados foi pela estatística descritiva, por meio do cálculo de medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão) e de frequência relativa (percentuais).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção apresenta os resultados provenientes da pesquisa quantitativa. Primeiramente, foram apresentados os resultados de forma separadas por sexo, nível de formação, local de trabalho e município de residência. Na sequência, os dados referentes à qualidade de vida e, por fim, foram apresentados dados do estresse percebido no dia a dia dos profissionais de enfermagem.

Na tabela 1, foram apresentadas as características dos enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios investigados.

Tabela 1: Características dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em dois municípios da Zona da Mata Mineira. 2020

Características	%
Sexo	
Feminino	78,6
Masculino	21,4
Nível de Formação:	
Graduação	57,1
Especialização	28,6
Mestrado	14,3
Local onde trabalha:	
Unidade Básica de Saúde	64,3
Outros	35,7
Município onde Trabalha:	
Santa Margarida – MG	57,1
Rio Casca - MG	42,9

Fonte: Elaborado pelos autores

Verifica-se que a maioria é do sexo feminino (78,6%), possui apenas a graduação (57,1%), trabalha exclusivamente na UBS (64,3%) e atua em Santa Margarida (57,1%). A faixa etária dos enfermeiros está entre 30 a 40 anos de idade.

Analisando o cenário atual, em relação aos aspectos relativos à distribuição dos profissionais de saúde pelo sexo, verifica-se em trabalhos como o de Padilha (2018) que o percentual de mulheres enfermeiras hoje no Brasil é mais do que o de homens. Esse texto é interessante, visto que os autores refletem sobre a transformação da sociedade relacionada ao gênero. Reforçam que a evolução depende de mudanças substanciais no comportamento da sociedade como um todo.

No que diz respeito à escolaridade, verifica-se que, independentemente do nível de formação, todos tem tendência a desencadear o estresse, pois ele está presente nos profissionais desde a formação acadêmica, considerando que, durante este período, os acadêmicos vivenciam várias situações de adaptações (MOREIRA e FUREGATO, 2016). E o estresse é decorrente da inserção do indivíduo, pois o trabalho, além de possibilitar o crescimento, transformação reconhecimento e a independência, também pode causar problemas de insatisfação e o desinteresse.

Corroborando o exposto, ser um profissional de enfermagem significa ter como agente de trabalho as pessoas, e, como sujeito de ação, o próprio homem. Também há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero,

incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença (BATISTA e BIANCHI, 2006).

O local de trabalho pode ser um dos fatores desencadeantes do estresse, mas também pode ser um local de alívio das tensões diárias, pois as redes de relacionamento contribuem para apoio e empatia. O ser humano cada vez mais está vivendo inúmeras situações diante das quais precisa adaptar-se. A exemplo disso, ele se vê diante de demandas e pressões externas vindas da família, do meio social, do trabalho/escola ou do meio ambiente. Temos, também, outros fatores aos quais precisa adaptar-se como as responsabilidades, obrigações, autocrítica, dificuldades fisiológicas e psicológicas (PINHEIRO, 2002). No decorrer do dia a dia, muitas frases como “estou estressado” ou “isto me estressa”, são usadas para qualquer situação que faça com que fuja do controle (LENTINE *et al*, 2003).

Outro fator que merece atenção é a dimensão populacional dos municípios investigados. Como são de pequeno porte, pode ocorrer sobrecarga de trabalho, cobranças da população, cansaço e baixa remuneração. Por outro lado, embora as grandes cidades tenham mais números de UBS e mais profissionais trabalhando, há necessidade de deslocamento e uso de transporte para chegar no seu ambiente de trabalho (SALA e MENDES, 2011).

Associados às características pessoais é importante compreender quais domínios da qualidade de vida atendem aos preceitos da saúde. A tabela 2 apresenta esses domínios.

Tabela 2: Escores dos domínios da qualidade de vida de enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em dois municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

Domínio	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	35,0	100,0	90,0	17,1
Aspectos Físicos	0,0	100,0	100,0	37,8
Dor	22,0	74,0	46,5	17,7
Saúde Geral	32,0	97,0	59,5	17,5
Vitalidade	10,0	70,0	45,0	16,1
Aspectos Sociais	12,5	100,0	56,3	34,6
Aspectos Emocionais	0,0	100,0	100,0	39,6
Saúde Mental	20,0	92,0	48,0	19,9

Fonte: Elaborado pelos autores

Os dados permitem inferir que, nos domínios dor, saúde geral, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental, os enfermeiros apresentam qualidade de vida ruim (escores menores que 60,0). Já nos domínios capacidade funcional, aspectos

físicos e aspectos emocionais, apresentam qualidade de vida boa (escores maiores que 60,0).

Segundo Haas (2016) a capacidade funcional é considerada a habilidade de os indivíduos realizarem suas funções e atividades rotineiras; com isso mantendo sua autonomia. Quando a capacidade está prejudicada, a qualidade de vida também sofre algumas alterações. Contudo, na amostra investigada este domínio apresenta média boa.

Para Rodrigues (2019), é necessário que haja uma variedade de aspectos que se relacionam ao favor de uma boa qualidade de vida. Por meio deste trabalho, nota-se a importância dos aspectos físicos para um bom vigor. Isso pode ser observado na amostra investigada, em que os escores neste domínio foi o máximo (100,0). Quanto à dor, o autor menciona que está relacionada ao domínio limitações por aspectos físicos. Entretanto, na amostra investigada, não foi encontrada essa relação, pois os valores médios foram 46,5 ($\pm 17,7$) e 100,0 ($\pm 37,8$), respectivamente. Segundo o autor, a dor é um fator agravante para a qualidade de vida e deve ser sanado para que haja uma melhora em seu bem-estar trazendo, com isso, um maior conforto pessoal.

A saúde geral diz respeito ao “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1997, p 5). A saúde dos enfermeiros apresenta média de 59,5 ($\pm 17,5$), logo, é necessário executar ações que estimulem a adoção de hábitos de vida saudáveis e ativos.

Para Rego (2019), assim como compreender o papel do enfermeiro na aplicabilidade de ações em saúde, torna-se essencial o reconhecimento das vulnerabilidades encontradas dentro das UBS com base nos seus aspectos culturais e sociais. Dessa forma, será possível que os enfermeiros executem suas tarefas com mais capacidade. O resultado apresentado na pesquisa mostrou que os enfermeiros não estão tendo uma boa vitalidade no período de pandemia que ocorreu próximo da pesquisa de avaliação de seus estados de saúde.

Em decorrência do exposto, verifica-se que todos os profissionais estão aptos a exercer a profissão de enfermagem. Todavia, pelo fato de serem recém-formados, há uma preocupação em lidar com os primeiros pacientes, gerando maior atenção e melhor convívio com os usuários das unidades (FIORATI, ARCÊNCIO e SOUZA, 2016).

Segundo Santos, Santos e Lima (2018), as UBS são caracterizadas como ambiente de risco ocupacional aos indivíduos que ali trabalham. Fatores com a grande demanda de serviços, a necessidade de atualizações, as capacitações, as diferentes condições de trabalho e as novas configurações organizacionais provocam, conseqüentemente, o desgaste físico, psíquico, emocional, caracterizando-se como fatores que propiciam o surgimento da *Síndrome de Burnout*. Em contraponto, observa-se que os enfermeiros avaliados apresentam boa qualidade de vida nos aspectos emocionais.

Silva *et al.* (2016) afirmam que a *Síndrome de Burnout* é a resposta ao processo de estresse ocupacional crônico, ou seja, é o resultado de uma exposição prolongada ao estresse no trabalho causando um aumento na exaustão emocional, cinismo e ineficácia que representam as três dimensões de *Burnout*. Nesse sentido, a exaustão é compreendida como uma dimensão afetiva caracterizada por sentimentos de cansaço e esgotamento de energia emocional, o que pode estar relacionado à baixos escores na Saúde Mental, relacionado à qualidade de vida, na amostra investigada.

A figura 1 apresenta a classificação dos domínios da qualidade de vida: capacidade funcional, associada às limitações físicas, aspectos físicos, dor, interferências nas realizações das atividades, estado geral em saúde, em termos globais. Para classificação dos escores brutos, procedeu-se a separação da amostra em dois grupos, com escores de qualidade de vida < 60 (considerado ruim) e > de 60 (considerado bom) (SOUZA, 2011).

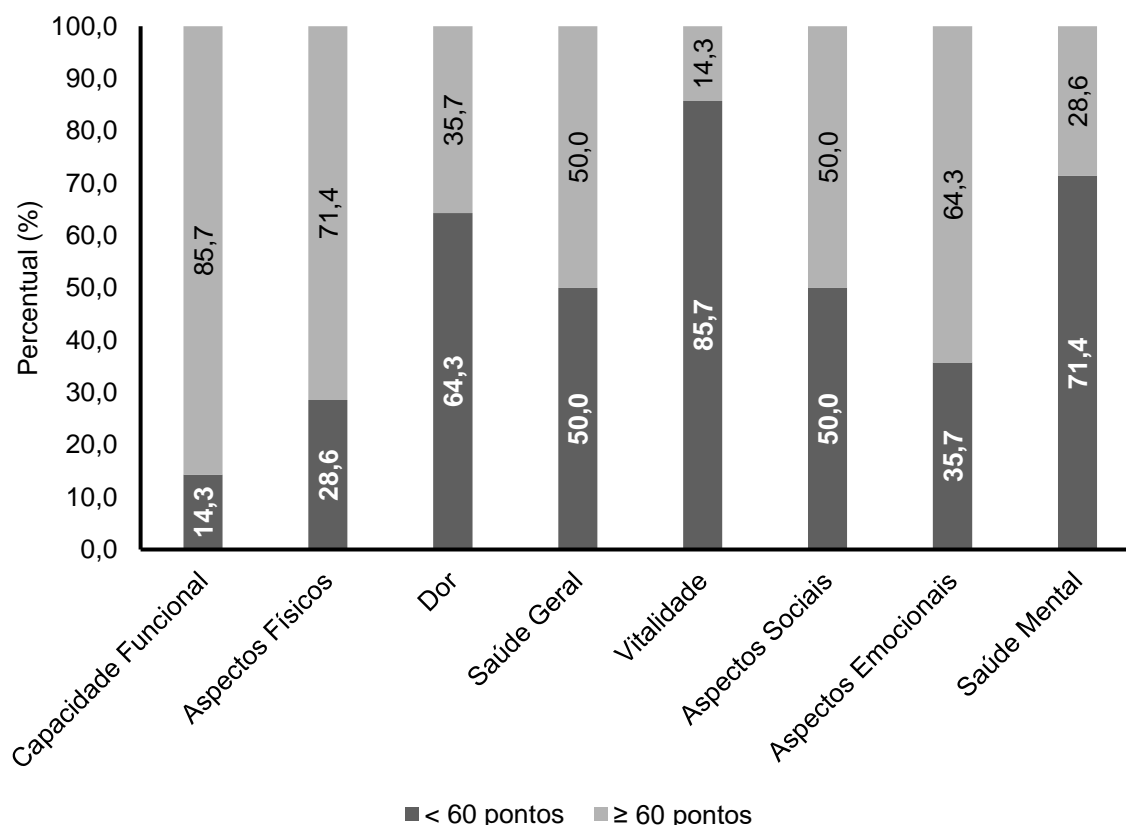


Figura 1: Classificação dos domínios da qualidade de vida de enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em dois municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

Fonte: Elaborado pelos autores

Na figura 1, segundo as pesquisas realizadas pelos autores, evidencia-se que os enfermeiros atuantes em UBS apresentam classificações ruins para dor, vitalidade e saúde mental. Tal situação pode ser decorrente de a Enfermagem ser uma profissão que pode causar exaustão, estresse e cobranças excessivas. Por conseguinte, redução da satisfação pessoal, profissional, aumento do desânimo e apatia (OMS, 2016).

Vale salientar que, no período da aplicação do questionário, o mundo estava em meio à pandemia do COVID-19, o que pode contribuir para sentimentos de preocupação com a sua saúde e a do próximo. Além do medo de contrair a doença, a COVID-19 tem provocado sensação de insegurança em todos os aspectos da vida, da perspectiva coletiva à individual, do funcionamento diário da sociedade às modificações nas relações interpessoais. Quanto à saúde mental, é importante dizer que as sequelas de uma pandemia são maiores do que o número de mortes. Os sistemas de saúde dos países entram em colapso, os profissionais de saúde ficam exaustos com as longas horas de trabalho. Além disso, o método de controle mais

efetivo da doença, que é o distanciamento social, impacta consideravelmente a saúde mental da população (FARO *et al*, 2020).

A tabela 2 apresenta os escores do questionário de estresse percebido, aplicado aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, nos últimos trinta dias.

Tabela 3: Estresse percebido de enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), em dois municípios da Zona da Mata Mineira. 2020.

Escores de estresse	Média (DP)
Sexo	
Feminino	29,5 (6,1)
Masculino	26,3 (11,0)
Faixa etária	
<30 anos	26,0 (7,8)
30 - 40 anos	29,6 (7,6)
> 40 anos	31,0 (1,4)

Fonte: Elaborado pelos autores

Legenda: DP = desvio padrão

Nota-se que os escores foram maiores em mulheres (29,5±6,1) e nos profissionais com idade entre 30 a 40 anos (29,6±7,6).

A qualidade de vida e estresse são constructos inerentes aos aspectos de vida do ser humano e dependem da percepção pessoal em diferentes situações. Segundo Oliveira *et al* (2019), as mulheres estão buscando várias formas de lidar com o estresse, adotando a prática de atividades físicas, alimentação saudáveis e atividades voltadas ao bem-estar e à saúde. Por conseguinte, obtêm maior desempenho das atividades diárias.

Independentemente da idade, as causas do estresse são reações físicas ou mentais relacionadas às atividades e ocorrências do ambiente de trabalho. O ambiente de trabalho e a sobrecarga de responsabilidade representam um conjunto de acontecimentos que desestruturam o profissional. O estresse pode ser percebido pelo indivíduo como uma ameaça pessoal e profissional (SOUSA *et al.*, 2020).

Segundo Maia e Dias (2020), todas as pandemias são geradoras de forte impacto social, econômico e político. Desse modo, a população teve que se adaptar a estratégias de prevenção em relação a conviver e estar junto de outras pessoas, adaptar-se ao novo modo de trabalho e aprender a lidar com a população no ambiente de trabalho. Assim, há uma preocupação sobre como proceder e como adaptar isso a sua vida.

Mesmo com o cenário atual pandêmico, obtivemos um número relevante de respostas dos pesquisados, de forma segura, sem contatos físicos, somente de

forma *on-line*. Essas ações garantiram segurança e comodidade para os profissionais que participaram desta pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os resultados obtidos nos questionários aplicados indicaram um alto índice de estresse durante o período de trabalho. No que diz respeito à qualidade de vida, identificaram-se, no domínio da capacidade funcional, resultados satisfatórios nos aspectos físicos e emocionais. Identifica-se que os enfermeiros que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS) estão com alto índice de estresse devido à sobrecarga de trabalho e baixa remuneração.

Este estudo teve como limitações o acesso aos enfermeiros, em virtude da pandemia da COVID-19, podendo influenciar nas respostas dos profissionais. Conforme evidenciado na literatura, a pandemia ocasionou impactos sociais, econômicos e políticos, bem como na saúde. Desse modo, sugere-se que estudos futuros avaliem tais profissionais, pós pandemia e comparem os resultados analisando se os escores de qualidade de vida e estresse se mantêm.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.

BATISTA. K.M; BIANCHI. E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**. V.14, n 4, p. 534-539. jul./ago. 2006. Ribeirão Preto – SP.

BARROS, N. M. G. C.; HONÓRIO, L. C. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. **Revista de Gestão**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-39, jan./mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudo de Psicologia**. v.3, n.1. p. 1-14, 2020. Campinas - SP

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista**

Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, n. 2, p 118 – 126. Ribeirão Preto - SP 2016.

FREITAS, M. J. C *et al.* Estresse ocupacional em profissionais enfermeiros: revisão literária. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3143-3146, Jul./Aug. 2019.

HAAS, N. Os Efeitos do Método Pilates Aplicado à População Idosa: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 695 - 702 jul./ago., 2016 Rio de Janeiro – RJ.

LELES, D.O.; RAMOS, G.S. **A Síndrome de Burnout no exercício profissional da enfermagem**. Orientador: Juliana Macedo Melo. 2019, 27 f. Trabalho de conclusão de curso (Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGELICA), Anápolis – GO 2019.

LENTINE, S.X *et al.* Os fatores estressantes em enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev. Psicologia e saúde em debate**, v. 5, n. 1, p. 60-69, 2003.

LIMA, G. G. Fadiga e estresse como preditores do Burnout em profissionais da saúde. **Rev. Psicologia Organização e Trabalho**. V 19, n 3, p 695 – 702. jul./set. – 2016. Rio Verde - GO

MAIA, B. R; DIAS, P.C., Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: O impacto da COVID – 19. **Rev. estudo Psicologia**. V37, n.1, p1-18 Campinas – SP, 2020.

MOREIRA, J. M. *et al.* Fatores desencadeadores de (in)satisfação no trabalho dos enfermeiros da atenção básica de saúde. **Rev. Ciência y Enfermaria.**, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2019.

MOREIRA, D. P; FUREGATO, A.R.F. Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. **Rev. Latino – Americano de Enfermagem**. v 21. n 2. p 155-162. jan./fev. 2016.

OLIVEIRA. M. C. **Síndrome de Burnout e os fatores de risco em profissionais de enfermagem**. Orientador: Daniele Santos de Almeida. 2018. 22 f. Trabalho de conclusão de curso (Saúde do trabalhador) - Universidade Católica do Salvador Nova UCSAL, Salvador – BA, 2018.

OLIVEIRA. E. *et al.* Fadiga e estresse como preditores do Burnout em profissionais da saúde. **Rev. Psicologia Organizações e Trabalho**. V.19, n3, p 695 – 702. jul./set. 2019.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Estresse no ambiente de trabalho cobra preço alto de indivíduos, empregadores e sociedade. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5087:estresse-no-ambiente-de-trabalho-cobra-preco-alto-de-individuos-empregadores-e-sociedade&Itemid=839 Acesso: Setembro de 2020. Brasília – DF 2016.

- OMS - Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Jacarta**. Jacarta – Indonésia: OMS, 1997. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/>
Acesso em: ago./set. - 2020
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre a alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília - DF: OPAS. 2016.
- PADILHA, M. C. S. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enfermagem UERJ.**, v 14, n 2, p. 292-300, abr./jun. 2018.
- PAIVA, K. C. M. Burnout e Jovens trabalhadores. **Rev. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. V.25, n.4, p19-31 Out/Dez 2017 São Carlos – SP.
- PINHEIRO, R. P. Gênero, mobilidade, acesso e utilização de serviço de saúde no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 7, n. 4, p,687 – 707, 2002.
- PORTELA. N. S. C., Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. **Rev. de pesquisa cuidado é fundamental online.**, v. 7, n. 3, p. 2749 – 2760, jul.-set. 2015.
- REGO, C. F. Atuação do enfermeiro no Processo de Envelhecimento na Atenção Primária. **Rev. Ciência Atual.**, v.13, n. 1, p 1-14. 2019.
- REIS, R. S.; HINO, A.; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R. Escala de estresse percebido: estudo de confiabilidade e validade no Brasil. **Journal of Health Psicologia**, v 24, n 2, p 385-396 - 2013.
- RODRIGUES. C.M. **Cuidados paliativos em pacientes em um hospital geral: a percepção da equipe de enfermagem frente à terminalidade da vida**. Orientador: Adriana Roese Ramos e. Deise Lisboa Riquinho.2019, 52f. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS 2019.
- SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 912-926, 2011.
- SANTOS, J. S.; SANTOS, L. B. P.; LIMA, J. R. Relação entre resiliência e Burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. **Rev. Destaques Acadêmicos.**, v. 10, n 3, p 190-198, 2018.
- SANTOS, L. A. *et al.* Avaliação do nível de estresse dos enfermeiros atuantes na estratégia saúde da família. **Rev. UNINGA**, v.56, n.S2, p. 41-57, jan/mar., 2019.
- SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; GUIDO, L. A. Evolução histórica do conceito de estresse. **Rev. Cient. Sena Aires**, v.7, n. 2, p. 148-56, 2018.
- SILVA, J. S. *et al.* Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva: Produção Científica de Enfermagem. **Rev. Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental.**, v. 10, n. 16, p. 190-198, 2016.

SILVA, R. M. Nível de tolerância nas relações de amizade em profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. **Rev. de Divulgação Científica Sena Aires**. V 9, n 1, p 631-645. jul./set. 2020.

SOUSA, C. N. S *et al.* Análise do estresse ocupacional na enfermagem: revisão integrativa. **Rev. eletrônica Acervo Saúde**, v. 52, n. 52, p. 1-8, 2020.

SOUSA, M. B. M. Questionário de estado de saúde (SF-36V2). Disponível em: [https://www.criticalcarenutrition.com/docs/reenergize_def/Question%C3%A1rio%20SF-36%20\(Portuguese\).pdf](https://www.criticalcarenutrition.com/docs/reenergize_def/Question%C3%A1rio%20SF-36%20(Portuguese).pdf) . 2011.

TRETTENE, A. S *et al.* Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, v.36, n.91, p. 243-261, jul.2016.

ANEXO 1:**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO:**

Nome: _____
 Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____
 Profissão: _____
 Nível de Formação: () Graduação
 () Mestrado
 () Doutorado
 () Especialização
 () Outros
 Local onde trabalha: () Policlínica
 () Unidade Básica de Saúde
 () Sala de Vacina.
 Município que Trabalha: () Rio Casca MG
 () Santa Margarida.
 Cidade onde reside: _____

ESCALA DE PERCEPÇÃO DO ESTRESSE-10

As questões nesta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias (último mês). Em cada questão indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)
 () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Pouco frequente
 () Muito Frequente
2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (Considere os últimos 30 dias)
 () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Pouco frequente
 () Muito Frequente
3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)
 () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Pouco frequente
 () Muito Frequente
4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)
 () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Pouco frequente
 () Muito Frequente
5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)
 () Nunca () Quase nunca () Às vezes () Pouco frequente
 () Muito Frequente
6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as

coisas que tinham por fazer? (considere os últimos 30 dias)

- Nunca Quase nunca Às vezes Pouco frequente
 Muito Frequente

7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

- Nunca Quase nunca Às vezes Pouco frequente
 Muito Frequente

8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)

- Nunca Quase nunca Às vezes Pouco frequente
 Muito Frequente

9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle? (considere os últimos 30 dias)

- Nunca Quase nunca Às vezes Pouco frequente
 Muito Frequente

10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)

- Nunca Quase nunca Às vezes Pouco frequente
 Muito Frequente

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

Em geral, diria que a sua saúde é:

1. Ótima
2. Muito Boa
3. Boa
4. Razoável
5. Fraca

Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

1. Muito Melhor
2. Com Algumas Melhorias
3. Aproximadamente Igual
4. Um pouco pior
5. Muito Pior

As opções a seguir são sobre as atividades executadas no seu dia a dia. Será que a saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto? (Por Favor, marque uma alternativa em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.			
Atividades moderadas, tais como deslocar			

uma mesa ou aspirar casa			
Levantar ou pegar compras da mercearia			
Subir vários lanços de escadas			
Subir um lanço de escadas			
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se			
Andar mais de 1km			
Andar várias centenas de metros			
Andar uma centena de metros			
Tomar banho ou vestir-se sozinho/a			

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho?		
B. Realizou menos tarefas do que você gostaria?		
C. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?		
D. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (ex.:necessitou de um esforço extra)?		

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
A. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho?		
B. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho?		
C. Realizou menos tarefas do que você gostaria		
D. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?		

Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupos?

- () De forma nenhuma
- () Ligeiramente
- () Moderadamente
- () Bastante
- () Extremamente

Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

- () Nenhuma
- () Muito leve
- () Leve
- () Moderada
- () Grave

() Muito grave

Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como dentro de casa)?

- () De forma nenhuma
 () Ligeiramente
 () Moderadamente
 () Bastante
 () Extremamente

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas.

Leia com atenção cada pergunta e utilize a escala abaixo para respondê-las.

Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

Para cada questão, por favor marque o número que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

	1	2	3	4	5	6
A. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de força?						
B. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa/a?						
C. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo/a?						
D. Quanto tempo você tem se sentido calmo/a ou tranquilo/a?						
E. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
F. Quanto tempo você tem se sentido desanimado/a e abatido/a?						
G. Quanto tempo você tem se sentido esgotado/a?						
H. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?						
I. Quanto tempo você tem se sentido cansado/a?						

Durante as últimas semanas, até que ponto sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- () Sempre
 () A maior parte do tempo
 () Algum tempo
 () Pouco tempo
 () Nunca

Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas às seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso

Parece que adoço mais facilmente do que os outros					
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa					
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar					
A minha saúde é ótima					

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: BACHARELADO EM ENFERMAGEM – 2020/01**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “PERCEPÇÃO DO ESTRESSE ENTRE ENFERMEIROS ATUANTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NA ZONA DA MATA MINEIRA”. Nesta pesquisa pretendemos “avaliar o estresse percebido (EP) de enfermeiros atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), na Zona da Mata Mineira”. O motivo que nos leva a estudar é a grande relevância que ele tem para a saúde pública e dos profissionais de saúde, visando a identificar o controle de estresse para garantir o bom nível de atendimento aos pacientes e uma boa qualidade de vida aos profissionais.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: você responderá questionários de estado de saúde e uma escala de percepção de estresse sendo que ambas buscam informações de 4 semanas a 30 dias. Sendo que as perguntas são de forma simplista e objetiva, que buscam apurar a realidade diária de cada profissional pesquisado. A escala apresenta diversas situações que podem ser rotineiras, e as repostas variam de nunca, quase nunca, às vezes, pouca frequência e muito frequente.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco psicológico durante a aplicação do questionário/entrevista, no qual poderá sentir-se constrangido (a) frente a alguma questão e preferir não se manifestar, tendo o direito de responder apenas as perguntas que desejar, evitando assim esse risco psicológico. A pesquisa contribuirá para apurar como está a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e como está seu nível de estresse. Assim, os participantes da pesquisa podem observar a finalização dos dados analisados, e como estão seus respectivos quadros de saúde e nível de estresse. E com isso podem adotar algumas medidas em suas rotinas para amenizar e melhorar alguns pontos prejudiciais à saúde.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na instituição de Ensino Superior Univértix, situada na cidade de Matipó-MG. E a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa. Depois desse tempo, eles serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “PERCEPÇÃO DO ESTRESSE ENTRE ENFERMEIROS ATUANTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NA ZONA DA MATA MINEIRA” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Deyliane Aparecida de Almeida Pereira
Endereço: Avenida Joaquim Lopes de Farias – Viçosa MG
CEP:36570-000
Telefone:(31) 98839-2711
E-mail:deyliane.pereira@hotmail.com

Nome do Pesquisador Responsável: Diogo Augusto Martins de Souza
Endereço: Rua Arnaldo Ferreira Costa– Rio Casca MGCEP:35370-000
Telefone: (31) 98249-6829
E-mail: diogo1311@gmail.com

Nome do Pesquisador Responsável: Jhonatan Elias Nunes da Silva
Endereço: Av. Otacilio Vieira Campos – Santa Margarida MG CEP:36913-000
Telefone: (31) 98228-9411
E-mail: jhonathan.elias@yahoo.com.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213
E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO : AUTORIZAÇÃO PAR REALIZAÇÃO DO ESTUDO**ANEXO 3: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA****AUTORIZAÇÃO**

Eu, “**Maria do Carmo Polesca Teixeira Mucida**”, na qualidade de responsável pelas “UBSs de Rio Casca”, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**PERCEPÇÃO DO ESTRESSE ENTRE ENFERMEIROS ATUANTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NA ZONA DA MATA MINEIRA**” a ser conduzida sob a responsabilidade dos pesquisadores “**Deyliane Aparecida de Almeida Pereira (orientadora), Diogo Augusto Martins de Souza e Jhonatan Elias Nunes da Silva.**”, e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Rio Casca, 11 de maio de 2020.


Assinatura
(Carimbo)
Maria do Carmo Polesca Teixeira Mucida
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Dr. Manoel Cotta Martins Teófilo, 163
CENTRO - CEP: 35.370-000 - RIO CASCA - MG
12.856.524/0001-68

ANEXO 3: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**AUTORIZAÇÃO**

Eu, "**Teria Costa Matiles**", na qualidade de responsável pela "UBSs de Santa Margarida MG", autorizo a realização da pesquisa intitulada "**PERCEPÇÃO DO ESTRESSE ENTRE ENFERMEIROS ATUANTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NA ZONA DA MATA MINEIRA**" a ser conduzida sob a responsabilidade dos pesquisadores "Deyliane Aparecida de Almeida Pereira (orientadora), Diogo Augusto Martins de Souza e Jhonatan Elias Nunes da Silva.", e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Santa Margarida 31 de Maio de 2020.


Teria Costa Matiles
SECRETÁRIA DE SAÚDE
Santa Margarida - MG
CPF: 069.911.296-66

**Assinatura
(Carimbo)**

EXPERIÊNCIAS ASSOCIADAS À AMAMENTAÇÃO E A VOLTA AO TRABALHO DE MULHERES RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICAS: Fernanda de Souza Albergaria e Shirlei dos Reis Madeira

ORIENTADOR: Esp. Ana Paula Coelho Marcolino

LINHA DE PESQUISA: Cuidado de Enfermagem.

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo compreender as experiências associadas à amamentação e a volta ao trabalho de mulheres residentes em um município da Zona da Mata Mineira. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevista semiestruturada, a amostra do estudo foi composta por mulheres residentes em um município localizado na Zona da Mata Mineira. A busca ativa foi realizada mediante parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ficha B-GES. A Ficha B-GES refere-se a um instrumento/formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizada por ACS para cadastramento e acompanhamento das gestantes, reunindo dados gerais e sócios demográficos. Embora as opiniões de que o período da licença-maternidade seja curto, as mães se esforçaram para oferecer o leite materno, verificou-se que a volta ao trabalho traz novos arranjos e desafios e é imprescindível que a mulher tenha o apoio de todos ao seu redor para se adaptar à nova fase.

PALAVRAS-CHAVE: Maternidade; Amamentação; Experiências Emocionais; Volta ao Trabalho.

1. INTRODUÇÃO

Os padrões comportamentais que prescrevem o papel social das mulheres bem como aspectos culturais, econômicos e demográficos sofreram modificações nas últimas décadas. Houve o surgimento de uma nova identidade feminina e consequentes transformações na estrutura da família nuclear. A demanda pelo trabalho feminino ascendeu a partir da década de 1970, em meio a um período de crescimento econômico, resultado da urbanização e industrialização (ALVES, PAZELLO e SCORZAFAVE, 2017).

A intensificação da participação feminina no mercado de trabalho foi um dos fatores que promoveu as mais expressivas transformações na organização da sociedade. As mulheres conquistaram um novo *status* sobre o seu papel social e, em decorrência, assumiram novas funções (GARCIA e VIECILI, 2018).

O trabalho remunerado caracterizou-se como mais um papel na vida das mulheres, que traziam historicamente modelos conservadores, papéis tradicionais de mãe e de dona de casa (NASCIMENTO e BÔAS, 2016).

Segundo Cavalcanti e Baía (2017) as transformações culturais que colocaram as mulheres no mercado de trabalho aumentaram as suas tarefas, tanto domésticas,

quanto gestoras da família, e, assim, as mulheres ganharam uma nova posição revestida de responsabilidades individuais, familiares e sociais que lhe impuseram mudanças de comportamentos. A profissionalização, a maternidade e os cuidados do lar são algumas das atribuições femininas comuns na atualidade e que juntas exigem muito dos atributos físicos e psíquicos das mulheres.

A participação da mulher no mercado de trabalho é um dos principais motivos para não amamentar ou para o desmame precoce. Seu efeito atua de forma multidimensional e inclui principalmente a lassidão. Mulheres que planejam retornar ao trabalho após o parto têm menor probabilidade de iniciar ou continuar à amamentação (ROLLINS *et al.*, 2016).

Nesse âmbito, Calvacanti e Baía (2017) asseguram que mulheres, quando planejam retornar às suas atividades profissionais, enfrentam como principais desafios relacionados a essa temática: a mudança na rotina da família, a amamentação, a necessidade de inserir outra pessoa para os cuidados diários dos filhos, a gestão da casa e a disponibilidade de tempo e atenção para as atividades profissionais.

Destarte, a amamentação é um direito que a sociedade deve garantir a todas as mulheres, notadamente as mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho. Tanto as políticas sociais que visam à normatização, ao amparo e à proteção às mulheres na realização de suas atividades, quanto as ações educativas de apoio após o nascimento do bebê para manter a amamentação ao retornar ao trabalho, período em que ocorre o desmame, devem ser debatidas, planejadas e implementadas (MENDES, 2017).

Muitos autores preocuparam-se em analisar as evidências científicas acerca das barreiras e dos facilitadores ao aleitamento materno após retorno das mulheres ao trabalho, bem como as leis trabalhistas em relação à amamentação. No entanto, nota-se que existe escassez de pesquisas voltadas aos estudos das experiências e fatores emocionais associados à amamentação e a volta ao trabalho após a maternidade. Assim sendo, delineia-se como questionamento para o presente estudo: Como se constituem as experiências de mulheres ao retornarem ao trabalho após o fim da licença maternidade?

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi compreender as experiências associadas à amamentação e a volta ao trabalho de mulheres residentes em um município da Zona da Mata Mineira.

Nesse âmbito, o interesse pelo estudo proposto assume relevância uma vez que está pautado em possibilitar que essas mulheres encontrem novos arranjos nas suas vidas após o nascimento do bebê e o retorno ao trabalho, visando ao bem-estar individual, familiar e profissional e direcionar ações educativas e na reorientação das práticas adotadas pelos profissionais de saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. PARTICIPAÇÃO DA MULHER NO MERCADO DE TRABALHO

Durante muitos anos, o papel da mulher na sociedade tem ganhado notoriedade, principalmente na luta pela sua inserção social e participação no mundo dos negócios (BANISKI, MARTINS, MAIER, e STEINER NETO, 2016).

Além disso, estão cada vez mais ocupando lugares estratégicos na sociedade e no mercado de trabalho, derrubando barreiras para desfazer preconceitos socialmente impostos (WU, LI e ZHANG, 2019).

Segundo Santos (2017), por questões relacionadas à renda familiar e pelo fato de não serem reconhecidas e serem tratadas com desigualdades pela sociedade, as mulheres se ensartaram no mercado de trabalho. Elas se dispuseram a lutar, questionando as funções sociais impostas à mulher na sociedade, como, a de mãe, de esposa e de dona de casa, ou seja, a mulher busca por novos papéis com a possibilidade de realização profissional.

No entanto, apesar do destaque social, econômico, cultural e profissional conquistado nos últimos anos, surgiram os conflitos entre investir na carreira profissional ou optar pela maternidade e zelar pelo lar e filhos, uma vez que o instinto materno pode se destacar entre todas as suas conquistas (RESENDE, 2017).

Nas últimas décadas, com a inserção feminina no mercado de trabalho brasileiro, a legislação brasileira passou a normatizar a licença maternidade, visando oferecer amparo e proteção às mulheres na realização de suas atividades. Com a Constituição Federal de 1988, a licença-maternidade passou a ser um direito social constitucionalmente garantido a mãe trabalhadora que, ao engravidar, adquire o direito à licença maternidade de 120 dias sem prejuízo no salário da trabalhadora (AVOSANI, 2018).

No Brasil, a licença-maternidade de 120 dias atinge as recomendações mínimas da Organização Internacional do Trabalho de 14 semanas e a sua extensão para 180 dias atenderia às recomendações plenas de 18 semanas. Atualmente, a

licença-maternidade de 180 dias é obrigatória no serviço público e opcional para empresas do setor privado inscritas no Programa Empresa Cidadã (ORTELAN, VENANCIO e BENICIO, 2019).

Mesmo com a evolução das leis trabalhistas, evidenciamos que muitas instituições empregatícias não executam as obrigações garantidas às mulheres trabalhadoras, com exceções das instituições de médio e grande porte que cumprem parcialmente as leis de proteção à maternidade. A Consolidação das Leis Trabalhistas não inclui as mulheres trabalhadoras informais que não contribuem com a previdência social, deixando-as sem respaldo sob os direitos à amamentação, cabendo ao empregador a opção sobre essa concessão ao direito (CORREIA, MANNA, SORES e AMANCIO, 2019).

Para Colares e Martins (2016) ao mesmo tempo em que há um incentivo à profissionalização e uma cobrança para que as mulheres busquem investir em uma carreira profissional, permanece a expectativa do cumprimento de seu papel de mãe na sociedade.

2.2. A CONCILIAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE E O TRABALHO

A Maternidade como prática social tem sido construída e definida por instituições como a religião, a educação e até mesmo os meios de comunicação. Partindo de uma visão respeitável da família e da sociedade, estas instituições têm incidido em uma imagem totalmente positiva, incidente e sem dúvidas do que significa ser mãe. Assim, a experiência tendenciosa da maternidade em que vivem as mulheres tem estado sempre induzida pela representação que os outros constroem sobre esta fase e que, em alguma medida, silenciam-se os aspectos negativos (BARBOSA e CABILLO, 2015).

Silva *et al.* (2019) asseguram que a maternidade está atrelada a várias questões, seja do ponto de vista biológico, pessoal ou social, bem como a busca por um sentido na vida, o desejo de dar continuidade a própria existência e o carinho por crianças.

É importante lembrar que a maternidade vem trazendo diversos efeitos para a vida da mulher, no conjunto familiar, afetivo, social, financeiro e até mesmo profissional. Durante a gestação diversas mudanças físicas e emocionais começam a aparecer, cada gestação possui sua individualidade, com mais ou menos reproduções

no dia a dia da gestante. De todo modo, as demandas já não são mais as mesmas e podem ter repercussões na vida profissional (IVO e FERREIRA, 2019).

As mulheres enfrentam muitas dificuldades no mundo do trabalho. A primeira e mais comumente reconhecida decorre da divisão sexual do trabalho, que reserva às mulheres os afazeres domésticos e os cuidados com a família, sobrecarregando-as com a chamada dupla jornada de trabalho (ANDRADE, 2016).

Nesse âmbito, Rodrigues e Sapucaia (2016) asseveram que desigualdade no compartilhamento das tarefas domésticas, no cuidado para com os filhos, na ascensão profissional e socioeconômica e na remuneração financeira podem contribuir para que exista um sentimento de insatisfação nestas mulheres.

No entanto, Charraz (2017) assegura que esta realidade está modificando. Com o passar dos anos, os homens estão ampliando seu envolvimento na esfera da família, proporcionalmente a ampliação do envolvimento da mulher no mercado de trabalho, embora essa inserção masculina no âmbito doméstico ainda seja incipiente. Soma-se à carga de trabalho realizada pela mulher, o impacto emocional gerado pelo afastamento do bebê na ocasião do retorno ao trabalho, que pode repercutir diretamente na sua rotina, bem como em suas relações de trabalho.

Segundo Kalil e Aguiar (2016), na sociedade atual, a mulher assumiu um papel de destaque e importância, se a mulher em determinada sociedade tem uma alta participação no mercado de trabalho, o seu papel materno pode ser pouco valorizado e a amamentação pouco estimulada. Nesses casos, entende-se o trabalho da mulher como um fator que torna a amamentação ainda mais desafiadora.

Porém, a família desempenha uma função importante no estímulo à adesão e a continuidade da amamentação exclusiva. A família forma uma rede social de apoio e suporte, o que contribui para que os sentimentos de autoconfiança e satisfação emocional aumentem, assim como a disposição de dar afeto ao bebê (ALMEIDA, 2015).

A amamentação entre mulheres trabalhadoras tornou-se uma questão importante devido à crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, bem como na renda familiar. Consequentemente é impossível que as mulheres permaneçam fora do trabalho por um período não remunerado e dediquem-se ao cuidado de seus filhos, o que pode levar a mudanças na estrutura de cuidado e alimentação da criança (MONTEIRO, 2017).

Segundo Rollins *et al.* (2016) a amamentação pode ser continuada depois do retorno ao trabalho em cenários onde a licença maternidade ou creches estejam disponíveis e em que a amamentação ou a ordenha do leite materno são apoiadas. A redução das barreiras para mães trabalhadoras amamentarem por meio da provisão de salas de aleitamento e pausas para amamentar são intervenções de baixo custo que podem reduzir o absenteísmo e melhorar o desempenho, o comprometimento e a retenção da força de trabalho.

O retorno ao trabalho é marcado por arranjos e reorganizações que costumam promover cansaço, estresse, insegurança, culpa e ansiedade, exigindo um investimento emocional amplo para voltar ao equilíbrio (KRAUSE, 2017).

Dentre os novos desafios estão os impactos na vida emocional da mulher quando se aproxima o fim da licença maternidade. Conflitos inerentes a este período têm atrapalhado a produtividade e a adaptação no dia a dia das mães-trabalhadoras, podendo chegar até ao afastamento do emprego (BARROS, ZACARA e PATROCÍNIO, 2018).

De modo geral, Cavalcanti e Baia (2017) afirmam que todas as mulheres que vivenciaram esse retorno, relataram ser este um momento de profunda reflexão e, até certo ponto, preocupação com esse novo *status* de profissional e mãe, que não se desvencilha, mas que pouco é visto com solidariedade no ambiente de trabalho.

3. METODOLOGIA

O presente estudo de abordagem qualitativa foi realizado por meio de uma entrevista semiestruturada adaptada do estudo de Oliveira (2018). Sobre a pesquisa qualitativa, Taquette (2016, p. 526) afirma que:

A flexibilidade no trabalho de campo, que é sempre mais surpreendente e rico do que o imaginado e planejado. Quando o pesquisador se prende muito aos métodos e técnicas pode acabar esquecendo os significados presentes em seus dados, desconsiderando aspectos importantes do campo, devido à restrição de questionamentos dos procedimentos metodológicos.

Em termos gerais, a pesquisa qualitativa foca nas pessoas, naquilo que as faz recorrer aos cuidados e experiências com impacto na sua condição de saúde. A natureza da investigação qualitativa se centra na procura de significados, na medida em que os fenômenos, as manifestações, as ocorrências, os fatos, os eventos, as

ideias, os sentimentos e os assuntos moldam as vivências humanas (RIBEIRO, SOUZA e COSTA, 2016).

A pesquisa foi realizada com mulheres, residentes em um município localizado na Zona da Mata Mineira, com uma população estimada em 8.018 habitantes, sendo 3.587 do sexo feminino. Atualmente, o município tem como fonte econômica a pecuária, produzindo também, café, milho e banana, além de pequenas empresas (IBGE, 2017).

Foi previamente agendada uma reunião na Secretaria de Saúde do Município, para autorização da pesquisa pela gestão de saúde. Neste momento foram apresentados ao gestor os objetivos, justificativa e relevância da pesquisa.

Mediante autorização da Secretária Municipal de Saúde, realizou-se levantamento das mulheres cadastradas nas unidades Estratégia Saúde da Família (ESF). A busca ativa foi realizada mediante parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ficha B-GES. A Ficha B-GES refere-se a um instrumento/formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizada por ACS para cadastramento e acompanhamento das gestantes, reunindo dados gerais e sócios demográficos (BRASIL, 2003).

Após levantamento e identificação das mulheres, realizaram-se visitas domiciliares acompanhadas pelos ACS. Durante a visita, foi esclarecido sobre a pesquisa e realizado o agendamento das entrevistas conforme a disponibilidade das mulheres entrevistadas. A escolha do local para a realização da entrevista ficou a critério das entrevistadas, desde que o ambiente fornecesse privacidade. O tamanho amostral ficou estabelecido pelo critério de saturação dos dados.

As entrevistas foram realizadas em um período de 10 dias, iniciado no dia 10 de maio de 2020 e término dia 20 de maio de 2020. As entrevistas foram divididas em duas etapas: a primeira, foi um breve levantamento dos dados sociodemográficos para melhor caracterização das entrevistadas; a segunda parte consistiu em um roteiro semiestruturado com questões diretamente relacionadas ao objeto de estudo, a fim de compreender experiências associadas à amamentação e a volta ao trabalho de mulheres residentes em um município da Zona da Mata Mineira.

A entrevista semiestruturada, segundo Minayo (2010, p. 261)

É uma técnica privilegiada de comunicação e coleta de dados, ressalta que é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo.

Entrevistar não tem o objetivo fornecer respostas específicas, nem mesmo o de testar hipóteses ou avaliar algo específico, mas sim buscar tentativas de resgatar, registrar e compreender a experiência de outras pessoas e os significados que elas atribuem para essas experiências. Não pode existir indução para as respostas que se deseja ouvir (MIGUEL, 2010).

Participaram do estudo mulheres que retornaram ao trabalho após à maternidade há em média oito meses, maiores de 18 anos. Foram excluídas da pesquisa mulheres com menos de 18 anos, que não residem no município da investigação e fazem parte do grupo de risco de agravamento da Doença COVID-19. Considerando o momento excepcional de pandemia da COVID-19, foram adotadas ações de prevenção de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e com a realidade Municipal. Para tanto, foram utilizados equipamentos como luvas, máscara e óculos. Os protocolos seguidos foram: realizar a higiene das mãos e manter uma distância mínima de segurança de 1,5 metro, respeitando o distanciamento social seletivo (BRASIL, 2020).

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e tiveram sua participação concretizada mediante a 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-lhes o anonimato e a autonomia em recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo.

As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra. Elas foram organizadas em categorias de análise. A discussão dos dados se deu mediante as questões emergentes da coleta, utilizaram-se nomes fictícios para caracterizar os idosos institucionalizados.

4. CATEGORIAS EMERGENTES DA COLETA DE DADOS

Participaram do estudo 9 mulheres entre 22 a 37 anos, ou seja, essas mulheres já passaram a fase da adolescência, definida pela OMS como indivíduos com idade entre 10 e 19 anos. Isso mostra que a maioria das mulheres já atingiram a maturidade fisiológica e emocional, quando a mulher provavelmente se encontra mais preparada para assumir a maternidade e as mudanças trazidas por ela. Mães adolescentes

teriam maior dificuldade de amamentar devido à inexperiência e imaturidade psicológica (MARANHÃO, GOMES, NUNES e MOURA, 2015).

Observou-se que predominantemente as mulheres eram casadas. As mulheres que vivem sem o marido oferecem maior risco de amamentar exclusivamente o bebê por menor tempo quando comparadas àquelas que vivem com os parceiros. O apoio do companheiro assim como dos demais familiares auxiliam no desenvolvimento da autoconfiança e satisfação emocional da mãe (MACHADO, SANTOS e TRIGUEIROS, 2017).

Com relação à escolaridade entre as gestantes, preponderou o Ensino Médio. A escolaridade é fator influenciador na escolha e na manutenção da prática de amamentar, as mães de menor grau de escolaridade iniciam o pré-natal mais tardiamente, tendendo a retardar a decisão sobre a melhor forma de alimentar seus filhos. A menor escolaridade pode estar relacionada ao menor acesso desses grupos a uma rede de suporte familiar e social e a outros fatores facilitadores para a manutenção dessa prática (CAVALCANTI, 2015).

Com o intuito de descrever os resultados e resguardar suas identidades, as mulheres entrevistadas foram identificadas com nomes fictícios, Alice, Bruna, Cecília, Daniele, Ester, Fabiana, Gabriele e Helena. Os nomes foram escolhidos de forma aleatória, porém utilizou-se a ordem alfabética dos nomes verídicos para estabelecer a disposição da nomeação fictícia.

Os dados apresentados a seguir referem-se à três categorias que emergiram após a análise criteriosa dos relatos das mulheres, coletados por meio das entrevistas.

4.1 A MULHER E O MERCADO DE TRABALHO

A família patriarcal apresentou transformações em sua organização, dando lugar ao conceito de família nuclear em decorrência da independência da mulher em relação ao seu marido, conquistada com seu assalariamento (MOURA, LOPES e SILVEIRA, 2016).

No que diz respeito à participação da mulher no mercado de trabalho, manifesta-se o desejo de obter independência. Assim pode-se observar nos seguintes relatos que reflete essa proposição:

Olha eu sempre, como é que te digo, ter a minha independência, então eu optei pelo trabalho por esse motivo. (Daniele, 27 anos).

Pra ajudar nas despesas da casa e pra ser mais independente também. (Ester, 29 anos).

Dava vontade de largar o serviço, mas a gente tem um propósito né, continuar trabalhando gosta muito do que ta fazendo e também ter um pouquinho de independência. (Bruna, 37 anos).

O envolvimento de ambos em atividades remuneradas para contribuição com a renda do lar trouxe a denominação de casal de dupla renda e essa partilha financeira entre os cônjuges associa-se a maior equidade, *status* e realização, sendo estas umas das principais ambições do casamento (NEVES e NASCIMENTO, 2017).

Do ponto de vista financeiro, as entrevistadas trabalham para contribuir com a renda do lar, o que se verifica nas seguintes falas:

Para aumentar um pouco a renda para ajudar meu esposo dentro de casa. (Cecília, 31 anos).

A pra ajudar nas despesas de casa. (Fabiana, 33 anos).

Optei em trabalhar fora porque é uma forma de ajudar em uma renda dentro de casa e meu esposo trabalha na roça, então eu achei que era um ganho a mais que eu poderia ajudar dentro de casa. (Gabriela, 31 anos).

A cooperação financeira entre os casais depende de vários fatores como o rendimento individual e familiar, faixa etária, características de cada indivíduo, sentimento de pertença, crenças em relação ao dinheiro e organização familiar (COELHO, 2016).

Destarte, Sousa e Guedes (2016) ressaltam que a participação das mulheres no mercado de trabalho está ligada à facilidade que elas têm em conciliar trabalho e família, visto que os homens demonstram uma menor aptidão para os afazeres domésticos. Entretanto, observa-se uma sobrecarga nas mulheres que trabalham fora e concomitantemente realizam o trabalho doméstico. O que é evidenciado no seguinte relato:

Muito cansaço, por que tinha que trabalhar chegar em casa arrumar o serviço, esposo chegava da roça cansado querendo jantar, ai era serviço de casa da outra casa e é muito cansaço. (Alice, 22 anos).

Por terem que conciliar as atividades relacionadas ao cuidado com o filho, as tarefas do lar, o cuidado pessoal e o relacionamento com o esposo — com o pouco tempo que se encontram em casa considerando que exercem uma carga-horária

integral em seus empregos — as mulheres demonstraram vivenciar um desgaste físico (GARCIA e VERCI, 2018).

Nesse âmbito, uma das condições que mais se relacionam ao bem-estar da mãe é o amparo que ela recebe daqueles com quem convive, na medida em que o apoio social contribui para uma maternidade responsiva, sobretudo em situações estressantes. A rede de apoio social pode ser compreendida por membros da família, amigos, colegas de trabalho, relações comunitárias e serviços de saúde (CARDOSO e VIVIAN, 2017).

Foi solicitado às participantes que falassem como perceberam a reação de seus superiores quando contaram sobre gravidez e todas disseram que na empresa esboçaram reação positiva e deram apoio:

Não, diferença nenhuma minha chefe sempre foi minha amiga, sempre foi gente boa, a gente se entendeu muito bem. (Bruna, 37 anos).

Eles descobriram por si mesmo, e foi me apoiaram muito bem, a época eu ainda era agente de saúde, então eles me deram maior força. (Fabiana, 33 anos).

Conciliar o lado pessoal do profissional nem sempre é tarefa fácil para a mulher, principalmente para aquela que inclui a maternidade na sua vida. Essa combinação as obriga a se mostrarem sempre melhores porque muitas empresas evitam mulheres que sejam mães por não acreditar que elas apresentarão o desempenho esperado por entender que estariam com a cabeça dividida entre a casa, filho e a organização (MEDEIROS, 2019).

4.2 EXPERIÊNCIAS COM A MATERNIDADE E AMAMENTAÇÃO

A gestação traz consigo muitas expectativas e desafios a serem enfrentados tanto pela gestante quanto pelo parceiro e família. O conhecimento necessário para tal é adquirido de inúmeras maneiras, seja por orientação médica, seja pela experiência vivida por outras mães. Esse saber é também construído por experiências próprias ao longo do tempo. No entanto, o período gestacional e a interação direta entre mãe e filho são experiências individualizadas, em que cada mãe se torna protagonista de sua própria história (LIMA e VICENTE, 2016).

Ao encontro disso, verifica-se os seguintes depoimentos quando questionados sobre a maternidade:

Falar um pouco sobre a maternidade, trabalhei normalmente, não fui de tirar muito atestado, tirei, parei de trabalhar 15 dias faltando para ganhar o meu filho, trabalhei normalmente. (Bruna, 37 anos).

Ah pra mim foi bom, foi um período que aprendi muita coisa, foi legal. (Cecília, 31 anos).

Ah, experiência boa assim, é gostei, é tem as parte difícil é lógico, criança dá trabalho e tudo, mais foi muito bom, se eu pudesse tinha arrumado antes. (Daniele, 27 anos).

Existem fatores que podem dificultar a evolução da mulher na vivência como mãe, tais como a falta de tempo para se dedicar ao filho em decorrência da necessidade de retornar ao trabalho, o que também acarreta a oferta de leite materno por um período considerado curto por muitas mães, como evidente nas falas seguintes:

Bom é, eu tive 3 gestação, durante a minha gestação né graças a Deus passei bem das minhas três gestação porém eu acho complicado a mulher gestante é ter que assim parar de amamentar um filho com quatro meses né e voltar ao trabalho, essa é a parte mais difícil. (Gabriele, 31 anos).

Bom, primeiramente a minha relação é boa, só que podia ser melhor tipo assim poder passar mais tempo com a criança, é amamentar igual eu não pude, que eu não pude por que eu tive que trabalhar. (Alice, 22 anos).

O outro nasceu e nesse tempo eu fui trabalhar, deixei ele com 9 meses, aí tô até hoje, mas ruim assim de ser mãe com serviço, se fosse pra mim optar hoje eu preferia ficar em casa com mês filhos do que no serviço. (Fabiana, 33 anos).

O estabelecimento de laços emocionais entre a mãe e o filho ocorre desde o período gravídico e é potencializado a partir do momento do nascimento com o contato pele a pele, que pode ser estimulado por meio da amamentação (FUCKS *et al.*, 2015). O vínculo proposto pela amamentação é definido como prazeroso e o fato de a mãe poder proporcionar esse alimento benéfico ao filho gera uma sensação positiva nela, como observado nesse relato:

A melhor coisa pra mim, o prazer da vida de uma mãe é amamentar o filho, pra você sente ainda mais quando ele olha dentro do seu olho ali mamando você sente tudo, porque a criança que mama no peito e uma criança sadia, saudável. (Fabiana, 33 anos).

Segundo Sousa (2018), o leite materno é o alimento mais completo para suprir as necessidades do filho e é essencial ao desenvolvimento cognitivo e emocional do

bebê, garantindo a ele proteção contra possíveis infecções. Embora vantajoso, o aleitamento materno nem sempre é praticado pelo período recomendado devido a muitos motivos, fazendo com que a mãe ofereça leite de fórmula na mamadeira para o bebê. Quando indagadas sobre o assunto, as mulheres relataram suas experiências com a amamentação:

Bom a minha experiência não foi muito boa porque eu queria poder dar o leite, mas eu não dei por que ele não aceitou, não quis e eu tive eu optar a dar mamadeira. Por um lado foi até bom por causa do serviço, mas eu optava pelo peito não pela mamadeira. (Alice, 22 anos).

Com a amamentação eu peguei, dei leite um período muito pouco, eu consegui amamentar minha filha somente durante um mês e meio, ai depois eu já tive né que ta comprando leite e essas formulas, não era qualquer uma que ela se dava, também mesmo eu dando leite pouco tempo, eu tive um problema, uma inflamação na mama e por isso também eu tive que parar de estar amamentando né. (Daniele, 27 anos).

A fase de amamentação é um momento único na vida da mulher, que pode acarretar uma multiplicidade de sentimentos, os quais podem variar de uma mulher para outra, como em uma mesma mulher, dependendo das experiências vivenciadas. Ao amamentar, a nutriz experimenta diferentes sentimentos, atribuindo significados diversos, segundo o que apreendeu no próprio ato de amamentar (SILVA *et al.*, 2015).

Nos dias de hoje, a política do Ministério da Saúde, que promove, defende e protege o aleitamento materno, preparam-se por uma série de estratégias, duas das quais estão ligadas, diretamente, às temáticas deste artigo: o apoiar à Mulher Trabalhadora que Amamenta e a Proteção Legal ao Aleitamento Materno, essa proteção Legal ao Aleitamento Materno, como o próprio nome indica, compreende um aparato jurídico para garantir o direito de mulheres trabalhadoras de amamentarem seus filhos e para proteger o aleitamento materno (KALIL e AGUIAR, 2016)

4.3 A VOLTA AO TRABALHO APÓS A MATERNIDADE

A volta ao trabalho após a maternidade é relatada como uma situação difícil para a mulher, pois ela se sente bem por poder trabalhar, mas ao mesmo tempo se depara com uma nova situação a se adaptar: deixar o bebê em casa enquanto ela trabalha:

Olha, ao mesmo tempo assim que você fica triste, eu tava me sentindo feliz retornando ao trabalho, mas até porque eu preciso trabalhar, mas com o coração na mão um pouquinho por ter que deixar minha filha pra trás, não poder

ta com ela, só que eu sempre trabalho pensando nela, penso nela ao trabalhar, então é uma sensação nova. (Daniele 27 anos).

Ah foi bem difícil, porque o neném estava pequeno ainda né, e eu fiquei assim, pensei até em sair do serviço por que eu achei que ele não ia adaptar né, com a pessoa olhando ele sem eu né, achei que ele não fosse adaptar, eu pensei até em sair do serviço. (Ester, 29 anos).

Nosso Deus, foi bom não, eu sentia falta do João do Lucas, acho que eu sentia mais falta dele do que ele de mim, mas depois eu acabei acostumando. (Helena, 33 anos).

O processo de voltar às atividades de trabalho após passarem pelo período de licença-maternidade é vivenciado de formas muito diferentes: para algumas essa experiência é aparentemente não causadora de sofrimentos, enquanto para outras se torna um momento bastante difícil e dolorosa. Pois, nos quatro meses essas mães destinam seu tempo aos cuidados da criança e quando chega o momento de retomar suas atividades diárias, ambas passam por diversas separações (JOST, 2018).

O regresso ao trabalho gera na mãe um impacto emocional devido ao afastamento do bebê e soma-se a isso a carga de trabalho e da nova rotina a ser adotada. O rearranjo no cotidiano pode trazer à mulher sentimentos como insegurança, culpa, ansiedade e cansaço (GARCIA e VIECILI, 2018).

Algumas mães relatam preocupação em deixar os filhos com outras pessoas para que elas voltem a trabalhar:

Eu pensei até em sair do serviço, porque eu achei que ele não ia adaptar né, com a pessoa olhando ele sem eu ne. (Ester, 29 anos).

Pior coisa da vida, você saber que você vai deixar seu filho, por mais que você deixe com uma pessoa que vai cuidar muito bem mas, a preocupação fica toda vida, ainda mais o Antônio que foi o último nasceu com problema você fica morrendo de medo dele de alguma coisa. (Fabiana, 33 anos).

Outra questão que a mulher enfrenta é conciliar trabalho e amamentação, não havendo a opção de amamentar sob livre demanda em decorrência da carga horária de trabalho e algumas o fazem no horário de almoço:

Estava, estava amamentando. Eu ia no horário de almoço amamentá-lo. (Bruna, 37 anos).

Sim, é eu ia em casa almoçar, quando eu cheguei a voltar ela já tava comendo alguma coisinha por fora, papinha, não era tão difícil. (Cecília, 31 anos).

Todavia, algumas entrevistadas relataram não estar amamentando quando retornaram ao trabalho, como evidenciado:

Não, amamentei somente um mês e meio. (Daniele, 27 anos).

Não, porque ele não adaptou o peito dei a mamadeira. (Alice, 22 anos).

Após o nascimento do filho, as mães buscam aproveitar ao máximo o tempo que podem ficar junto ao bebê antes de precisar retornar às suas atividades laborais e muitas acreditam que o período de quatro meses concedido às mães trabalhadoras não é suficiente para oferecer os cuidados necessários à criança, principalmente em se tratando de amamentação. As falas de algumas entrevistadas ilustram essa realidade:

Muito pouco deveria ser muito mais porque, pensa bem uma criança apenas de 4 mezinho, não sabe nada da vida ainda e tem que ficar longe da mãe o dia todo e optar para mamadeira, apesar de tudo eles fala que o leite é bom né mas eu acho que não, porque bom mesmo é o da mãe, não é esses comprado não. (Alice, 22 anos).

Olha eu acho que assim, 4 meses se torna muito pouco para uma mãe amamentar, por que nem todas as mães tem condições de estar vindo em casa, eu acho que 4 meses e muito pouco, tempo pra uma mãe ter que voltar e deixar o pequeninho em casa. (Daniele, 27 anos).

Percebe-se o desejo das mães em ter uma licença-maternidade por um período maior para acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos filhos nos primeiros meses de vida:

Então eu acho que deveria ser uns 8 meses ou quase 1 ano, até a criança larga por conta própria seria bom. (Alice, 22 anos).

Mais tempo para ficar junto da criança, e eu pensei por umas três vezes quando eu voltei a trabalhar em largar o serviço. (Bruna, 37 anos).

Ah eu gostaria que a gente tivesse mais acesso, mais tempo pra poder estar com criança, eu acho que teria que ter esse vínculo com a criança durante o dia, tipo você passa maternidade 8 horas por dia fora da criança longe da criança então se tivesse como a gente ter contato com a criança durante o dia mais vezes seria bom. (Ester, 29 anos).

Ainda assim, o período recomendado pelo Ministério da Saúde para o aleitamento exclusivo é de 6 meses, não sendo necessária a oferta de nenhum outro alimento ao bebê (SOUSA, 2018).

Para Rimes, Oliveira e Boccolini (2019), a licença-maternidade é um facilitador para a prática do aleitamento materno exclusivo, visto que em seu estudo as mães em licença-maternidade mostraram maior prevalência na oferta da amamentação exclusiva em comparação às mães que não possuíam trabalho remunerado e às mães que trabalharam sem licença-maternidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa nos permitiu compreender as experiências vividas por mães trabalhadoras ao retomarem suas atividades laborais após o nascimento do filho. Experiências essas relatadas como exaustivas, trazendo mudanças à rotina e vida dessas mulheres, que se sentem incomodadas em se distanciar dos filhos durante o período em que elas estão no trabalho. Para as entrevistadas, a licença-maternidade deveria ter uma duração maior para que elas pudessem aproveitar mais o vínculo entre mãe-filho, acompanhar o desenvolvimento das crianças nos primeiros meses de vida e proporcionar o aleitamento materno por mais tempo.

Diante disso, verificou-se que a volta ao trabalho traz novos rearranjos e desafios e é imprescindível que a mulher tenha o apoio de todos ao seu redor para se adaptar à nova fase.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Bruna; PAZELLO, Elaine Toldo; SCORZAFAVE, Luiz Guilherme Dácar da Silva. **Retorno da Mulher ao Mercado de Trabalho: Impacto da Licença-Maternidade**. 2017. Disponível em: https://www.anpec.org.br/encontro/2017/submissao/files_I/i13a1dce984011249fe59ff408396533c27.pdf. Acesso em: 22 fev.2010
- ALMEIDA, Jordana Moreira de. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Paul Pediatr.** v.33, n.3, p.355-362, 2015.
- ANDRADE, Tania. **Mulheres no mercado de trabalho: onde nasce a desigualdade?** Câmara dos Deputados, Estudo Técnico, consultoria legislativa. 2016. Disponível em: file:///C:/Users/anapa/Downloads/mulheres_mercado_andrade.pdf. Acesso em: 22 mar. 2020.

AVOSANI, Marina. **A evolução dos direitos da mulher no mercado de trabalho com ênfase na licença- maternidade**. Orientadora: Erika Paula de Campos, 2018. Monografia (Bacharel em Direito)- Centro Universitário Curitiba. Curitiba, 2018. Disponível em: <https://www.unicuritiba.edu.br/images/tcc/2018/dir/MARINA-AVOSANI.pdf> Acesso em: 20 mar. 2020

BANISKI, Gislaine Martinelli; MARTINS, Larissa Mongruel; MAIER, Rubia Carla; STEINER NETO, Pedro José. Mulheres empreendedoras: desvelando estratégias e perfil de gestão. **Revista Espacios**, v. 37, n. 37, p.20, 2016.

BARROS, Izabella Paiva Monteiro de; ZACARA, Deborah Juliana dos Santos; PATROCINIO, Vanessa. Reflexões acerca de possíveis desencadeantes biopsicossociais de conflitos na maternidade e o surgimento de fenômenos psicossomáticos na mãe e no bebê. **Rev. Ibirapuera**, São Paulo, n.15, p. 43-50. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/anapa/Downloads/138-620-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/anapa/Downloads/138-620-1-PB%20(2).pdf) Acesso em: 12 mar.2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/siab/downloads/manual.pdf>. Acesso em: 25 abr.2020

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília-DF: CNE 2012. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 05 abr.2020

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia> Acesso em: 10 set.2020

CARDOSO, Ana Carolina Alifantes; VIVIAN, Aline Groff. Maternidade e Suas Vicissitudes: a importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebe. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.17, n.1, p.43-51, jan./dez, 2017.

CAVALCANTI, Natália Silva Barros; BAÍA, Deylane Corrêa Pantoja. **Ser mãe no mundo do trabalho**: notas sobre os desafios da reinserção de mulheres no mercado de trabalho após a experiência de maternidade. *In*: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11. Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499457316_ARQUIVO_Sermaenomundodotrabalho.pdf Acesso em: 10 set .2020.

CAVALCANTI, Sandra Hipólito. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. **Rev Bras Epidemiol**. v.18, n.1, p.208-219, 2015.

COELHO, Lina. Finanças conjugais, desigualdades de gênero e bem-estar: Facetas de um Portugal em crise. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 111, p.

59-80, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S2182-74352016000300003&script=sci_abstract&lng=fr. Acesso em: 07 out. 2020.

CORREIA, João Matheus Eleutério; MANNA, Maria Laura Vieira; SORES, Monique Naiumy; AMANCIO, Natália de Fátima Gonçalves. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre aleitamento materno exclusivo. **Braz. J. Hea. Rev. Curitiba**, v. 2, n. 6, p.5280-5294, nov./dec. 2019.

COLARES, Sthephany Caroliny dos Santos; MARTINS, Ruimarisa Pena Monteiro. Maternidade: uma construção social além do desejo. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 6, n. 1, p. 42-47, 2016.

CHARRAZ, Ana Sofia. **Conciliação entre o trabalho e a família**: identificação das práticas organizacionais vigentes e contributos para a implementação de novas práticas de conciliação. Orientadora: Carla Semedo, 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Escola de Ciências Sociais - Universidade de Évora, Évora, 2017. Disponível em: [https://www.ciep.uevora.pt/ensino/mestrados/curso/\(codigo\)/507/\(view\)/teses/\(item\)/7722](https://www.ciep.uevora.pt/ensino/mestrados/curso/(codigo)/507/(view)/teses/(item)/7722) Acesso em: 02 abr.2020

FUCKS, Ingrid Dos Santos. *et al.* A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. **Avances em Enfermería**, v. 33, n. 1, p. 29-37, 2015.

GARCIA, Carla Fernandes; VIECILII, Juliane Viecili. Implicações do retorno ao trabalho após licença-maternidade na rotina e no trabalho da mulher. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 271-280, maio. 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/rio-casca/panorama> Acesso em: 08 abr.2020.

IVO, Andressa Aita; FERREIRA, Caroline Foggiao. Maternidade e produção científica: análise dos editais de fomento à pesquisa nas universidades públicas do rio grande do sul. **Revista Diversidade e Educação**, v.7, n. especial, p.165-182, 2019.

JOST, Daniela. **Ser mãe, ser trabalhadora**: significações do trabalho após a licença-maternidade. Orientador: Marcus Vinicius Castro Witczak. 2018. Conclusão (Bacharel em Psicologia)- Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/2230/1/Daniela%20Jost.pdf> Acesso em: 02 set. 2020.

KALIL, Irene Rocha; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. **Saúde Debate**, v.40, n.110, p.208-223, jun./jul. 2016.

KRAUSE, Leticia Iorio. **Mulher, trabalho e maternidade: demandas no retorno da licença-maternidade**. Orientador: Vera Lucia Marques de Figueiredo. 2017. 74 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente)- Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <http://tede.ucpel.edu.br:8080/jspui/handle/tede/635> Acesso em: 02 abr.2020.

LIMA, Ana Laura Godinho; VICENTE, Barbara Caroline. Os conhecimentos sobre a maternidade e a experiência da maternidade: uma análise de discursos. **Estilos clin**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 9-113, 2016.

MACHADO, Ana Carla Lemos; SANTOS, Juliana Dias Almeida; TRIGUEIROS, Patrícia Quadros dos Santos. Perfil das doadoras de leite materno do banco de leite humano de uma maternidade federal da cidade de Salvador, Bahia. **Rev. Ped. SOPERJ**, v. 17, n. 2, p. 18-24, jun. 2017.

MARANHÃO, Thatiana Araújo; GOMES, Keila Rejane Oliveira; NUNES, Laura Barbosa; MOURA, Laís Norberta Bezerra de. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cad. Saúde Coletiva**. v.23, n.2, p.132-139, 2015.

MEDEIROS, Milena Andrade Santos. **Ingresso e permanência da mulher no ensino superior após a maternidade**: um estudo com as alunas do curso de Administração da Universidade Federal de Sergipe. 2019. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/11573/2/Milena_Andriele_Santos_Medeiros.pdf Acesso em: 02 out.2020.

MENDES, Sara Cavalcanti. **Duração do aleitamento materno total e fatores associados numa coorte de crianças menores de dois anos residentes em João Pessoa**. Orientador: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna. 2017. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 2010. **Law Review**, v. 1, n. 6, p. 156-172, 2015.

MIGUEL, Fernanda Valim Côrtes. A entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no campo da linguística aplicada. **Revista Odisséia**, n.5, jan./jun, 2010 <https://periodicos.ufrn.br/odisseia/article/view/2029> Disponível em: 23 mar.2020.

MONTEIRO, Fernanda Ramos. **Situação da amamentação e licença-maternidade no Brasil**. Orientadora: Teresa Helena Macedo da Costa. 2017. 73 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24387> Acesso em: 10 abr.2020.

MOURA, Renan Gomes de; LOPES, Paloma de Lavor; SILVEIRA, Regina Coeli da. Gênero e família: a mulher brasileira chefe de família. Que mulher é esta? **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v.11, n. 32, p. 55-66, 2016.

NASCIMENTO, Grasielle Augusta Ferreira; BÔAS, Regina Vera Villas. Proteção da mulher: direito individual e social à igualdade de condições no mercado de trabalho e ao direito à maternidade. **Conpendi Law Review**, v. 1, n. 6, p. 156-172, 2015.

NEVES, Diana Rebelo; NASCIMENTO, Rejane Prevot. A divisão entre trabalho, família e organizações para casais de dupla jornada (Two-jobcouples): Notas para um debate sobre o caso brasileiro. **E & G Economia e Gestão, Belo Horizonte**, v. 17, n. 48, p-1-184, 2017.

OLIVEIRA, Arianne Ribeiro Thiago de. **Maternidade e carreira: desafios da mulher no mercado de trabalho após a licença maternidade**. Orientador: Denise Salles. 2018. 46 f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Administração)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/8518/1/TCC%20%20ARIANNE%20DE%20OLIVEIRA%20-%20mat.%2020823174.pdf> Acesso em: 10 abr.2020.

ORTELAN, Naiá; VENANCIO, Sonia Isoyama; BENICIO, Maria Helena Aquino. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. **Cad. Saúde Pública**. v.35, n.8, p.1-15, 2019.

RESENDE, Deborah Kopke. Maternidade: uma construção histórica e social. Pretextos. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**. v.2, n.4, p.175-191, jul./dez. 2017.

RIBEIRO, Jaime; SOUZA, Dayse Neri de; COSTA, António Pedro. 2016. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.21, n.8, p.2324-2324, 2016.

RIMES, Karina Abibi; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. Licença-maternidade e aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, v.10, p.1-12, 2019.

ROLLINS, Nigel C. *et al.* Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 25, n. 1, p. 25-44, Brasília, 2016.

RODRIGUES, Cíntia. SAPUCAIA, Mônica. Proteção à maternidade: uma reflexão sobre apaziguamento e sedimentação das desigualdades entre homens e mulheres. **Revista da ABET**, Curitiba, v.15, n.1, p. 22-32, jan./jun. 2016.

SANTOS, Cristina Silva dos. **Memórias de mulheres inseridas no mercado de trabalho na sociedade brasileira: Mulheres em postos de responsabilidade judiciária na Bahia**. Orientadora: Rita Radl Philipp. 2017, 161 f. Tese (Doutorado Memória: Linguagem e Sociedade)- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, BA.2017. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppgmls/wp-content/uploads/2018/03/Tese-Cristina-Silva-dos-Santos.pdf> Acesso em: 05 abr.2020.

SILVA, Michele Aparecida. *et al.* Conciliando maternidade e carreira profissional: percepções de professoras do Ensino Superior. **Revista Vianna Sapiens**, v.10, n.2, p.190-216,2019.

SILVA, Clarice Merel Soares da. *et al.* Sentimentos e vivências maternas associadas ao processo de amamentação. **Revista de Enfermagem UFPE online, Recife**, v. 9, n. 8, p. 9343-9351, 2015

SOUSA, Beatriz Gravina de. **Aleitamento materno**: vantagens para a mãe e para o bebê e os porquês do desmame precoce. Orientadora: Gladma Rejane Ramos Araújo da Silveira, 2018. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, 2018.

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 30, n. 87, p. 123-139, 2016.

TAQUETTE, Stella Regina. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde**. v. 2. p. 524-526, 2016. Disponível em: <https://viannasapiens.emnuvens.com.br/revista/article/view/586/335> Acesso em: 10 abr.2020.

WU, Juan; LI, Yaokuang; ZHANG, Daru. Identificando as barreiras empreendedoras das mulheres e fortalecendo o empreendedorismo feminino em todo o mundo: uma abordagem QCA de conjunto difuso. **International Entrepreneurs ship and Jornal, Springer**, v.15, n. 3, p. 905-928, 2019.

ANEXO I- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
 SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
 CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

Pesquisa: Experiências associadas à amamentação e a volta ao trabalho de mulheres residentes em um município da Zona da Mata Mineira

Pesquisadoras: Fernanda de Souza Albergaria e Shirlei dos Reis Madeira

Orientadora: Profa. Ana Paula Coelho Marcolino

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ENTREVISTA

Adaptado do questionário de Oliveira (2018).

Nome: _____

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Informações objetivas

1. Qual sua idade?
2. Qual a sua escolaridade? (se tiver curso técnico ou superior perguntar em qual área).
3. Qual seu estado civil?
4. Possui alguma religião?
5. Você tem quantos filhos?
6. Ajuda nas despesas da casa?
7. Por que você optou por trabalhar fora?
8. Possui casa própria?
9. Qual a sua atividade laboral dentro da empresa?

Informações subjetivas

10. Fale um pouco das suas experiências em relação à maternidade.
11. Fale um pouco das suas experiências com a amamentação.
12. Como você percebeu a reação dos seus superiores quando contou que estava grávida?
13. Quanto tempo teve de licença maternidade?
14. Como você se sentiu retornando ao trabalho após a maternidade?
15. Como você se sentiu deixando o bebê com alguém para voltar a trabalhar?
16. Quando você voltou a trabalhar estava amamentando. Como foi conciliar o trabalho com a amamentação?
17. O que você pensa da mãe que amamenta ter 4 meses de licença maternidade?
18. O que você gostaria que fosse diferente em relação à maternidade, a amamentação e o trabalho?

OLIVEIRA, Arianne Ribeiro Thiago de. Maternidade e carreira: desafios da mulher no mercado de trabalho após a licença maternidade. Orientador: Denise Salles. 46 f. 2018. Conclusão (Graduação em Administração)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em:

<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/8518/1/TCC%20%20ARIANNE%20DE%20OLIVEIRA%20-%20mat.%2020823174.pdf> Acesso em: 10.abr.2020.

Adaptado pelas pesquisadoras do estudo.

ANEXO II- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **Experiências associadas à amamentação e a volta ao trabalho de mulheres residentes em um município da Zona da Mata Mineira**. Nesta pesquisa, pretendemos compreender as experiências associadas à amamentação e a volta ao trabalho de mulheres residentes em um município da Zona da Mata Mineira. Pretende-se, de posse dos resultados, possibilitar que essas mulheres encontrem novos arranjos nas suas vidas após o nascimento do bebê e o retorno ao trabalho, visando ao bem-estar individual, familiar e profissional e direcionar ações educativas e na reorientação das práticas adotadas pelos profissionais de saúde. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada e breve levantamento sócio demográfico. A discussão dos dados se dará mediante as questões emergentes da coleta, utilizaremos nomes fictícios para caracterizar as mulheres entrevistadas e assim resguardar sua imagem.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em causar constrangimentos mediante aos questionamentos elencados no questionário. Eles serão minimizados a partir de uma entrevista-piloto com 5 indivíduos não participantes da pesquisa. Este estudo possibilitar que essas mulheres encontrem novos arranjos nas suas vidas após o nascimento do bebê e o retorno ao trabalho, visando ao bem-estar individual, familiar e profissional e direcionar ações educativas e na reorientação das práticas adotadas pelos profissionais de saúde.

Para participar deste estudo, a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, a Sra. terá assegurado o direito à indenização. A Sra. tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato

_____, fui informada dos objetivos da pesquisa “**Experiências associadas à amamentação e a volta ao trabalho de mulheres residentes em um município da Zona da Mata Mineira**” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Paula Coelho Marcolino

Endereço: Rua Miguel Monteiro

Telefone: (031)98308-5828

Email: anapawlamarcolino@outlook.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO III –AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ORIZÂNIA
Estado de Minas Gerais

AUTORIZAÇÃO

Eu, Taciana da Cunha Souza, na qualidade de Secretária de Saúde do Município de Orizânia - MG, autorizo o acesso aos dados dos usuários do serviço desta instituição mediante parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ficha B-GES, para realização da pesquisa intitulada "Experiências associadas à amamentação e a volta ao trabalho de mulheres residentes em um município da Zona da Mata Mineira", a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Ana Paula Coelho Marcolino, Fernanda de Souza Albergaria e Shirlei dos Reis Madeira. Esta autorização só é válida se houver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Orizânia, 14 de maio de 2020


Secretária de Saúde

Taciana da Cunha Souza
Secretária Municipal de
Saúde de Orizânia

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICAS: Fernanda Lopes Coelho Freitas e Rayane Neves Pereira

ORIENTADOR: Prof. M.Sc. Laudinei de Carvalho Gomes.

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

RESUMO

O Centro Cirúrgico é um setor complexo, de características singulares e que demanda assistência de enfermagem qualificada e atualizada para garantia da segurança do paciente cirúrgico. O objetivo deste estudo é verificar a atuação do enfermeiro na promoção da cirurgia segura e os riscos assistenciais de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Trata-se de uma pesquisa descritiva realizada em uma instituição da Zona da Mata Mineira. A amostra foi composta por profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico. Para coleta de dados aplicou-se questionário semiestruturados. Os resultados deste estudo mostram que os protocolos de cirurgia segura são de extrema importância na organização do serviço e na sistematização da assistência e, mesmo com a equipe possuindo conhecimento sobre os protocolos e com a ocorrência de educação continuada, ficou evidente que parte da equipe desconhece a SAE e a SAEP. Há ainda, fatores, além do conhecimento dos protocolos, que interferem no cuidado ao paciente cirúrgico e visível necessidade de melhoria por parte dos profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Cirúrgica; Centro Cirúrgico; Cuidados de Enfermagem; Assistência de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta utilizada a fim de potencializar o cuidado de Enfermagem, que certifica aos pacientes uma assistência de qualidade e segura, além de auxiliar no aperfeiçoamento do diálogo entre as equipes. Logo, é notória a relevância da SAE tanto para os profissionais prestadores do cuidado, quanto para os pacientes e os grupos de trabalho (JOST, VIEGAS e CAREGNATO, 2018).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), nº 358/2009, todo local em que se opera cuidado profissional de Enfermagem deverá se aplicar a SAE, sendo este um instrumento metodológico que organiza o trabalho profissional do Enfermeiro fazendo-se possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), colaborando com a atenção à saúde e evidenciando o reconhecimento profissional.

De acordo com Martins e Dall'Agnol (2016) o Centro Cirúrgico (CC) é um ambiente de característica singular, com intervenções invasivas, procedimentos de alta complexidade, precisão e efetividade, com abordagem tanto em caráter eletivo

quanto emergencial. Naquela unidade, os profissionais devem estar qualificados para atender às necessidades dos pacientes, proporcionado desempenho próprios e característicos do CC. Devido à complexidade, necessita de atuação individual e da equipe a fim de proporcionar qualidade no serviço prestado.

Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 529 (BRASIL, 2013), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é a execução de iniciativas para segurança do paciente, organização dos serviços de saúde, melhoria na qualificação do cuidado, redução dos eventos adversos e danos ao cuidado em saúde, com seção especial para o Protocolo de Cirurgia Segura.

O Protocolo para Cirurgia Segura define ações que devem ser estabelecidas para diminuir incidentes que resultam em danos à saúde e complicações cirúrgicas, promovendo melhorias em relação à segurança do paciente cirúrgico. Esse protocolo proposto pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) deve ser aplicado pelo profissional integrante da equipe cirúrgica, em todos os estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos que envolvam a incisão cirúrgica ou a inserção de equipamentos endoscópicos (ANVISA, 2013).

Para Campos *et al.* (2015) o enfermeiro atuante no CC tem por responsabilidade, implantar, coordenar e treinar a equipe para a execução do protocolo durante os procedimentos cirúrgicos. O enfermeiro coordenador do centro cirúrgico atua gerenciando e organizando a assistência, relaciona-se com a equipe, com paciente e a sua família, promovendo, ainda, o atendimento de qualidade.

Entretanto, estes profissionais encontram grandes dificuldades para implantar e utilizar ferramentas de gestão e organização, promoção do conforto e segurança do ambiente, da equipe e do paciente admitido no centro cirúrgico (GUTIERRES, 2018). Para minimizar estas dificuldades, a Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) foi desenvolvida com a finalidade de promover a assistência integral, continuada, documentada e avaliada, proporcionando a continuidade do cuidado e colaborando no processo de segurança cirúrgica de forma a integrar a equipe multidisciplinar com o paciente e sua família durante todo o processo operatório (SANTO *et al.*, 2020).

Dessa forma, este estudo visa a retratar a atuação do Enfermeiro dentro deste setor e a utilização das ferramentas que auxiliam na assistência e segurança dos pacientes submetidos a cirurgias em um hospital de pequeno porte.

O Processo de Assistência de Enfermagem desfruta de mecanismos que colaboram com as atividades realizadas neste local, visto que o centro cirúrgico é um dos setores mais complexos da unidade hospitalar em virtude de suas especificidades. A complexidade dos procedimentos, a promoção da assistência segura, as atribuições e a assistência realizada no CC pelos enfermeiros promovem a seguinte questão norteadora: Como é realizada a assistência de Enfermagem na promoção da segurança do paciente em procedimentos cirúrgicos em um hospital de pequeno porte?

Assim, o objetivo deste estudo é verificar a atuação do enfermeiro na promoção da cirurgia segura e os riscos assistenciais de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Este estudo é importante por abordar uma questão complexa e atual, que ressalta a segurança do paciente cirúrgico em um hospital de pequeno porte, de acordo com a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico, além de favorecer a atualização da temática no ambiente acadêmico.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No contexto hospitalar, o Centro Cirúrgico caracteriza-se como um dos setores de maior complexidade, sobrepondo à assistência de qualidade prestada ao paciente. A equipe multidisciplinar do CC é responsável pelo cuidado durante todo período perioperatório do cliente, desde o momento da recepção no pré-operatório, até a recuperação anestésica do pós-operatório (BOTELHO *et al.*, 2018).

Segundo Brito e Ferreira (2018), o profissional de Enfermagem que atua neste ambiente deve estar sempre se inteirando dos saberes técnicos científicos para lidar com as responsabilidades do setor e com o relacionamento interpessoal com a equipe, uma vez que o centro cirúrgico incorpora a interação entre vários profissionais de saúde.

Assim, a SAE é o instrumento metodológico criado com a intenção de proporcionar um cuidado de forma integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, contribuindo com a organização da assistência prestada. A partir da aplicabilidade da SAE, é possível executar o Processo de Enfermagem (PE), instrumento que norteia o cuidado em Enfermagem. No ambiente cirúrgico, o Processo de Enfermagem é qualificado como SAEP (RIEGEL e OLIVEIRA JUNIOR, 2017; RIBEIRO, FERRAZ e DURAM, 2017).

A SAEP é um instrumento que viabiliza o planejamento e controle da assistência nos períodos pré, trans e pós-operatório. Este instrumento direciona as ações de enfermagem no centro cirúrgico com a finalidade de promover intervenções planejadas, de qualidade, fundamentadas e avaliadas, permitindo assistir o paciente e a família de forma integral (FENGLER e MEDEIROS, 2020).

O profissional de Enfermagem enfrenta dificuldades constantes na realização de seu trabalho. Entre os desafios enfrentados encontra-se o uso de instrumentos de gestão e organização, desenvolvimento do conforto e segurança do paciente e da equipe cirúrgica. Para tanto, é necessário planejar ações por meio da gestão do cuidado (GUITERRES, 2018).

No contexto do estudo, Castro *et al.* (2018) descrevem que os Eventos Adversos (EAs) acontecem por vários motivos, podendo ser causados pela diversidade de equipamentos tecnológicos utilizados no procedimento, elevada carga horária de trabalho, falta de qualificação dos profissionais e relacionamento com a equipe.

Em consonância, Andrade *et al.* (2018) discorrem que a segurança do paciente se define pela redução de ocorrência de eventos adversos na assistência prestada ao cliente pela equipe do Centro Cirúrgico.

Contudo, Silva *et al.* (2020) afirmam que a qualidade das ações desenvolvidas no CC está relacionada com a união dos seus próprios processos com o ambiente físico adequado, equipamentos apropriados e profissionais qualificados. Esses fatores combinados são capazes de gerar indicadores positivos e conduzir o processo de gestão para prováveis desafios.

Dessa forma, com o advento da segurança do paciente nas instituições, notam-se progressos na assistência exercida, pois a gestão é voltada para a prevenção e controle dos riscos. O gerenciamento dos eventos adversos propicia à enfermagem a avaliação do cuidado ofertado ao cliente, analisando as dificuldades, permitindo buscar ações para minimizar danos no ambiente do centro cirúrgico (COSTA, 2020).

Em 2013, a ANVISA e o Ministério da Saúde, em consonância com a lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), elaboraram o Protocolo de Cirurgia Segura, integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. O Protocolo objetiva ampliar a segurança dos processos cirúrgicos e a diminuição dos Eventos Adversos, sendo fundamentado pela Lista de

Verificação de Segurança do Paciente, por meio de um *checklist* que integra as fases do período operatório (OLIVEIRA, 2017).

Diante do exposto, para Botelho *et al* (2018), o Enfermeiro no Centro cirúrgico deve ter sua atuação pautada nas especificidades deste setor, promovendo a cultura da cirurgia segura, articulando e envolvendo todos os profissionais que atuam neste local. Como gestor e líder deve promover o bom relacionamento entre a equipe e o paciente, para que este, desde sua internação, tenha qualidade e minimização de danos.

3. METODOLOGIA

Para realização desta pesquisa foi optado pela abordagem descritiva, uma vez que permite maior aprofundamento do tema e análise dos fenômenos evidenciados, em consonância com tema proposto. Segundo Bruchez *et al.* (2015), as pesquisas descritivas destinam-se a conhecer a relação entre variáveis, evidenciando, além da descoberta, a análise dos fatos, pretendendo descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Refere-se, portanto, a uma investigação aprofundada da realidade pesquisada.

A pesquisa tem como universo profissionais de Enfermagem que atuam em uma instituição hospitalar de um Município localizado na Zona da Mata Mineira, com uma população de 23.818 habitantes (IBGE, 2010). É uma instituição sem fins lucrativos, classificada como hospital de baixa e média complexidade, corpo clínico com especialidades médicas, possui Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) (BRASIL, 2020).

Para coleta de dados, foi informado aos participantes o universo da pesquisa, o objetivo do estudo, a relevância e a justificativa. A participação foi concretizada mediante a 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-lhes o anonimato e autonomia em recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo. Foram excluídos os profissionais de Enfermagem em licença por doença, férias e que recusarem a participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no início no mês de julho.

Para pesquisa foi utilizado o instrumento de coleta questionário semiestruturado adaptado de Gutierrez (2018). O questionário está dividido em três partes: a primeira relacionada aos aspectos sociodemográfico; a segunda sobre

caracterização profissional e a terceira relacionada ao trabalho dos profissionais em centro cirúrgico e a segurança neste processo de trabalho.

Os questionários foram aplicados por meio da autorização do responsável pela instituição. Foi agendada antecipadamente uma reunião com o Gestor Responsável para apresentação do objetivo, relevância e justificativa da pesquisa.

A fim de minimizar os riscos inerentes à COVID-19, os questionários foram entregues ao coordenador de enfermagem da unidade cirúrgica. Posteriormente, a cada 12 horas, eram recolhidos pelas pesquisadoras para validação e qualificação das respostas. Diante de inconsistências, os questionários foram devolvidos para completar os dados. Vale ressaltar que as medidas de biossegurança foram adotadas no trajeto das pesquisadas, com uso de máscaras e álcool em gel, por exemplo.

Os dados quantitativos foram tabulados por meio do programa *Microsoft Excel* e organizados em forma de gráficos e tabelas para apresentação dos resultados, incluindo análises descritivas para todas as variáveis apresentadas. Para as variáveis descritivas, os dados foram agrupados e analisados mediante as categorias emergentes.

Para anonimato e sigilo das informações emergentes da coleta de dados, as descrições foram apresentadas mediante codificação, a saber: classificação por numeração, função Enfermagem e tempo de atuação na unidade de saúde. Dessa forma, por exemplo, I1FET1,6, I1 é o informante número 1; FE, função enfermeiro (no caso da Função Técnico em Enfermagem – FTE, FE, foi substituído por FTE), T1,6, é o tempo, em anos, na de atuação na instituição.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante da pandemia da COVID-19, os profissionais de saúde estão passando por um processo de atualização rápida, busca por conhecimento e a promoção de uma assistência voltada para a segurança do paciente em relação à transmissão da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Os profissionais do Centro Cirúrgico, assim como todos os profissionais do local de estudo, seguiram as orientações do MS para a não ocorrência de danos em relação ao novo corona vírus.

As atividades da enfermagem no Centro Cirúrgico são indispensáveis na assistência tanto direta quanto indireta ao indivíduo. Objetivando o auxílio integral, este profissional se insere nos tempos cirúrgicos pré, intra e pós-operatória, atendendo a todas as necessidades do cliente e da família. Ele ainda articula as

funções gerenciais e de logística para o controle dos materiais e equipamentos e coordenação da equipe (SOBRAL *et al.*, 2019).

Em relação à caracterização dos sujeitos pesquisados no centro cirúrgico, é composta atualmente por 5 profissionais, 2 enfermeiros e 3 técnicos em enfermagem, todos os pesquisados são do sexo feminino, com idade média de 29,4 anos de idade.

A Tabela 1 apresenta as características demográficas e profissionais dos sujeitos pesquisados.

Tabela 1 – Características demográficas e profissionais dos participantes da pesquisa que atuam em uma instituição hospitalar, na Zona da Mata Mineira. 2020

Variável	%
Cor/raça	
Branca	40,0
Parda	60,0
Estado civil	
Casada	80,0
Solteira	20,0
Categoria profissional	
Enfermeira	40,0
Técnica de enfermagem	60,0
	Média (DP)
Idade	29,4 (5,4)
Tempo de experiência (anos)	3,27 (3,9)
Tempo na instituição (meses)	13,8 (11,0)

Fonte: Dados coletados pelos autores

De acordo com os resultados apresentados na tabela 1, verifica-se predomínio da raça parada 60% e casadas 80%. Um dado integrante é o tempo de exercício profissional na instituição 13,8 meses. Vale destacar que os profissionais ouvidos não possuem vínculo com outra instituição e não possuem especialização na área de centro cirúrgico.

Segundo Nunes (2018), as funções realizadas no Centro Cirúrgico necessitam de profissionais qualificados, uma vez que profissionais inabilitados sem conhecimentos técnicos específicos representam razões que podem prejudicar a segurança do paciente cirúrgico e afetar o processo assistencial.

Expõe-se, na Figura 1, a relação do conhecimento dos profissionais sobre o protocolo de cirurgia segura, a educação permanente sobre a temática e as tecnologias em enfermagem SAE e SAEP.

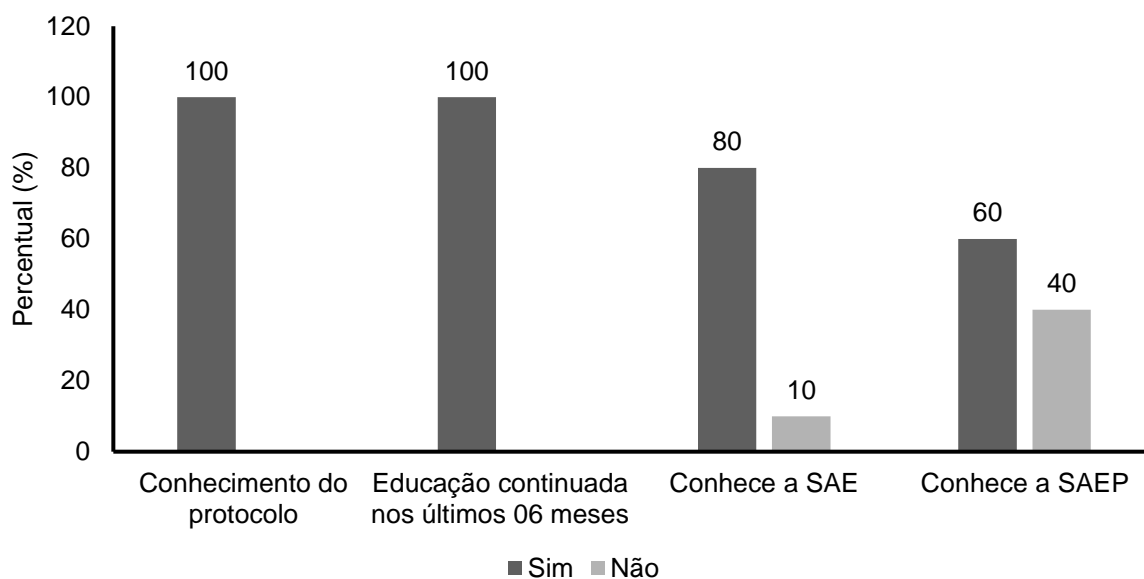


Figura 1: Especificidade do trabalho em Centro Cirúrgico, de acordo com o relato de profissionais enfermeiros que atuam em uma instituição hospitalar na Zona da Mata Mineira. 2020
Fonte: Dados coletados pelos autores

Verifica-se, de acordo com escores, que 100% dos profissionais de enfermagem conhecem o Protocolo de Cirurgia Segura, assim como, receberam educação continuada nos últimos 06 (seis) meses. Uma informação que chama atenção refere-se à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, conhecida apenas por 60% das entrevistadas.

O conhecimento do Protocolo de Cirurgia Segura por parte dos profissionais de enfermagem é indispensável para a estruturação e implementação da cultura de segurança, visto que possibilita a melhoria da comunicação entre a equipe e os pacientes e reduzem a chance da ocorrência de Eventos Adversos (CRIADO, DIAS e CARMO, 2017).

Santos *et al.* (2020), em seus estudos, destacam que a SAEP é um recurso tecnológico factível para Enfermagem no CC, pois permite planejamento das ações no decorrer do processo cirúrgico. Apesar da importância da SAEP, muitos profissionais não a realizam em razão dos obstáculos encontrados ou por não entenderem a sua aplicabilidade, sobrecarga de trabalho, falta de tempo e número de profissionais suficientes, tornado essa uma situação preocupante que pode levar à ocorrência de eventos adversos.

Constantemente, os profissionais que atuam no centro cirúrgico defrontam-se com situações que exigem cuidados peculiares. A fim de que esses cuidados sejam prestados de forma efetiva e qualificados, é imprescindível a educação em saúde para

que os profissionais disponham de capacidades técnicas específicas e competência para promover a segurança do paciente e da equipe do setor (LEOPOLDINO, 2016).

As funções da equipe de enfermagem no centro cirúrgico são específicas, dinâmicas e permeiam múltiplas sensações e dimensões humanas. Diante disso, foi questionado à equipe sobre os desafios para o exercício profissional neste setor. Os profissionais descreveram:

“Falta mais profissionais no setor.” (I1FTET0,4)

“Centro Cirúrgico é um setor onde todos os procedimentos devem ser devidamente cautelosos e deve haver o mínimo de erros possíveis! Um dos desafios é a comunicação multidisciplinar entre bloco/clínica, conferência de exames por parte de todos os membros da equipe.” (I2FET0,5)

“Alguns é o um setor que você tem que bastante atenção e equilíbrio psicológico.” (I4FET0,8)

Segundo Barbosa, Lieberenz e Carvalho (2018), o trabalho em equipe e o diálogo efetivo são fatores que fortalecem a melhoria do trabalho e ocasionam a qualidade da assistência ao cliente. A comunicação fortifica o vínculo entre equipe e paciente.

Santos *et al.* (2019) afirmam, ainda, que os procedimentos praticados no CC representam amplas responsabilidades e a equipe que atua neste setor enfrenta questões que envolvem relacionamento interpessoal, habilidades, conhecimento, diálogo com a equipe e com os familiares do paciente. Para tanto, o profissional de enfermagem deve agir com dedicação e buscar por atualizações.

O centro cirúrgico requer dos profissionais grande responsabilidade e muitas vezes, sobrecarga de trabalho. A exposição a riscos, longas jornadas na sala de cirurgia, procedimentos variados com diferentes graus de complexidade e todas as exigências do setor afetam o equilíbrio psicoemocional do profissional de saúde e interferem na assistência ao paciente (SOARES, OLIVEIRA E SOUSA, 2017).

Atuar no Centro Cirúrgico não é uma tarefa fácil e requer do profissional conhecimento do ambiente de trabalho para assistência de qualidade. Portanto, foi solicitado aos entrevistados que sugerissem melhorias para o seu ambiente de trabalho. Sobre isso apontaram:

“Mais membros na equipe.” (I3FTET2,6)

“União entre a equipe multidisciplinar, melhoria da comunicação entre os profissionais, educação continuada.” (I2FET0,5)

Segundo Santos *et al.* (2019), os problemas relacionados à falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar, a falha na transmissão de informações relativas à passagem de plantões, o déficit de membros na equipe de enfermagem, e os turnos com longas jornadas de trabalho são circunstâncias que dificultam o processo da assistência e interferem na segurança do paciente.

A assistência humanizada é um tópico importante no processo de cuidados ao paciente cirúrgico, uma vez que o ambiente do CC se configura em um local intimador e misterioso ao paciente. Para tanto, foi proposto aos profissionais que mencionassem maneiras de humanização dos trabalhadores de Enfermagem Cirúrgica. Os profissionais responderam:

“Passar tranquilidade ao paciente, atenção aos procedimentos realizados. Passar todas as informações possíveis.” (I1FTET0,4)
“Acolhimento, comunicação, assistência segura, esclarecimento de dúvidas, oferecer conforto e suporte necessário ao paciente.” (I2FET0,5)
“Ser sempre gentil, ouvir suas queixas e medos.” (I3FTET2,6)
“Ajudar mais os pacientes a ficarem tranquilos.” (I5FTET1,5)

O cuidado humanizado dos profissionais deve motivar o paciente a expor seus sentimentos, receios, preocupações e angústias, estando os profissionais de enfermagem, sempre abertos a ouvir suas queixas, prestando assistência com objetivo em esclarecer dúvidas em relação ao procedimento cirúrgico, transformando a experiência em algo mais agradável (MENDONÇA *et al.*, 2016).

Com referência à assistência segura prestada pelos profissionais de enfermagem no CC, foi questionado a eles como é realizada a avaliação da cirurgia segura. Os profissionais responderam:

“Em forma de protocolo.” (I1FTET0,4)
“É realizada pela equipe da clínica cirúrgica.” (I3FTET2,6)
“Seguindo adequadamente o checklist da cirurgia segura, verificando equipamentos e materiais antes de iniciar a cirurgia”. (I4FET0,8)
“Através de reuniões e treinamentos.” (I5FTET1,5)

De acordo com Magnago *et al.* (2019), como ferramenta auxiliar, o *Checklist* colabora na redução de eventos adversos e proporcionando um desempenho mais eficaz. Para tanto, a equipe deve preencher corretamente os dados do instrumento em todas as fases do período perioperatório, contemplando sempre o protocolo disponibilizado pelo estabelecimento de saúde.

Como meio de garantir a assistência e segura ao paciente cirúrgico, é indispensável o empenho de toda a equipe. Para tanto, perguntou-se aos pesquisados sobre como é realizada a assistência de enfermagem perioperatória e pós operatória:

“Os pacientes são devidamente acolhidos e admitidos na clínica cirúrgica, através da admissão são feitos planos de cuidados através das necessidades do paciente, escala de Bradem, Morse e Fugilim (risco de ulcera, queda e qual a real necessidade desse paciente com relação à equipe de enfermagem), são colocados pulseiras de identificação no paciente, no leito, os acessos e equipos são identificados e possuem data de validade, os medicamentos são devidamente administrados de acordo com a necessidade e prescrição, os pacientes vão para o bloco com AVP. O pós-operatório é observado a todo tempo, acompanhado pós anestesia, é observado e sempre avisado ao anestesista sobre o pós-operatório, é oferecido conforto, dieta de acordo com a aceitação e liberação do médico/nutricionista, o paciente é monitorado e acompanhado de acordo com sua evolução.” (I2FET0,5)

“Verificar dieta, aspectos da incisão cirúrgica, cuidados com as sondas e drenos, orientações ao paciente e acompanhante”. (I4FET0,8)

No decorrer do processo cirúrgico, o paciente manifesta demandas distintas que compreendem o entendimento da necessidade de uma cirurgia, a internação hospitalar e o momento da cirurgia em si e sua recuperação (PANZETTI, *et al.*, 2020).

Souza *et al* (2019) afirmam que os profissionais de saúde devem ter pleno conhecimento e agir em todas as etapas do período perioperatório, realizando a assistência e a gerência seguras, oferecendo suporte ao paciente cirúrgico em todas as fases do processo, atendendo às necessidades individuais e particularidades apresentadas durante sua passagem por este procedimento.

A assistência de enfermagem no CC deve ser prestada com excelência, com enfoque também para o relacionamento interpessoal entre os membros da equipe multidisciplinar, para alcançar os resultados. Assim, foi questionado como é a relação do profissional com sua equipe, eles declararam:

“Boa.” (I1FTET0,4)

“Possuo ótima relação com toda minha equipe de trabalho.” (I2FET0,5)

“Boa, até mesmo porque somos uma equipe pequena.” (I3FTET2,6)

“Ótimo”. (I4FET0,8)

“Excelente.” (I5FTET1,5)

O relacionamento interpessoal é um recurso essencial no trabalho realizado em equipe. Esta, por sua vez, deve ser fortificada com base na comunicação clara e direcionada. Para tanto, faz-se necessária a cooperação, visto que facilita a resolução

de problemas e contribui para que o ambiente de trabalho seja mais satisfatório (SALIMENA, *et al.*, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou verificar como é realizada a assistência de enfermagem cirúrgica em um hospital de pequeno porte, investigar a utilização dos protocolos de cirurgia segura por parte da equipe de enfermagem do CC, além de abordar questões relativas ao ambiente de trabalho que podem interferir na qualidade do serviço prestado e na segurança do paciente.

Os resultados deste estudo mostram que os protocolos de cirurgia segura são de extrema importância na organização do serviço e na sistematização da assistência e, mesmo com a equipe possuindo conhecimento sobre os protocolos e com a ocorrência de educação continuada, ficou evidente que parte da equipe desconhece a SAE e a SAEP.

Destacamos, também, que, embora o uso dos protocolos tenha aumentado nos locais de realização do cuidado, ainda há obstáculos na padronização da assistência de enfermagem, que, por sua vez, interferem no resultado e na qualidade dos serviços oferecidos.

Em relação ao ambiente de trabalho, verificamos questões que interferem na qualidade da assistência, como o baixo número de profissionais de enfermagem no CC, o déficit da comunicação multiprofissional, o equilíbrio psicológico devido à responsabilidade que exige o setor. Além disso, pôde-se notar o reduzido tempo de experiência dos profissionais e a falta de qualificação específica na área cirúrgica.

É possível afirmar ainda que não é somente o uso de ferramentas, como os protocolos, o fator responsável por evitar que eventos adversos ocorram. É necessário envolvimento da equipe, conhecimento de técnicas e do ambiente.

Ressaltamos, por fim, que o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais nos cuidados ao paciente cirúrgico são fatores preditivos para resolução desta problemática e para garantia de segurança ao cliente, impactando, assim, de forma positiva na qualidade e maior satisfação dos usuários.

REFERÊNCIAS:

- ANDRADE, Luiz Eduardo Lima *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018.
- BARBOSA, Giseli Azevedo; LIEBERENZ, Larissa Viana Almeida; CARVALHO, Carla Aparecida de. A percepção dos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico em relação aos benefícios da implantação do protocolo de cirurgia segura em um hospital filantrópico no município de Sete Lagoas, MG. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 3, p. 1-15, 2018.
- BOTELHO, Alessandra Ramos de Moraes *et al.* A atuação do enfermeiro na segurança do paciente em centro cirúrgico de acordo com os protocolos de cirurgia segura e segurança do paciente. **Revista Presença**, v. 3, n. 10, p. 1-28, mar. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. FIOCRUZ. **Portaria Nº 2.095 de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3. Protocolo de Cirurgia Segura. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura>. Acesso em: 12 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRITO, Nariane Pereira; FERREIRA, Karla Daniela. Sistematização da assistência de Enfermagem Perioperatória. *In*: 13 Simpósio de TCC e 6 Seminário de IC da Faculdade ICESPN. 2018, Brasília – DF, **Anais...** Brasília – DF, 2018, v. 13, p. 1968-1974.
- BRUCHÊZ, Adriane *et al.* Metodologia de Pesquisa de Dissertações sobre Inovação-análise bibliométrica. *In*: XV Mostra de Iniciação Científica, Pós-graduação, Pesquisa e Extensão, Programa de Pós – Graduação em Administração – UCS., 2015, Caxias do Sul, RGS, **Anais...** Caxias do Sul, RGS., v. 15, 2015, p-1-14.
- CAMPOS, Jacqueline Aparecida Rios *et al.* Produção Científica da Enfermagem de Centro Cirúrgico de 2003 a 2013. **Rev. SOBECC**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 81-95, abr./jun. 2015.
- CASTRO, Regiane Soares *et al.* Segurança Do Paciente Em Centro Cirúrgico No Cenário Brasileiro: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem da UFJF**. Juiz de Fora, v. 4, n. 1, p. 69- 75, jan./jun. 2018.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 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: COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 17 mar. 2020.

COSTA, Maria Gabriela de Oliveira. **Dificuldades de Enfermeiros na Gestão da Segurança do Paciente no Centro Cirúrgico**. Orientador: José Luís Guedes dos Santos, 2020, 61 f.. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Enfermagem. Florianópolis, 2020.

CRIADO, Jeniffer Velloso Nogueira; DIAS, Beatriz Fernandes; CARMO, Thalita Gomes. Processo de Implementação do Protocolo de Cirurgia Segura. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 1, p., 2017.

BRASIL. DATASUS **Tecnologia da informação a serviço do SUS**. Tipo de estabelecimento. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 14 abr. 2020.

FENGLER, Franciele Cristine; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Período Perioperatório: análise de registros. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 50-57, jan/mar 2020.

GUTIERRES, Larissa de Siqueira. **Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado de enfermagem para a promoção da segurança do paciente no centro cirúrgico**. Orientador: José Luís Guedes dos Santos, 2018, 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/158er158-soares/panorama>. Acesso em: 14 abr. 2020.

JOST, Marielli Trevisan; VIEGAS, Karin; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória na Segurança do Paciente: Revisão Integrativa. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 218-225. 2018.

LEOPOLDINO, Maria Aparecida Andreza. **Assistência de Enfermagem no Centro Cirúrgico Qualificada Pela Educação Permanente**. Orientador: Daniel Klug, 2016, 55 f. Trabalhos de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) -Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza *et al.* Avaliação da Adesão ao Checklist de Cirurgia Segura em um Hospital Universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 9, e63, p. 1-15. Santa Maria-RS, 2019.

MARTINS, Fabiana Zerbieri; DALL'AGNOL Clarice Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 37, n. 4, 50-57, 2016.

MENDONÇA, Érica Toledo *et al.* Concepções de Técnicos de Enfermagem Acerca da Humanização da Assistência em Centro Cirúrgico. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste-Mineiro.** v. 6, n. 3, p. 2389-2397, 2016.

NUNES, Diego Antônio de Almeida. **Avaliação da Cultura de Segurança e do Conhecimento da Equipe Multiprofissional Sobre o Checklist Cirúrgico em um Centro Cirúrgico de Um Hospital da Amazônia Ocidental.** Orientador: Horácio Tamada, 2018, 98 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino da Ciência em Saúde) – Fundação universidade Federal de Rondônia. Porto Velho-RO, 2018.

OLIVEIRA, Gustavo Coêlho. **Protocolo de cirurgia segura:** proposta para um Hospital Universitário. Orientadora: Eliane de Sousa Leite, 2017, 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, Paraíba, 2017.

OLIVEIRA, Kauan Tamandaré *et al.* Principais Medidas Tomadas para a Mudança dos Processos Assistenciais Durante a Pandemia por COVID-19. **Enferm. Foco.** 11 v.1 Especial: p. 235-238, 2020.

PANZETTI, Tatiana Menezes Noronha *et al.* A enfermagem no gerenciamento do cuidado ao paciente no período perioperatório: um relato de experiência. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento,** v. 9, n. 9, p. e124997082-e124997082, 2020.

RIBEIRO, Elaine; FERRAZ, Keny Michelly Camargos; DURAN, Erika Christiane Marocco. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. **Revista SOBECC.** São Paulo, v.22, n.4. p. 201-207, 2017.

RIEGEL, Fernando; OLIVEIRA JUNIOR, Nery José de. Processo De Enfermagem: Implicações Para A Segurança Do Paciente Em Centro Cirúrgico. **Revista Cogitare Enfermagem,** Paraná, v. 22, n. 4, p. 01-05, 2017.

SALIMENA, Anna Maria Oliveira *et al.* Relações Interpessoais no Centro Cirúrgico: Equipe de Enfermagem e Equipe Médica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.** v. 9, p. e3328 – e3328. 2019.

SANTO, Ilana Maria Brasil do Espírito *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da Aplicabilidade no Processo de Cuidar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 43, n. suplementar, p. e2945, 2020.

SANTOS, Kezia Cristina Batista dos *et al.* Comunicação e Relacionamento Interpessoal no Centro Cirúrgico: Aplicação da Metodologia da Problematização. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** 24, p. e698, 26. 2019.

SILVA, Olivani Martins da *et al.* Fortalecendo a enfermagem perioperatória: desenvolvimento de checklist assistencial e de materiais e equipamentos. **Revista de Extensão da UNIVASF**, Petrolina, v. 8, n. 1, p. 074-084, 2020.

SOARES, Luciana Maria Pereira; OLIVEIRA, Vítor Constante; SOUSA, Luíza Araújo Amâncio. Qualidade de Vida dos Profissionais Atuantes no Centro Cirúrgico. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**. v. 3, n. 2, p. 159-170, 15, 2017.

SOBRAL, Gláuciany Amorim Santos *et al.* Atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 4, p. 603-609, 2019.

SOUZA, Itamara Barbosa *et al.* Percepção do Cliente no Perioperatório Sobre o Cuidado de Enfermagem no Centro Cirúrgico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 26 n. suplementar, p. e840 – e840, 18 jul. 2019.

ANEXO 01

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, na qualidade de responsável pelo Hospital São Sebastião de Raul Soares, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Avaliação da Assistência de Enfermagem Cirúrgica em um Hospital de Pequeno Porte**”, a ser conduzida sob a responsabilidade dos pesquisadores Laudinei Carvalho Gomes, Fernanda Lopes Coelho Freitas e Rayane Neves Pereira. Declaro que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Raul Soares, _____ de _____ de 2020.

Assinatura
(Carimbo)

ANEXO 02



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM– 2020/02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O
Sr.(a) _____

está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **“Avaliação da Assistência de Enfermagem Cirúrgica em um Hospital de Pequeno Porte”**. Nesta pesquisa, objetivamos verificar a atuação do enfermeiro na promoção da cirurgia segura e apontar os riscos assistenciais de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. O motivo que nos leva a estudar o processo de trabalho da equipe de Enfermagem encontra-se na premissa da cirurgia pautando as práticas e saberes do enfermeiro na assistência aos pacientes no período que antecede e posterior a cirurgias. Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: os questionários serão entregues aos profissionais de Enfermagem para preenchimento em seu ambiente de trabalho com assessoramento, em acordo com direcionamento pela enfermeira coordenadora do CC. Estima-se que todas as perguntas sejam respondidas em mais ou menos 30 minutos. Os pesquisadores comprometem-se com o sigilo da sua identificação e a manter sob guarda adequada os dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

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. Dentre os benefícios identificados na realização da presente pesquisa destacamos: contribuir para a melhoria do gerenciamento e assistência no centro cirúrgico, com visão acerca da humanização tendo como foco que a Enfermagem contribui para uma reflexão efetiva na promoção dos cuidados.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos. Após o término da pesquisa. Depois desse tempo, eles serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo

e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE**”. De maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Laudinei de Carvalho Gomes

Endereço: Avenida João Mendes Magalhães, centro, nº227, apt. 204.

Telefone: (031) 9 9740 0861

E-mail:

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 03:


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

Pesquisa: “Avaliação da assistência de enfermagem cirúrgica em um hospital de pequeno porte”

Pesquisadoras: Fernanda Lopes Coelho Freitas e Rayane Neves Pereira

Orientador: Prof. M.Sc.. Laudinei de Carvalho Gomes

Questionário adaptado Gutierres (2018)

Questionário:

PARTE 1
ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome (siglas): _____
2. Idade (anos): _____
3. Sexo: () Feminino () Masculino
4. Cor/raça () branca () preta () amarela () parda () indígena.
5. Estado civil: () solteiro () casado () união estável () divorciado () viúvo

PARTE 2
CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

1. Função: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem
2. Tempo de Experiência Profissional: _____
3. Há quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____
4. Trabalha em outra instituição () Não () Sim, qual? _____
5. Se enfermeiro, possui especialização em Enfermagem cirúrgica?
() Sim () Não
6. Se enfermeiro, possui alguma outra especialização? () Sim () Não

PARTE 3
ESPECIFICIDADES SOBRE O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

1. Você conhece o protocolo de cirurgia segura? () Sim () Não
2. Você recebeu nos últimos 6 meses educação continuada na área de centro cirúrgico? () Sim () Não
3. Você tem conhecimento sobre a SAE? () Sim () Não
4. Você tem conhecimento sobre a SAEP? () Sim () Não
5. Quais desafios encontram nesse setor?
6. Qual a sua sugestão para melhorar o seu ambiente de trabalho?
7. Cite algumas maneiras de humanização dos trabalhadores de Enfermagem cirúrgica?
8. Como é feita a avaliação do processo da Cirurgia Segura?
9. Como é realizada a assistência de enfermagem no Peri e pós operatório?
10. Como é sua relação com a sua equipe?

A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE E TRATAMENTO DE DIABETES COMO AÇÕES PREVENTIVAS PARA AS LESÕES MICROVASCULARES E MACROVASCULARES

ACADÊMICAS: Débora da Silva Taciano e Larissa Trevenzoli Ferreira da Silva Vidal

ORIENTADOR: M.Sc. Laudinei de Carvalho Gomes.

LINHA DE PESQUISA: Doenças crônicas, fatores de risco e comportamentos em saúde

RESUMO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica, que afeta o pâncreas, ocasionando a produção insuficiente ou a ausência de insulina, podendo levar a complicações agudas e crônicas, tais como as lesões microvasculares e macrovasculares, destaca-se a cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, lesões na visão (retinopatia), doença renal (nefropatia) e lesão neuronal (neuropatias). O presente estudo tem por objetivo descrever a atuação do Enfermeiro frente às ações preventivas para evitar a ocorrência de lesões microvasculares e macrovasculares em usuários diabéticos da atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo abordagem descritiva realizada com Enfermeiras atuantes nas nove ESF's de um Município localizado na Zona da Mata Mineira. Participaram da pesquisa, no mês de agosto de 2020, 09 enfermeiras. Os resultados desse estudo apontam para reflexões necessárias para a promoção de ações que visem melhorar a aceitação e a satisfação das pessoas acometidas pela doença. Concluindo-se que é importante realizar educação em saúde nas ESF's para contribuir em melhorias na atenção à saúde da população na perspectiva da promoção da qualidade de vida das pessoas com DM

PALAVRAS CHAVE: Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Lesões Microvasculares; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

1.INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) tem se destacado dentre os mais crescentes e importantes problemas de cunho da saúde pública, demarcado pelos elevados índices epidemiológicos e impactos negativo socioeconômicos e de saúde. Configura-se hoje como problema mundial e um desafio para os sistemas de saúde. O aumento da incidência e prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, a saber: modificação na demografia mundial com aumento da população idosa, hábitos e estilo de vida não saudáveis, sedentarismo, aumento do sobrepeso, perfil alimentar inadequado, entre outros (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o diabetes mellitus é uma doença metabólica que afeta o pâncreas, ocasionando a produção insuficiente ou a ausência de insulina, hormônio com função de metabolizar a glicose na circulação sanguínea. Entre os distúrbios associados, a hiperglicemia é o mais comum descrito

nestes pacientes. Ela é decorrente do aumento da glicose no sangue, configurando em várias complicações. Quando não tratada adequadamente, culmina com alterações orgânicas microvasculares e macrovasculares, daí a justificativa por ser uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT), responsável por elevados gastos em saúde (BRASIL, 2013).

O diabetes mellitus pode ser classificado em tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) e gestacional. DM1 é a forma autoimune, resulta da destruição das células pancreáticas por mecanismo mediado por células. No DM2, os indivíduos afetados apresentam resistência à insulina, em combinação com deficiência relativa (não absoluta) da secreção de insulina. DM gestacional é caracterizado pelo quadro de intolerância à glicose, com primeira identificação na gravidez e pode persistir após o parto evoluindo para DM2 (BARBOSA e CAMBOIM, 2016).

De acordo com Nascimento, Pupe e Cavalcanti (2016), o diagnóstico precoce do diabetes é uma das medidas mais eficazes, pois minimiza o desenvolvimento das complicações agudas e crônicas. Os autores descrevem que as complicações mais frequentes são as disfunções renais, neuropatias, cardiopatias, retinopatias e, ainda, os distúrbios circulatórios de extremidades, mais comuns nos membros inferiores. Em consonância, a identificação precoce da doença contribui para redução nos índices glicêmicos, prevenindo as complicações descritas.

Enquanto doença multifatorial, a modificação dos hábitos de vida, como o controle do peso, sedentarismo, prática de atividades física regular e a adesão correta ao tratamento medicamentoso são medidas necessárias para o controle adequado da doença. Os profissionais de saúde, em contrapartida devem compreender as singularidades dos pacientes e da doença, pois, as medidas adequadas ao curso da doença condicionam melhora clínica para os pacientes (FIGUEIRA, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) em acordo com suas diretrizes e protocolos de prevenção e tratamento do DM, exerce funções que direcionam a conduta dos profissionais aos cuidados necessários aos pacientes diabéticos. Por ser porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), deve acompanhar e monitorar os casos de forma sistematizada, atendendo às necessidades de cada paciente dentro de suas particularidades, seja no âmbito hábitos de vida e/ou tratamento. Compete ainda às ESF's, desenvolver ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação da saúde dos pacientes diabéticos, referenciando casos específicos para outros níveis de assistência (COSTA, 2019).

O Enfermeiro coordenador da ESF deve, para tanto, fortalecer o vínculo e assegurar o acesso destes pacientes às unidades de saúde, mediante incentivo, educação em saúde, acompanhamento, rastreamento e busca ativa dos pacientes com DM. Cabe ainda a esse profissional, conhecer o perfil epidemiológico destes usuários, monitorar e acompanhar de forma longitudinal os casos, bem como, criar estratégia de enfrentamento e adesão ao tratamento (MORESCHI *et al.* 2018).

Considerando, portanto, a magnitude que o DM representa para a sociedade brasileira e seu impacto humano — relacionado ao elevado custo social e econômico nos serviços de saúde, déficit no trabalho, incapacidades orgânicas e aposentadorias precoces — esta temática deve ter uma atenção especial sobre as ações preventivas e controle para as complicações desta doença. Nesse contexto, o Enfermeiro transfigura-se como mentor de ações imprescindíveis para prevenção à ocorrência de complicações micro e macrovasculares evitáveis.

Em consonância com os estudos realizados, considerando vivência pessoal com usuários diabéticos e a vasta literatura sobre as limitações relacionadas às ações eficazes para prevenção de complicações em pacientes diabéticos, promove-se como questão norteadora: Quais ações preventivas às complicações microvasculares e macrovasculares são realizadas por Enfermeiros aos pacientes diabéticos na atenção primária à saúde?

O processo de assistência do Enfermeiro para prevenção do diabetes demonstra essencialidade dentro da equipe interdisciplinar da ESF. Este por sua vez, acompanha, instrui, oferece apoio e direciona condutas adequadas. Assim, o estudo tem por objetivo descrever a atuação do Enfermeiro frente às ações preventivas para evitar a ocorrência de lesões microvasculares e macrovasculares em usuários diabéticos da atenção primária à saúde.

Nesse contexto, avaliar como os Enfermeiros realizam as ações preventivas direcionadas aos diabéticos na ESF fornece subsídios para contextualizar intervenções que contribuam para melhoria do atendimento, atenção e assistência aos DM, com vistas a assegurar as necessidades sociais, pessoais, tratamento e prevenção às complicações do diabetes, quando não controlado adequadamente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prevalência do DM, no ano de 2019, foi estimada em 9,3% da população mundial com idade entre 20 a 79 anos, totalizando aproximadamente 463 milhões de pessoas, com tendência para o ano 2045 de podendo atingir 700 milhões de cidadãos em todo o mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2019). O Brasil apresenta elevada prevalência da doença, há mais de 13 milhões de pessoas vivendo com diabetes, o que representa 6,9% da população.

De acordo com Santos *et al.* (2014) as complicações crônicas do diabetes são resultantes do controle inadequado da condição por longos períodos, podendo ser classificados em macro e microvascular. De origem macrovascular, destaca-se a cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. Já as complicações microvasculares são caracterizadas por lesões na visão (retinopatia), doença renal (nefropatia) e lesão neuronal (neuropatias).

As consequências do diabetes mellitus podem ser devastadoras afetando a qualidade de vida do indivíduo, sendo as causas mais comuns de ocorrer a cegueira irreversível, a doença renal crônica e as amputações não traumáticas de membros inferiores (LINS e AOYAMA, 2020).

Dada a essa magnitude, de acordo com Cutrim (2017), a adesão ao tratamento é definida pela medida em que o comportamento da pessoa coincide com a orientação médica. Os pacientes encontram dificuldades no manejo do diabetes, uma vez que é difícil aderir ao tratamento tendo a necessidade de adotar novos hábitos — geralmente opostos aos que as agradam — principalmente no que diz respeito à dieta e à prática de exercícios físicos.

Estima-se que parte das pessoas portadoras de diabetes desconheça a sua própria condição. A ESF, sendo porta de entrada do SUS, é direcionada à conduta dos profissionais aos cuidados necessários em pacientes diabéticos. Essas pessoas necessitam de acesso a cuidados continuados durante toda a vida, realizando intervenções básicas envolvendo medicação, educação em saúde, aconselhamento e acompanhamento. A ESF aposta na aproximação da equipe com a comunidade e destaca a importância do vínculo nas ações de saúde (GAMA, 2017)

Viver com diabetes não é fácil e requer uma série de mudanças comportamentais que precisam ser constantemente mantidas. A equipe de enfermagem ao paciente portador de diabetes é fundamental no plano terapêutico destes pacientes, avaliando-os, diagnosticando, planejando, implementando

cuidados, e, sobretudo, educando-os para o autocuidado e o sucesso no tratamento (CARVALHO e SILVA, 2016).

De acordo com Feitosa (2015), é importante que o paciente assuma responsabilidade para melhora do seu tratamento. Assim é imprescindível a atuação interdisciplinar da equipe, possibilitando a participação de profissionais que atuam em diferentes áreas, atuando de maneira ativa no tratamento e contribuindo na construção de ações diferenciadas na assistência aos pacientes diabéticos.

3. METODOLOGIA

Para realização deste estudo, optamos por uma pesquisa de abordagem descritiva, em decorrência de maior proximidade com a temática, uma vez que esta abordagem permite aprofundamento ao tema e análise fenomenológica das evidências. De acordo com Fernandes *et al.* (2018), a pesquisa descritiva inclui um estudo observacional, em que se comparam dois grupos similares. Sendo assim, o processo descritivo infere identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. A grande contribuição da pesquisa descritiva é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida.

A propósito, o universo da pesquisa refere-se aos profissionais Enfermeiros atuantes nas nove ESF's de um Município localizado na Zona da Mata Mineira, com uma população de 23.818 habitantes (IBGE, 2010). São unidades de saúde com gestão municipal, de natureza jurídica de administração pública. O Município apresenta diversidade econômica e social, representada pelos seguimentos e departamentos públicos, comércios, agronegócio e pequenas empresas privadas (BRASIL, 2020).

Para coleta de dados, foi informado aos sujeitos, universo da pesquisa, o objetivo do estudo, a relevância e a justificativa. 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-lhes o anonimato e a autonomia de recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo.

Foram excluídos do estudo os Enfermeiros que estiverem de licença por doença, férias e que recusaram em participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no mês de agosto do ano de 2020.

Para pesquisa, foi utilizado o instrumento de coleta questionário — adaptado de Silva (2012) — o qual foi dividido em duas partes: a primeira relacionada aos aspectos de identificação profissional e a segunda referindo-se às características assistências e preventivas direcionadas aos usuários com DM atendidos na ESF.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados mediante autorização do gestor de saúde municipal. Foi agendada antecipadamente uma reunião com o Secretário Municipal de Saúde para apresentação do objeto de estudo, relevância e justificativa da pesquisa.

Para preservar o anonimato e sigilo das informações emergentes da coleta de dados, foram apresentados mediante codificação, a saber: classificação por numeração, função Enfermagem e tempo de atuação na unidade de saúde. Dessa forma, por exemplo, I1FET1,6, I1 é o informante número 1; FE, função enfermeiro, T1,6, é o tempo, em anos, na de atuação na instituição.

Os dados quantitativos foram tabulados por meio do programa *Microsoft Excel* e organizados em forma de gráficos e tabelas para apresentação dos resultados, incluindo análises descritivas para todas as variáveis apresentadas.

Diante dos dados colhidos e dos resultados esperados com o estudo está incluso assessorar os Enfermeiros em ações para minimizar complicações decorrentes da adesão inadequada ou distanciamento dos usuários da ESF que contribuem para o surgimento de distúrbios micro e macrovasculares do DM; como desfecho, espera-se promover reflexão acerca da atuação dos Enfermeiros e suas respectivas atribuições na ESF.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Enfermeiro atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em acordo com os aspectos éticos e legais da profissão. Ao prestar cuidados ao paciente diabético, este deve atuar em acordo com as necessidades de cada sujeito e com ações a fim de evitar complicações. Estes cuidados são necessários aos pacientes com DM; a assistência dispensada deve promover um estilo de vida saudável e adequada, objetivando minimizando o surgimento de complicações e lesões (MENEZES e GOBBI, 2010).

Em relação às características da população estudada, participaram do estudo 9 profissionais de Enfermagem. Destacamos que a totalidade deles são do sexo

feminino, com idade média de 33,3 anos (DP= \pm 4,7) e atua pelo menos 5,5 (DP= \pm 5,3 anos) nas Estratégias da Saúde da Família.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográfica dos profissionais pesquisados neste estudo:

Tabela 1: Caracterização dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária, de um município da Zona da Mata Mineira. 2020.

Variável	%
Cor/Raça	
Branca	77,8
Parda	22,2
Estado Civil	
Solteiro	22,2
Casado	55,6
União Estável	22,2

Fonte: Dados coletados pelos autores

Observamos na tabela 1, que 77,8% dos sujeitos entrevistados são da raça branca, com predomínio de 55,6% casadas. O estudo realizado por Teixeira *et al.* (2019) encontraram resultados semelhantes, descrevendo que a maior parcela da população que exerce enfermagem é casada (45,9%).

Os pacientes diabéticos requerem assistência interdisciplinar, com base nos protocolos ministeriais, cujo objetivo primordial é adesão ao tratamento, mudança no estilo de vida e evitar complicações. Para tanto, a educação em saúde é uma das estratégias mais efetivas nesta modalidade de atenção em saúde (SIGNOR, 2016).

O quadro 1 apresenta a compreensão dos profissionais de enfermagem sobre o conceito de saúde e sua íntima relação com o cuidado ao usuário diabético.

Quadro 1: Compreensão dos profissionais de enfermagem quanto ao conceito de educação em saúde e auxílio na prevenção de complicações do diabetes.

Informante	Conceito de educação em saúde
I1FET9	Quando profissional contribui para melhorar e preserva a vida das pessoas. Orientação, cuidado continuado evita que paciente diabético tenha complicação e tenha condições melhores de vida.
I2FET3	Consiste em orientar as pessoas para melhoria na qualidade de vida, uso correto dos medicamentos, prevenindo doenças e seus agravos.
I3FET0,92	Atividades voltadas para prevenção de doenças
I4FET14	-
I5FET13	É o pilar que sustenta nossas ações
I6FET5	São ações voltadas para esclarecimento da população acerca das patologias e suas prevenções/complicações a fim de prevenir danos a saúde como um todo.
I7FET4	Através das orientações de forma precoce.
I8FET0,42	Educação em saúde é um processo que envolve a capacitação de pacientes, cuidadores e profissionais de saúde de forma que elevem a qualidade de vida. Ela

	auxilia de forma que os pacientes e suas famílias desenvolvam habilidades necessárias para o autocuidado do paciente com diabetes.
I9FET0,42	A educação em saúde é um processo utilizado para empoderar pacientes, familiares e profissionais de saúde, a realizar as ações cotidianas de forma perspicaz, prezando pelo aprimoramento de novos conhecimentos práticas. Através da educação em saúde é possível promover uma conscientização do paciente portador de DM, sobre os cuidados necessários, as novas práticas alimentares e hábitos de vida que podem ajudar a prevenir ou minimizar complicações advindas do DM.

Fonte: Dados coletados pelos autores

Ao analisar as descrições das faltas emergentes da coleta de dados, verificamos, de acordo com o quadro 1, que os enfermeiros atribuem significados similares ao conceito de saúde. Isso pode ser verificado de acordo com o I9FET0,42, que apresenta o conceito mais amplo, e em associação com o contexto que faz parte da realidade dos pacientes pesquisados na área de abrangência do estudo.

Para Signor *et al.* (2016) é primordial desenvolver atividades de ensino e práticas educativas de saúde, direcionadas à pessoa com DM e sua família. Essas práticas devem ser centradas na disponibilização do conhecimento de uma atitude frente à doença, bem como de ações relacionadas à prevenção de complicações por meio do auto manejo da doença, o que possibilita à pessoa conviver melhor com a sua condição.

O quadro 2 apresenta a aplicação dos programas de educação em saúde direcionada aos pacientes com diabetes mellitus.

Quadro 2: Funcionamento do programa de Educação em Saúde na unidade voltado para o paciente portador de diabetes.

Informante	Educação em saúde e o paciente com diabetes mellitus.
I1FET9	Funciona através do programa Hiperdia
I2FET3	Funciona em partes, pois tem pouca aderência por parte dos usuários. Mas há um acompanhamento pelos agentes de saúde por meio das visitas domiciliares.
I3FET0,92	Sim
I4FET14	Grupo Hiperdia
I5FET13	Muito precariamente; as orientações são mais individuais do que coletivas; o maior problema encontrado é a adesão pela dificuldade de locomoção dos pacientes e horário comercial para acontecer.
I6FET5	Sim
I7FET4	Funciona quando colaboração do paciente, através dos grupos, HIPERDIA
I8FET0,42	Não
I9FET0,42	Infelizmente ainda temos muitos pacientes resistentes, tanto a educação em saúde, quanto ao tratamento.

Fonte: Dados coletados pelos autores

De acordo com as respostas, podemos observar, no quadro 2, que a maioria das respostas as enfermeiras afirmam que o programas de Educação em Saúde da sua unidade não funciona em acordo com a diretrizes ministeriais.

Segundo Iquize *et al.* (2017) as práticas educativas dirigidas aos pacientes com DM são uma ferramenta que estimula a participação ativa dos indivíduos em todas as fases: planejamento, desenvolvimento e implantação das atividades educativas. Portanto, essas ações favorecem o aprendizado, com o propósito de conseguir mudanças no estilo de vida e também minimizam as dificuldades encontradas em relação ao conhecimento e atitude dos pacientes diabéticos para o manejo da doença no seu dia-a-dia.

No quadro 3, verificamos as complicações associadas aos usuários da ESF com DM.

Quadro 3: Conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre as complicações que os pacientes diabéticos estão expostos para ocorrência.

Conhecimento das complicações	Relação descrição dos Informantes pesquisados
Hipoglicemia	I1FET9, I2FET3, I3FET0,92, I4FET14, I5FET13, I8FET0,42, I9FET0,42
Cetoacidose Diabética	I1FET9, I2FET3, I3FET0,92, I4FET14, I5FET13, I6FET5, I8FET0,42, I9FET0,42
Síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica	I3FET0,92, I4FET14, I5FET13, I8FET0,42, I9FET0,42
Complicações Macrovasculares	I1FET9, I2FET3, I4FET14, I5FET13, I8FET0,42
Complicações Microvasculares	I1FET9, I2FET3, I4FET14, I5FET13, I8FET0,42, I9FET0,42
Nefropatia Diabética	I1FET9, I2FET3, I3FET0,92, I4FET14, I5FET13, I6FET5, I7FET4, I8FET0,42, I9FET0,42
Retinopatia Diabética	I1FET9, I2FET3, I4FET14, I5FET13, I6FET5, I7FET4, I8FET0,42, I9FET0,42
Neuropatia Diabética	I1FET9, I2FET3, I4FET14, I5FET13, I7FET4, I8FET0,42, I9FET0,42
Problemas nos pés e pernas	I1FET9, I2FET3, I3FET0,92, I4FET14, I5FET13, I6FET5, I7FET4, I8FET0,42, I9FET0,42

Fonte: Dados coletados pelos autores

Percebemos, conforme descrito pelos informantes no quadro 03, que os profissionais de enfermagem conhecem as complicações mais comuns no prognóstico do DM em usuários da ESF.

Para Fonseca e Rached (2019), ambas as complicações estão relacionadas ao tempo da doença. A aguda tem a manifestação de seus sintomas de forma mais imediata e a crônica provém de uma manifestação dos seus sintomas após anos de evolução da doença. Ambas se relacionam diretamente a um controle glicêmico inadequado.

Apresentamos, no quadro 4, a relação ESF e o paciente com DM.

Quadro 4: Relação do paciente portador de diabetes e os serviços oferecidos pela Atenção Básica de Saúde.

Informante	Relação paciente com diabetes mellitus e atenção básica de saúde.
I1FET9	Sim. Prevenção e acompanhamento mensal
I2FET3	Sim. Por meio de acompanhamento com orientações por profissionais da Atenção Básica, curativos, palestras. Fornecimento de medicamentos, insulina e aparelho de glicemia capilar na Policlínica.
I3FET0,92	Sim
I4FET14	Sim, dispomos de um dia na agenda semanal para esse público
I5FET13	Claro; na estratificação mais simples da doença tentamos acompanhá-lo na integralidade do cuidado; nos casos em que há necessidade de um encaminhamento para um nível de maior complexidade depende da disponibilidade de vagas da SMS.
I6FET5	Sim. São ofertadas consultas de rotina para avaliação e ações educativas.
I7FET4	sim, onde ele faz o acompanhamento, renovação de prescrição, orientações...
I8FET0,42	Sim, a equipe está sempre disposta a atender e auxiliar nos cuidados necessários.
I9FET0,42	Sim, aqui realizamos acompanhamento, orientações, testes, curativos (em caso que já existem as complicações), encaminhamento para especialistas quando necessário. Sempre tentando prestar a melhor assistência

Fonte: Dados coletados pelos autores

De acordo com as respostas coletadas, podemos afirmar, diante o quadro 4, que, nas unidades observadas, o paciente portador de diabetes mellitus pode usufruir das ações e serviços oferecidos pela Atenção Básica de Saúde, por meio de acompanhamento, orientações/recomendações, consultas, encaminhamentos quando necessário.

Segundo Assunção *et al.* (2001), o manejo do diabetes deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário. Na prestação de serviços apropriados para os diabéticos, é preciso levar em consideração os principais componentes do sistema de saúde, especialmente a determinação das necessidades e dos recursos locais; o consenso sobre as normas de atenção; os mecanismos para aplicar os últimos avanços das investigações; a educação e a utilização de todos os profissionais de saúde e a contínua avaliação da efetividade e da qualidade do tratamento dos pacientes.

O quadro 5 apresenta o tipo de atendimento que ofertado aos pacientes com DM.

Quadro 5: Tipo de atendimento oferecido ao paciente portador de diabetes na Unidade Básica de Saúde.

Informante	Relação atendimento e o paciente com diabetes na Unidade Básica de Saúde.
I1FET9	Consulta rotina, exames, acompanhamento com nutricionista e endocrinologista.
I2FET3	Trabalhamos com orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Atendimento de enfermagem, visita domiciliar de acompanhamento dos Agentes de Saúde, consultas com clínico no mínimo 3 vezes ao ano, realização de exames, encaminhamento ao endocrinologista na policlínica e nutricionista quando necessário.
I3FET0,92	Atendimento de consultas, exames de controle.
I4FET14	Demanda programada, espontânea e grupos.

I5FET13	Consultas periódicas, exames preconizados e com periodicidade de acordo com estratificação de risco e encaminhamento.
I6FET5	Existe o programa HIPERDIA que oferta assistência aos pacientes de forma individual e coletiva por meio de ações da equipe multidisciplinar.
I7FET4	Atendimento primário
I8FET0,42	Consultas de rotina com o médico da unidade e com especialista e controle de glicemia.
I9FET0,42	Longitudinal, revezando esse acompanhamento entre enfermeira, médico da saúde da família e médico endocrinologista.

Fonte: Dados coletados pelos autores

Todos os enfermeiros atribuem significados similares em relação ao tipo de atendimento que é oferecido aos pacientes portadores do diabetes. Isso pode ser verificado no que declara I9FET5M, o qual apresenta o conceito mais amplo, e em associação com o contexto em que estão inseridos os pacientes pesquisados na área de abrangência do estudo.

Para Almeida, Souto e Barreto (2018), a assistência prestada pelo enfermeiro juntamente com a equipe deve ser voltada ao paciente, aumentando os cuidados de forma integral e contínua. Cabe ao profissional realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações (conforme protocolos e normativas). Também fazem parte dessa atuação a educação permanente, o planejamento, a gerência e a coordenação do serviço, juntamente com os demais profissionais da ESF.

Verificamos, no quadro 6, as orientações descritas pelos profissionais de enfermagem ao paciente com diabetes mellitus.

Quadro 6: Orientações direcionadas aos pacientes portadores de diabetes.

Orientações descritas pelas Enfermeiras	Relação dos Informantes
Atividade Física	I1FET9, I2FET3, I3FET0,92, I4FET14, I6FET5, I8FET0,42, I9FET0,42
Alimentação	I1FET9, I2FET3, I3FET0,92, I4FET14, I5FET13, I6FET5, I7FET4, I8FET0,42, I9FET0,42
Exames	I7FET4
Medicação	I1FET9, I2FET3, I4FET14, I5FET13, I6FET5 I8FET0,42, I9FET0,42

Fonte: Dados coletados pelos autores

Verificamos, de acordo com o quadro 6, que as orientações passadas para os pacientes portadores de diabetes em diferentes ESF's são similares, com foco no uso correto de medicamentos, exames, mudança nos hábitos alimentares e prática de atividades físicas.

Segundo Signor *et al.* (2016), essa condição impõe à pessoa mudanças de hábitos de vida, como o cumprimento com a terapêutica medicamentosa, o plano

alimentar e a atividade física, requerendo capacidade de enfrentamento para os ajustes necessários a manutenção do bom controle metabólico, associados à assistência médica. Tudo isso pode reduzir o risco de complicações da doença, além de contribuir para a melhora da qualidade de vida do portador de diabetes.

No quadro 7, apresentamos a relação dos profissionais e pacientes na ESF.

Quadro 7: Questionamento sobre as formas de interação paciente diabéticos e profissional de enfermagem.

Informante	Interação paciente e os profissionais de Enfermagem.
I1FET9	Sim, permite transmitir sentimentos e vínculo com paciente.
I2FET3	Sim, pois a população é muito carente, tratamos com respeito e atenção para que os mesmos se sintam seguros com nossos atendimentos a eles ofertados.
I3FET0,92	Sim. Equipe multiprofissional em busca de um objetivo. Bem estar e controle do paciente.
I4FET14	Sim.
I5FET13	Sim, na maioria dos casos; há os que fazem somente acompanhamento na iniciativa privada e não fazem questão de nossa atuação.
I6FET5	Sim. Buscamos criar vínculo profissional/paciente para direcionar o tratamento da melhor forma e conscientizar o usuário quanta importância.
I7FET4	Sim, durante o atendimento, os grupos HIPERDIA.
I8FET0,42	Sim, a comunicação com o paciente facilita a promoção a saúde e o cuidado de qualidade.
I9FET0,42	Alguns pacientes apresentam resistência quanto a aceitação da doença e o tratamento. Mas dentre a maioria dos casos, a interação consegue sim ser efetiva, sempre apresentando disponibilidade para sanar dúvidas, sempre tentando manter o diálogo em um linguajar de fácil acesso para o paciente e buscando manter um cuidado em longo prazo e não apenas pontual, permitindo contato apenas no momento da consulta.

Fonte: Dados coletados pelos autores

De acordo com as respostas coletadas, podemos observar que todas as enfermeiras reconhecem a importância da interação paciente/profissional, com ocorrência de forma efetiva, mediante comunicação, acompanhamento, afiliação, entendimento e o vínculo com a unidade de saúde. Mesmo que alguns pacientes apresentem resistência, buscam de alguma forma vencer esta barreira.

Segundo Rosa (2014), há uma melhor adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos quando o enfermeiro mostra maior envolvimento nas atividades e cuidados prestados. O cuidado de enfermagem qualificado pode possibilitar melhores resultados. O estabelecimento de um vínculo e o acolhimento necessário é fundamental. Os participantes do estudo concluíram que a atenção humanizada por meio de uma escuta sensível, acolhimento, diálogo, resolutividade, compartilhamento de saberes e aconselhamento, valoriza a dimensão subjetiva e social dos usuários.

O quadro 8 apresenta o acompanhamento do Enfermeiro de forma longitudinal com o paciente diabético.

Quadro 8: Acompanhamento longitudinal dos pacientes com DM.

Informante	Acompanhamento longitudinal do enfermeiro com paciente diabético.
I1FET9	Sim, sendo fundamental garanti acesso e cuidado independente de qual problema.
I2FET3	Sim, O enfermeiro monitora com atividades educativas, sempre com o objetivo da melhoria de qualidade de vida para o paciente. Tem um papel importante no acolhimento, no acompanhamento das ações que visam orientar os pacientes e seus familiares, esclarecer as dúvidas quanto aos cuidados e tratamentos.
I3FET0,92	Sim. Temos grupos mensais para DM e Hipertensos.
I4FET14	Sim
I5FET13	Sim; mesmo quando necessário encaminhar, providenciamos o encaminhamento/agendamento e cobramos a contra referência.
I6FET5	Sim. É realizada busca ativa por meio dos agentes comunitários de saúde dos pacientes diabéticos. Por meio da busca ativa verificamos os pacientes faltosos por exemplo.
I7FET4	Sim, acompanhamento do usuário, retorno com responsabilidade por parte do paciente e o profissional.
I8FET0,42	Sim, o acompanhamento longitudinal evita futura complicações com o paciente com DM.
I9FET0,42	Sim, com acompanhamento da glicemia capilar, acompanhamento de feridas (quando existentes), tentando promover educação em saúde sempre que possível estar em contato com esses pacientes. Sempre buscando informações desses pacientes a partir das ACS, que são quem tem um contato mais recorrente com esses pacientes.

Fonte: Dados coletados pelos autores

De acordo com as respostas coletadas, podemos observar, no quadro 8, que as enfermeiras buscam o acompanhamento longitudinal do paciente, com o objetivo de manutenção de forma regular o tratamento e, assim, evitar futuras e possíveis complicações para esse paciente.

Para Piedrahita (2016) é primordial que a equipe de saúde esteja voltada a atender e acompanhar os pacientes diabéticos. Promovendo ações educativas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, mantendo os registros atualizados, programando reavaliações periódicas, programando visitas domiciliares e interagindo com os grupos de diabéticos por meio de ações educativas.

Apresentamos, no quadro 9, a consulta de enfermagem e os direcionamentos aos pacientes com DM.

Quadro 9: Contextualização da consulta de enfermagem aos pacientes com DM.

Informantes	A consulta de enfermagem e o paciente diabético na Atenção Básica de Saúde.
I1FET9	Cada paciente tem grau de risco avaliados pelo uso de medicamentos, tipo 1 e 2, monitorando pressão, núcleo familiar também influência. Consulta é mensal ou quando necessário
I2FET3	Realizo consulta com orientações sobre a doença, o risco que implica a sua saúde incentiva a aceitação, mudanças no estilo de vida, alimentação saudável, a importância do controle da glicemia e pressão arterial. Com isso possam se sentir amparados para continuar a desempenhar suas atividades cotidianas.
I3FET0,92	Monitorar a frequência dos pacientes em consultas médicas, orientação sobre alimentação, rotinas diárias, cuidados e adesão correta ao tratamento.
I4FET14	Através dos grupos de Hipertensão
I5FET13	Após o atendimento médico eletivo ou o atendimento à demanda espontânea
I6FET5	É realizado por meio de conversa/queixa do paciente com orientações quanto ao tratamento

I7FET4	Avaliação durante o atendimento na triagem, orientações.
I8FET0,42	-----
I9FET0,42	Infelizmente desde a minha entrada nesta unidade as consultas, propriamente ditas, estão paralisadas devido a pandemia. Portanto, venho procurando outras formas para manter esse contato/cuidados com os pacientes.

Fonte: Dados coletados pelos autores

De acordo com os resultados encontrados, podemos observar, no quadro 9, que as enfermeiras realizam as consultas aos pacientes diabéticos, por diferentes abordagens, mediante o planejamento de Hiperdia, queixas dos pacientes, tipos de diabetes, foco em orientação, repercussão do DM na vida dos pacientes.

Segundo Rosa (2014), analisando a consulta de enfermagem aos pacientes diabéticos observou-se que ela se constitui num instrumento valioso na avaliação dos pacientes, pois possibilita a intervenção de complicações, evitando riscos e danos e promovendo a recuperação da saúde. É importante que os enfermeiros cadastrem os usuários no sistema HIPERDIA e utilizem esse momento para a educação em saúde a fim de minimizar as dificuldades cotidianas.

5.CONCLUSÃO

As complicações do diabetes que decorrem da falta de controle e do convívio prolongado com a doença implicam em complicações microvasculares e macrovasculares, o que constitui um grave problema de saúde pública. Essas complicações deveriam ser evitadas ainda no início da doença no contexto da atenção primária, com ações de promoção e prevenção. O ideal é ter como foco o controle do diabetes e a prevenção para que não ocorra o surgimento das lesões.

Ao conhecer a atuação dos Enfermeiros das ESF frente a ações preventivas para evitar a ocorrência das possíveis lesões e também para controle e tratamento das pessoas com DM, constataram-se diversas atividades, tais como: educação em saúde, exames, consultas periódicas, medicação, encaminhamentos ao Endocrinologista e Nutricionista — quando necessário — visita domiciliar, grupos de hipertensos e diabéticos por meio do programa Hiperdia. Evidenciou-se, ainda, que existe resistência de alguns pacientes quanto à aceitação da doença e ao tratamento.

Ao considerar que o DM é uma doença crônica, ressalta-se a importância de as ESF's estabelecerem, entre seus objetivos, a promoção de ações que visem a

melhorar a aceitação e a satisfação das pessoas acometidas pela doença, contemplando o sucesso do tratamento aliado ao seu bem-estar geral.

É imprescindível que as equipes de Saúde estejam engajadas nas atividades ofertadas pelas ESFs, as quais devem ser educativas, dinâmicas, interativas e atrativas, visando à participação ativa das pessoas com DM. Assim, os achados deste estudo poderão contribuir em melhorias na atenção à saúde da população na perspectiva da promoção da qualidade de vida das pessoas com DM.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edna Aparecida Pereira Pedrosa; SOUTO, Paola Amanda Lima; BARRETO, Alexsandro. Atenção Do Enfermeiro Na Estratégia Saúde Da Família (Esf): Potencialidades E Limitações. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 1, n.3, p.129-134, 2018.

ASSUNÇÃO, Maria Cecília Formoso; SANTOS, Iná da Silva dos; GIGANTE, Denise Petrucci. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.1, p.88-95, 2001.

BARBOSA, Silvânia Araújo; CAMBOIM, Francisca Elidivânia de Farias. Diabetes mellitus: cuidados de enfermagem para controle e prevenção de complicações. **Temas em Saúde**. João Pessoa, v.16, n.3, p.404-417, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, 2013.

BRASIL. CNES - **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde- CNES**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em: 24 jun.2020.

BRASIL. 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: Acesso em: 24 jun.2020

CARVALHO, Eliete dos Reis; SILVA, Jessica del bel da. A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes mellitus: revisão bibliográfica. **Revista Iniziare**, v. 1, n. 1, p. 91-102, 2016.

COSTA, Wendel Jose Teixeira. **Pé diabético e amputações relacionadas ao diabetes**: prevalência e fatores de risco no estado do Espírito Santo – Brasil. Orientador: Luiz Carlos de Abreu. 2019. 70 f. Dissertação Mestrado (Políticas Públicas e Desenvolvimento) - Escola Superior de Ciência da Santa Casa de Misericórdia, EMESCAM Universidade de Vitória; Vitória, ES, 2019.

CUTRIM, Dayara Sthéfane Pereira. **Desafios Encontrados por pacientes e profissionais de Saúde no manejo do diabetes mellitus tipo 2: revisão integrativa da literatura.** Orientador: Andréa Cristina Oliveira Silva. 2017. 94 Folhas. (Monografia-Graduação de Enfermagem); Universidade Federal do Maranhão (UFMA); São Luís. 2017.

FERNANDES, Aline Muniz Fernandes *et al.* Metodologia de Pesquisa de Dissertações sobre Inovação: Análise Bibliométrica. **Revista Desafio Online**; Campo Grande: Desafio Online, v.6, n.1, p.141-159, jan/abr, 2018.

FEITOSA, Jucilene Alves. **Percepção dos profissionais de uma unidade básica de saúde sobre a relevância da assistência multiprofissional e interdisciplinar ao portador de diabetes Mellito.** Orientador: Gerlane Cristinne Bertino Vêras. 2015. 64 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras. 2015

FIGUEIRA, Ana Laura Galhardo *et al.* Intervenções educativas para o conhecimento da doença, adesão ao tratamento e controle do diabetes mellitus. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n.1, p.1648- 2863, 2017.

FONSECA, Kathlem Pereira; RACHED, Chennyfer Dobbins Abi. Complicações Do Diabetes Mellitus. **International Journal of Health Management**, v.5, n.1, p.1-13, 2019.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; GUIMARÃES, Denise Alves; ROCHA, Guilherme Navarro Gontijo. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São Joao Del Rei, v.12, n.3, p.1-16, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Brasil/ Minas Gerais/ Raul Soares.** Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/raul-soares/panorama> >. Acesso em: 05 maio 2020.

IQUIZE, Roxana Claudia Condori *et al.* Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. **J Bras. Nefrol.**, v. 39 n. 2, p.196-204, 2017

LINS, Amanda de Assis; AOYAMA, Elisângela de Andrade. O acometimento da retinopatia em pacientes com diabetes mellitus. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**. Brasília, Distrito Federal, v. 2, n. 1, p. 77-82, 2020.

MENEZES, Ana Gabriela Mota Pereira de, GOBBI, Débora. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.34, n.1, p.97-102, 2010.

MORESCHI, Claudete *et al.* Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.6, p. 3073-3080, nov. a dez.; 2018.

NASCIMENTO, Osvaldo José Moreira do; PUPE, Camila Castelo Branco; CAVALCANTI, Eduardo Boiteux Uchôa. Neuropatia diabética. **Revista Dor**. São Paulo, v.17, n.1, p. 46-51, 2016.

PIEDRAHITA, Onill Joel Tejeda. **Plano de intervenção para acompanhamento dos pacientes diabéticos na ESF nossa Senhora das Graças**. Orientador: Daniela Coelho Zazá. 2017. 29f. Monografia (Especialização Estratégia Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Divinópolis, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8593>

ROSA, Alini Fernandes da. **Cuidado de enfermagem ao paciente portador de diabetes Mellitus na estratégia saúde da família**. uma revisão narrativa. 20

Orientador: Lúscia Divana Carvalho Silva. 2014. 31 folhas. Monografia (Bacharelado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis. 2014.

SANTOS, Aliny de Lima *et al.* Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.761-770, mar. 2015.

SIGNOR, Fernanda *et al.* Conhecimento e educação em saúde de idosos portadores de diabetes mellitus. **Fisioterapia Brasil**, 2016. v. 17, n.2, p. 171-175.

SILVA, Renatielle Machado Delgado. **A abordagem deste estudo compreende o conceito de diabetes mellitus tipo II, suas complicações, sua epidemiologia, relacionando a importância da educação permanente dos profissionais de saúde para o acompanhamento dos portadores de Diabetes tipo II**. Orientador: Andréa Cristina Oliveira Silva. 2012. 32 f. Monografia (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Número de Diabetes no Mundo**, 2019. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/numeros-do-diabetes-no-mundo/>. Acesso em: 15 mar. 2020

TEIXEIRA, Graziela Silveira *et al.* Qualidade de vida no trabalho e perfil demográfico-laboral da enfermagem em unidade de pronto atendimento. **Revista eletrônica trimestral de Enfermeria**, v.18, n. 3, p. 510-524, jul. 2019.

ANEXO 01: Questionário



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

Pesquisa: “A importância do controle e tratamento de diabetes como ações preventivas para as lesões microvasculares e macrovasculares”.

Pesquisadoras: Débora da Silva Taciano e Larissa Trevenzoli Ferreira da Silva Vidal

Orientador: Prof. M.Sc. Laudinei de Carvalho Gomes

Questionário adaptado por... Silva (2012).

PARTE 1

Dados de identificação

1. Nome (siglas): _____
2. Idade (anos): _____
3. Sexo: () Feminino () Masculino
4. Cor/raça () branca () preta () amarela () parda () indígena.
5. Estado civil: () solteiro () casado () união estável () divorciado () viúvo

PARTE 2

CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS E PREVENTIVAS

1. Quanto tempo você atua nesta ESF? _____
2. O que é educação em saúde e de que forma ela auxilia na prevenção das complicações do diabetes? _____
3. O programa de Educação em Saúde da sua unidade voltado para o paciente portador de diabetes funciona? Sim () Não (). Se sim, como acontece? Se não, por que não acontece? _____
Justifique sua resposta: _____
4. Dentre as complicações a seguir, você conhece as complicações que o paciente portador de diabetes está exposto? _____
Hipoglicemia ()
Cetoacidose Diabética ()
Síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica ()
Complicações Macrovasculares ()
Complicações Microvasculares ()
Nefropatia Diabética ()
Retinopatia Diabética ()
Neuropatia Diabética ()
Problemas nos pés e pernas ()
5. O paciente portador de diabetes pode contar com a Atenção básica de Saúde? Justifique. _____
6. Que tipo de atendimento é oferecido ao paciente portador de diabetes? Justifique. _____
7. Quais as orientações são passada para o paciente portador de diabetes? Contextualize. _____

- 8.** A interação paciente/profissional ocorre de forma efetiva? Justifique. _____
- 9.** Você enfermeiro realiza o acompanhamento longitudinal dos pacientes com DM? Contextualize. _____
- 10.** Como você realiza consulta de enfermagem aos pacientes com DM? Contextualize. _____

ANEXO 02: termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM– 2020/02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O
Sr.(a) _____

está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **“A importância do controle e tratamento de diabetes como ações preventivas para as lesões microvasculares e macrovasculares”**. Nesta pesquisa objetivamos descrever a atuação do Enfermeiro frente às ações preventivas para evitar a ocorrência de lesões microvasculares e macrovasculares em usuários diabéticos da atenção primária à saúde. O motivo que nos leva a estudar as ações dos Enfermeiros das ESF para prevenção de complicações microvasculares e macrovasculares em pacientes com diabetes é fornecer subsídios para contextualizar intervenções que contribuam para melhoria do atendimento, atenção e assistência aos DM, com vistas, em assegurar as necessidades sociais, pessoais, tratamento e prevenção às complicações do diabetes, quando não controlado adequadamente.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: os questionários serão entregues aos profissionais de Enfermagem para preenchimento em seu ambiente de trabalho com assessoramento, em acordo com direcionamento do gestor de Saúde. Estima-se que todas as perguntas sejam respondidas em mais ou menos 30 minutos. Os pesquisadores comprometem-se com o sigilo da sua identificação e a manter sob guarda adequada os dados obtidos, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

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. Dentre os benefícios identificados na realização da presente pesquisa destacamos: Mediante os dados colhidos e os resultados esperados com o estudo estão inclusos, assessorar os Enfermeiros em ações para minimizar complicações decorrentes da adesão inadequada ou distanciamento dos usuários da ESF que corroboram para o surgimento de distúrbios micro e macrovasculares do DM, e como desfecho promover reflexão acerca da atuação dos Enfermeiros e suas respectivas atribuições na ESF.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados

sem a sua permissão. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos. Após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____
_____, contato _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa intitulada “**A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE E TRATAMENTO DE DIABETES COMO AÇÕES PREVENTIVAS PARA AS LESÕES MICROVASCULARES E MACROVASCULARES**”. De maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Laudinei de Carvalho Gomes

Endereço: Avenida João Mendes Magalhães, centro, nº227, apt. 204.

Telefone: (031) 9 9740 0861

E-mail: laudineic.gomes@hotmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 03: Carta de Anuência

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

CARTA DE ANUÊNCIA
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr. Leandro Jose Damasio Pereira

Nós, Débora da Silva Taciano e Larissa Trevenzoli Ferreira da Silva Vidal, estudantes matriculadas no curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Vértice – UniVértix – Matipó Minas Gerais – sob orientação do professor M.Sc. Laudinei de Carvalho Gomes, viemos 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: “A importância do controle e tratamento de diabetes como ações preventivas para as lesões microvasculares e macrovasculares”, cujo objetivo descrever a atuação do Enfermeiro frente às ações preventivas para evitar a ocorrência de lesões microvasculares e macrovasculares em usuários diabéticos da atenção primária à saúde”.

A relevância desse estudo está pautada em fornecer subsídios para contextualizar intervenções que contribuam para melhoria do atendimento, atenção e assistência aos DM, com vistas, em assegurar as necessidades sociais, pessoais, tratamento e prevenção às complicações do diabetes, quando não controlado adequadamente.

A pesquisa terá sequenciamento mediante questionário aplicado aos profissionais de enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família. O questionário está dividido em duas partes, a primeira relacionada aos aspectos de identificação profissional e a segunda refere-se às características assistências e preventivas direcionadas aos usuários com DM atendidos na ESF.

O questionário só será aplicado 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,

Débora da Silva Taciano

Larissa Trevenzoli Ferreira da Silva Vidal

Laudinei de Carvalho Gomes

Eu, _____ Gestor/Secretário
Municipal de Saúde, do Município de Raul Soares, autorizo a realização da presente
pesquisa.

Raul Soares, 13 de Agosto, de 2020.

FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM LACTENTES EM DOIS MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICAS: Jeniffer Vitória Alves de Oliveira e Mayra Pinheiro Couto

ORIENTADOR: Prof. M.Sc. Marcella Ferroni Gouveia.

LINHA DE PESQUISA: Cuidados de enfermagem – saúde da criança, adolescente e adulto

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de identificar quais são os fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno em lactentes menores de seis meses em dois municípios localizados na Zona da Mata Mineira/MG. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo quantitativo. Os dados foram coletados por meio de um questionário já utilizado e publicado na literatura. A coleta de dados ocorreu em julho de 2020. Foram entrevistadas 26 mulheres, na faixa etária de 18 a 41 anos, sendo essa amostra formada por uma maioria de mães jovens entre 18 e 29 anos. Nota-se que uma pequena parcela das entrevistadas (3,85%) foi orientada diretamente pelo profissional de enfermagem e 23,7 % foram orientadas por médicos e enfermeiros. O fator associado ao desmame precoce que predominou neste estudo foi o retorno da mãe ao trabalho com 46,15%, sendo que 34,61% destas mães deram o leite materno de forma exclusiva somente até o quarto mês de vida da criança. Conclui-se que se fazem necessárias ações de cunho educativo com os empregadores, como também o acompanhamento do enfermeiro para com o binômio mãe/filho.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Desmame Precoce; Lactente; Enfermagem; Leite Materno

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde (MS, 2015) recomendam que os recém-nascidos (RN) recebam aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida e aleitamento materno (AM) até os dois anos de idade ou mais.

A amamentação é o mais natural vínculo de afeto entre o binômio mãe e filho, trazendo benefícios para ambos. Um dos benefícios do aleitamento para a mulher é a diminuição de doenças cardíacas, o diabetes tipo 2, a prevenção do câncer de mama e a perda de peso, assim como a economia financeira da família (PETERS *et al.*, 2017).

Segundo a OMS (2007), existe classificação para os tipos de aleitamento materno em cinco, sendo eles: (i) aleitamento exclusivo, quando o bebê recebe somente o leite materno, sendo ofertado pela mama ou por ordenha; (ii) aleitamento predominante, quando é ofertado o leite materno, mas são incluídos água, chás, sucos

de frutas na alimentação do bebê, mas sendo predominante o leite materno; (iii) aleitamento materno, quando, independente de receber outros tipos de alimentos, o bebê recebe o leite materno; (iv) aleitamento complementado, quando são introduzidos, na alimentação do bebê, alimentos sólidos ou semissólidos, além da ingestão do leite materno, mas com intuito de complementar essa nutrição e, por fim, (v) aleitamento materno misto, quando recebe outros tipos de leite.

O leite materno — por ser rico em vitaminas, proteínas, carboidratos, gorduras, sais minerais e água — consiste no alimento mais nutricional e adequado para crianças até os seis meses de vida. Esses nutrientes são essenciais para o desenvolvimento adequado da criança (BRASIL, 2009). Em relação aos benefícios da amamentação para o lactente, ela auxilia no combate a infecções, evitando doenças para o recém-nascido, como infecções respiratórias, diarreias e diminuição do risco de alergias, sendo assim, contribuindo para um crescimento saudável, além da redução da taxa de mortalidade infantil (BODE *et al.*, 2014).

Assim, o aleitamento materno traz muitos benefícios para as crianças, em comparação com aquelas que não são amamentadas. Souza, Mello e Ayres (2013) reiteram que diarreia, infecções do trato respiratório, otite média, por exemplo são infecções que apresentam um menor índice em crianças que foram amamentadas se comparadas àquelas que não foram. Já para as mães, o aleitamento é benéfico promovendo a redução do estresse e do mau humor, a promoção da contração uterina e a redução do risco de algumas doenças como, por exemplo, o câncer, artrite reumatóide e osteoporose.

O leite materno possui propriedades imunológicas essenciais para que o bebê tenha um crescimento adequado, a saber: Imunoglobina A, lactoferrina, lisozimo, macrófago e fator bífido. Atua, respectivamente, para impermeabilização antisséptica das mucosas, ação bacteriostática, ação bactericida, fagocitose, na promoção de resíduo de lactobacilos e produção de ácidos. Portanto, o leite humano possui fortes fatores e nutricionais que conferem ao recém-nascido proteção imunológica contra, principalmente, doenças infecciosas (SANTOS, CESAR, NUNES, 2016).

O levantamento global de amamentação — o *Global Breastfeeding Scorecard*, realizado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) — avaliou 194 nações e identificou que, no Brasil, apenas 40% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente com leite materno. O documento informa que apenas 23 países possuem taxas de amamentação exclusiva acima de 60% (OPAS, 2017).

Segundo as organizações internacionais de saúde, apenas 38% dos bebês foram alimentados exclusivamente com leite materno até os seis meses na região das Américas e só 32% continuam amamentando até os 24 meses (OPAS/OMS, 2018).

Apesar de todas as evidências científicas comprovando a eficácia da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança — sobretudo exclusivamente até os seis meses de vida — e dos esforços de diversos órgãos nacionais e internacionais, a prevalência de aleitamento materno no Brasil, em especial a de amamentação exclusiva, está muito abaixo da recomendada. Uma boa classificação segundo a OMS (2008) é acima de 50% e o profissional de saúde, notadamente o enfermeiro, tem papel fundamental na reversão desse quadro (BRASIL, 2015).

Tem-se o conhecimento de programas de incentivo ao aleitamento materno, realizados pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Um deles o “*Ten Steps to Successful Breastfeeding*”, em português “Dez passos para uma amamentação de sucesso”. Essas orientações práticas incentivam novas mães a amamentarem e informa aos profissionais de saúde sobre a melhor forma de apoiar o aleitamento materno (BRASIL, 2020).

A diminuição da taxa da prevalência do aleitamento exclusivo deve-se prioritariamente ao desmame precoce. Para Alvarenga *et al.* (2017), entre os fatores que contribuem para o desmame precoce estão: trabalho materno (33,3 %); uso de chupeta (30,8 %); leite fraco (17,9 %); trauma e dor mamilar (17,9 %); introdução de outros tipos de leites (15,4 %) e escolaridade da mãe/pai (15,4 %).

O desmame precoce — considerado como a interrupção do aleitamento materno exclusivo antes do lactente ter completado seis meses de vida — e a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de um bebê são os principais motivos para as baixas prevalências da amamentação exclusiva. Isso pode ocorrer devido ao fato de os pais não saberem da importância do leite materno, do retorno das mães ao seu ambiente de trabalho e/ou da falta de informação sobre a relevância nutricional do ato, ignorando os riscos a que as crianças estão sujeitas ao serem isentas da amamentação exclusiva (SALUSTIANO *et al.*, 2011)

Para Silva *et al.* (2014), a atuação dos enfermeiros no processo de amamentação é relevante para se iniciar corretamente o aleitamento, evitando, assim, problemas posteriores, estimulando a prática até o tempo preconizado, dando

segurança e encorajando as mães a realizarem o processo de amamentação e passando as orientações necessárias neste processo de adaptação.

O enfermeiro tem a função de orientar às mães durante o pré-natal, o puerpério e as consultas de puericultura sobre a importância da amamentação, sobretudo nas orientações sobre como amamentar. Para isso, devem-se realizar ações educativas em saúde como, por exemplo, a criação de grupos educativos de aconselhamento/orientação quanto ao aleitamento. Essas ações são importantes e devem ser feitas pelos profissionais com o intuito de intensificar o vínculo entre o enfermeiro e as mães (MESQUITA *et al.*, 2016).

Ainda há lacunas na literatura sobre os dados que interferem no processo de aleitamento materno, sobretudo os fatores associados ao desmame precoce. Assim, tem-se a necessidade de analisar quais são os principais fatores que intervêm no processo de aleitamento materno exclusivo em lactentes até seis meses, principalmente quando se trata de dados da região da Zona da Mata Mineira.

Diante do exposto, define-se a questão norteadora desta pesquisa em: Quais são os fatores associados ao desmame precoce em lactentes menores de seis meses? Assim, o estudo tem por objetivo identificar os fatores de associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes menores de seis meses em dois municípios da Zona da Mata Mineira

Estudos como este são importantes devido à necessidade do desenvolvimento de projetos que fortaleçam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e que, sobretudo, identifiquem os fatores associados ao desmame precoce. A partir disso, poderão ser elaboradas propostas para a redução deste problema de saúde pública, auxiliando o enfermeiro a desenvolver estratégias eficazes e melhorias para o binômio mãe-filho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O aleitamento materno exclusivo é quando a criança recebe somente leite materno, sem a introdução de outros alimentos, sejam líquidos ou sólidos (BRASIL, 2015).

O leite materno, por ser rico em vitaminas, proteínas, carboidratos, gorduras, sais minerais e água, consiste no alimento mais nutricional e adequado para crianças

até os seis meses de vida. Esses nutrientes são essenciais para o desenvolvimento adequado da criança (BRASIL, 2009).

Segundo a OMS (2007), o aleitamento materno pode ser classificado em cinco categorias: (i) aleitamento exclusivo, quando o bebê recebe somente o leite materno, sendo ofertado pela mama ou por ordenha; (ii) aleitamento predominante, quando é ofertado o leite materno, mas são incluídos água, chás, sucos de frutas na alimentação do bebê, mas sendo predominante o leite materno; (iii) Aleitamento materno, quando, independente de receber outros tipos de alimentos, recebem o leite materno; (iv) aleitamento complementado, quando são introduzidos na alimentação do bebê alimentos sólidos ou semissólidos, além da ingestão do leite materno, mas com intuito de complementar a alimentação do bebê e, finalmente, (v) aleitamento materno misto, quando recebe outros tipos de leite.

Em relação aos benefícios da amamentação para o lactente, ela auxilia no combate a infecções, evitando doenças para o recém-nascido, como infecções respiratórias, diarreias e diminuição do risco de alergias. Sendo assim, essa prática contribui para um crescimento saudável, além da redução da taxa de mortalidade infantil (BODE *et al.*, 2014).

Assim, o aleitamento materno traz muitos benefícios para as crianças, em comparação àquelas que não são amamentadas. Souza, Mello e Ayres (2013) reiteram que diarreia, infecções do trato respiratório, otite média, por exemplo são infecções que apresentam um menor índice em crianças que foram amamentadas se comparadas àquelas que não foram. Já para as mães, o aleitamento é benéfico promovendo a redução do estresse e do mau humor, a promoção da contração uterina e a redução do risco de algumas doenças como, por exemplo, o câncer, artrite reumatoide e osteoporose.

O leite materno possui propriedades imunológicas essenciais para que o bebê tenha um crescimento adequado, a saber: Imunoglobina A, lactoferrina, lisozimo, macrófagose fator bífido. Atua, respectivamente, na impermeabilização antisséptica das mucosas, ação bacteriostática, ação bactericida, fagocitose, na promoção de resíduo de lactobacilos e produção de ácidos. Portanto, o leite humano possui fortes fatores nutricionais que conferem ao recém-nascido proteção imunológica contra, principalmente, doenças infecciosas (SANTOS, CESAR, NUNES, 2016).

Tem-se o conhecimento de programas de incentivo ao aleitamento materno, realizado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) um

deles o “*Ten Steps to Successful Breastfeeding*”, em português “Dez passos para uma amamentação de sucesso”. Essas orientações práticas incentivam novas mães a amamentarem e informa os profissionais de saúde sobre a melhor forma de apoiar o aleitamento materno (BRASIL, 2020).

A diminuição da taxa da prevalência do aleitamento exclusivo deve-se prioritariamente ao desmame precoce. Para Alvarenga *et al.* (2017), entre os fatores que contribuem para o desmame precoce estão: trabalho materno (33,3 %); uso de chupeta (30,8 %); leite fraco (17,9 %); trauma e dor mamilar (17,9 %); introdução de outros tipos de leites (15,4 %) e escolaridade da mãe/pai (15,4 %).

Para Silva *et al.* (2014), a atividade dos enfermeiros no processo de amamentação é relevante para iniciar corretamente o aleitamento, evitando, assim, problemas posteriores, estimulando a prática até o tempo preconizado. Essa ajuda dá segurança e encorajamento às mães a realizarem o processo de amamentação e permite oferecer as orientações necessárias que aparecerem neste processo de adaptação.

3. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de âmbito quantitativa. Para Gil (2017), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou então estabelecer relações entre algumas variáveis.

A pesquisa foi realizada nas Estratégias da Saúde da Família (ESF), localizada em dois municípios da Zona da Mata Mineira. Segundo o IBGE (2020), dados realizados em 2010, o município Raul Soares é composto por uma população de 23.818 pessoas, com densidade demográfica de 31,20 hab/km². O município é composto por oito ESFs, sendo cinco delas dentro do município e as outras três em seus distritos. Já o município de São Pedro dos Ferros é composto por uma população de 8.356 pessoas, com densidade demográfica de 20,75 hab/km². O município é composto por três ESFs, sendo duas delas dentro do município e uma em seus distritos.

Fizeram parte deste estudo todas as mães cadastradas na ESF dos municípios em questão que interromperam o AME antes dos seis meses de idade. Foram excluídos do estudo mães que não interromperam o AME antes dos seis meses de

idade e/ou que não aceitarem participar. A amostra foi dada por conveniência. Ao total, 26 mulheres aceitaram participar do estudo.

Os dados foram coletados por meio de um questionário já utilizado e publicado na literatura, baseado no estudo de Farias e Wisniewski (2015) e Andrade *et al.* (2018). A forma de captação das mães cadastradas na ESF se deu por meio de uma lista de telefone e e-mail fornecida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das ESFs.

A coleta de dados ocorreu em julho de 2020, em meio a Pandemia da COVID19. Assim, a entrevista foi realizada por meio eletrônico com o envio do questionário por um aplicativo de mensagem. Foram observadas todas as medidas de segurança orientadas pela Organização Mundial da Saúde.

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

Para a análise dos dados, foi realizada a dupla digitação dos dados no programa *Microsoft® Office Excel*, versão 2007, e, em seguida, foi realizada a análise descritiva utilizando, média, mediana e frequência, pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fizeram parte deste estudo 26 mães de crianças menores de seis meses que tiveram desmame precoce do aleitamento materno. Os dados sócios demográficos dos participantes deste estudo estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1 – Característica sociodemográficas das mães de crianças menores de seis meses que tiveram desmame precoce do aleitamento materno. Matipó.2020.

VARIÁVEL	%
IDADE	
18-21 anos	27,00
22-25 anos	23,00
26-29 anos	23,00
30-33 anos	12,00
34-37 anos	8,00

38-41 anos	8,00
ETNIA	
Branco	34,62
Preto	26,92
Pardo	34,62
Amarelo	3,84
ESCOLARIDADE	
Fundamental Incompleto	3,85
Fundamental Completo	11,54
Médio Incompleto	7,69
Médio Completo	50,00
Superior Incompleto	23,07
Superior Completo	3,85
OCUPAÇÃO	
Domiciliar	15,39
Trabalhar fora	76,92
Outro	7,69
RENDA	
Sem remuneração	7,69
Abaixo de 1 salário-mínimo	11,55
1 a 2 salários-mínimos	76,93
Mais de 2 salários	3,85
ESTADO CIVIL	
Solteira	34,62
Mora Junto	7,69
Casada	46,15
Divorciada	11,54

Fonte: dados coletados pelos pesquisadores.

A maioria das mães que fizeram parte da amostra eram jovens entre 18 e 29 anos. No estudo de Andrade *et al.* (2018), cujo objetivo também foi investigar os fatores relacionados ao desmame precoce antes dos seis meses de vida em um município de Minas Gerais, houve o predomínio da amostra mães com idade entre 18 e 23 anos, corroborando os achados deste estudo.

Segundo o último relatório do Fundo de População da ONU (ONU/UNFPA, 2019), a taxa de fecundidade no Brasil entre meninas de 15 a 19 anos é de 62 a cada mil bebês nascidos vivos, acima da média mundial que é de 44 a cada mil, ao ano, mais de 430 mil bebês nascem de mães adolescentes no país.

Em relação à escolaridade das mães entrevistadas, a sua maioria (50%) possui Ensino Médio completo. No estudo de Amaral *et al* (2019) — cujo objetivo foi avaliar a intenção materna de amamentar, a duração do aleitamento materno até os 24 meses e os motivos para o desmame no primeiro ano de vida — identificou-se que o desmame antes dos 12 meses foi mais frequente entre mães com Ensino Fundamental frente às mães com ensino superior.

Referente à ocupação das mães que participaram deste estudo, 76,92% trabalham fora e a predominância da renda familiar foi de 1 a 2 salários-mínimos (76,93%). Segundo o estudo de Barbosa *et al.* (2009), a renda familiar menor ou igual a três salários mínimos representa um risco três vezes maior para o desmame precoce do que a presença de renda maior, o que é justificado pela necessidade de a mãe ter um emprego para sobrevivência da família e ou completar a renda, não possibilitando a realização do aleitamento materno exclusivo pelo período recomendado.

Neste estudo, a maioria das mulheres entrevistadas era casada, o que denota a presença de um parceiro. Para Bernarde *et al.* (2009), a presença de um companheiro pode influenciar positivamente na duração do aleitamento materno. Entretanto, isto não foi observado nesta esta pesquisa.

Em relação à caracterização do perfil gestacional e da amamentação das mães entrevistadas (Tabela 2), é possível identificar que, neste estudo, todas as mães realizaram o pré-natal. A grande maioria realizou mais de seis consultas, o mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização do perfil gestacional e da amamentação das mães entrevistadas. Matipó, 2020.

VARIÁVEL	%
NUMERO DE FILHOS	
1 filho	57,69
2 filhos	34,61
3 filhos	3,85
4 filhos	3,85
FILHOS PLANEJADOS	
Sim	53,85
Não	46,15
QUAL PROFISSIONAL REALIZOU PRÉ-NATAL	
Médico	96,15
Enfermeiro	3,85
NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	
6 consultas	15,38
7 consultas	11,54
8 consultas	11,54
9 consultas	30,76
10 consultas	11,54
11 consultas	3,85
12 consultas	11,54
16 consultas	3,85

AMAMENTOU SEU FILHO EXCLUSIVAMENTE COM LEITE MATERNO ATÉ QUE IDADE?

Não amamentou	7,69
1 dia	3,85
10 dias	3,85
1 mês	3,85
2 meses	15,38
3 meses	19,23
4 meses	34,61
5 meses	11,54

Fonte: dados coletados pelos pesquisadores.

O desmame precoce do AM se mostrou mais elevado em mães que possuíam apenas um filho (57,69%). Este fato pode ser relacionado pela baixa experiência em relação à amamentação ou pelo fato de não terem sido orientadas adequadamente.

Neste estudo, a maioria das mulheres entrevistadas realizou a consulta de pré-natal com o profissional médico (96,15%) e apenas (3,85%) realizaram com o profissional enfermeiro. O enfermeiro é um dos profissionais essenciais para efetuar a assistência de pré-natal, sobretudo por ser qualificado para atuar com estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização no cuidado prestado. Na consulta de pré-natal, o enfermeiro elabora um plano de cuidados, ou seja, a assistência de enfermagem individualizada, com base nas necessidades identificadas em cada gestante, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando a outros serviços, também promovendo a interdisciplinaridade das ações (SUHRE *et al.*, 2017; BRASIL, 2015).

No que diz respeito aos motivos relatado pelas mães para o não aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses, é possível evidenciar os resultados na Figura 1.

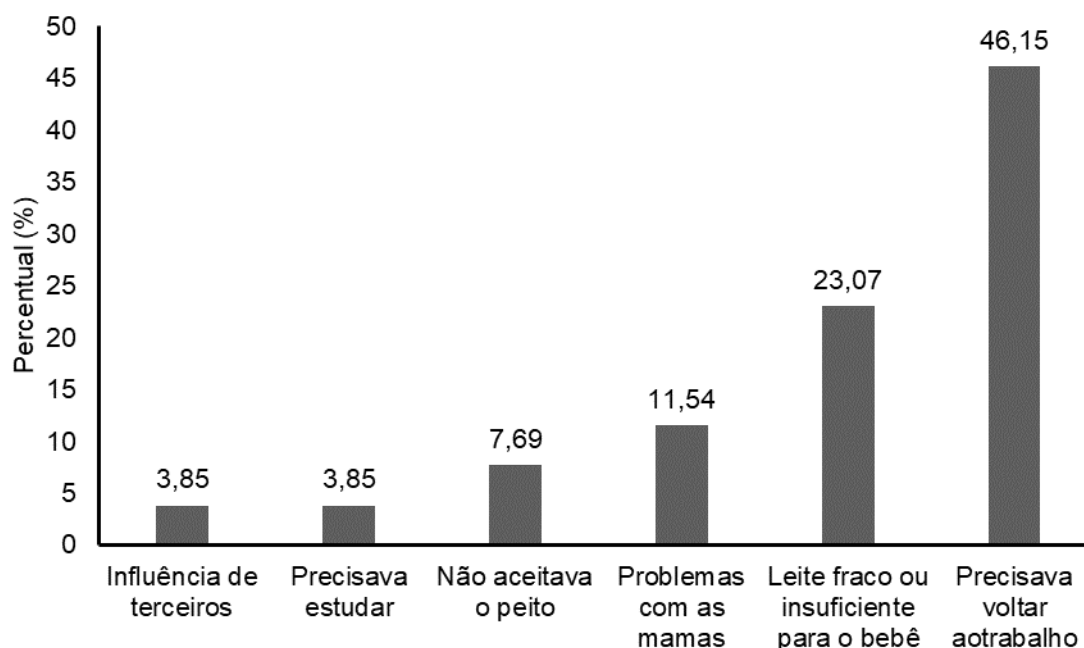


Figura 1: Motivo, relatado pelas mães, para o não aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de idade. 2020.

Em relação à motivação que levou as mães que participaram deste estudo a deixar o AME antes do tempo determinado, obteve-se o seguinte resultado: volta ao trabalho (46,15%), seguido por declarações de que o leite era fraco ou insuficiente para o bebê (23,07%). Estudos revelam que o trabalho materno fora do domicílio apresenta maior risco para o oferecimento de leite de vaca e outros alimentos ao bebê (DEMÉTRIO, PINTO e ASSIS, 2012). Uma das possíveis causas para este achado pode ter sido a falta de orientação à mãe sobre a possibilidade de não interromper a amamentação pela necessidade de voltar do trabalho, sendo oferecido a elas orientação sobre armazenamento do próprio leite materno e, até mesmo, sobre a legislação brasileira.

Dentre as principais dificuldades encontradas durante a amamentação estão: peito machucado (15,38%) e bico do peito rachado (11,54%) (Figura 2).

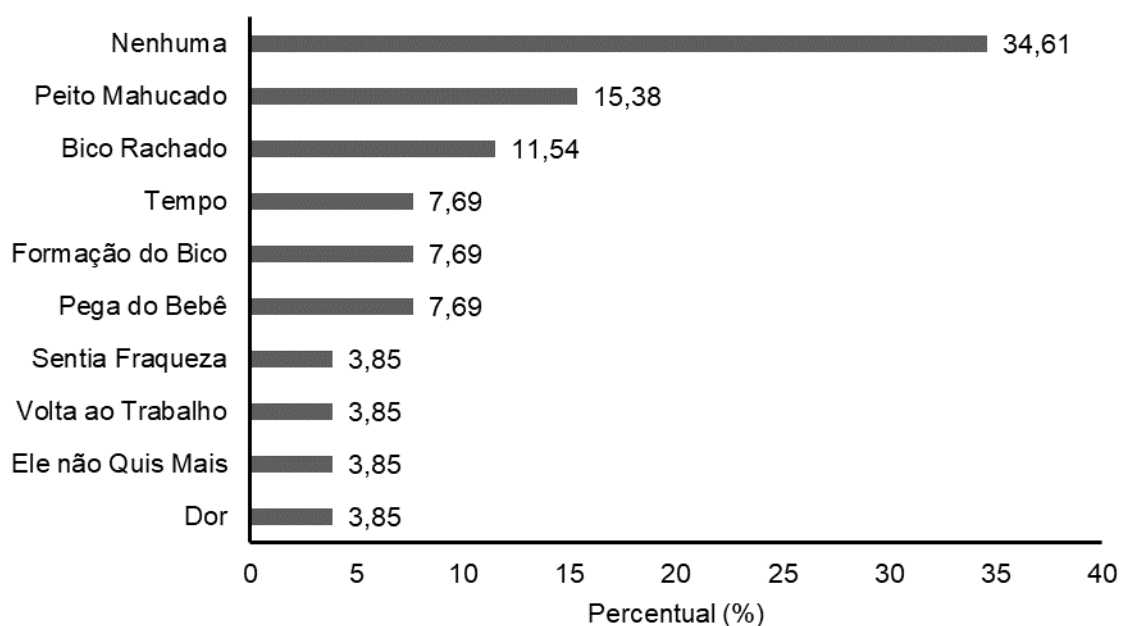


Figura 2: Dificuldades encontradas pelas mães investigadas, durante a amamentação. 2020.

No estudo de Barbosa *et al.* (2017), cujo objetivo foi identificar a prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação, obteve-se como resultado uma elevada prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação. Neste estudo, a principal dificuldade encontrada foi peito machucado (15,38%) e bico do peito rachado (11,54%) o que podem estar associados a técnicas inadequadas de amamentação.

Verifica-se que a maioria das mulheres neste estudo relatou que os fatores facilitadores para o aleitamento materno são o fato de não trabalhar fora (50%), ter amamentado antes (19,23%) e apoio familiar (15,38%) (Figura 3).

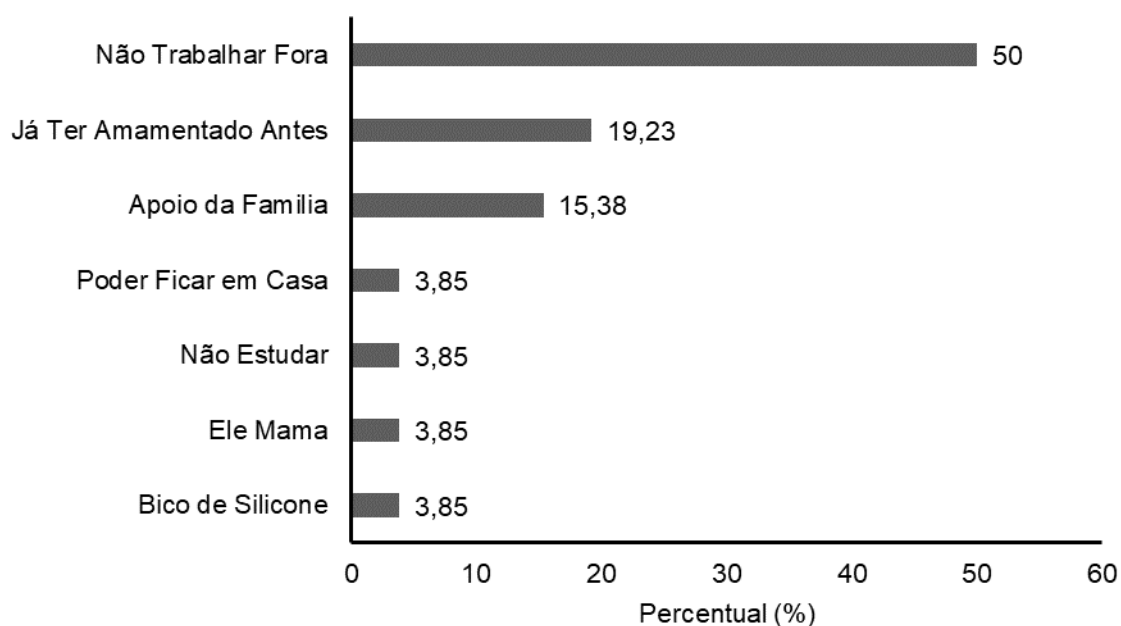


Figura 3: Fatores relatados pelas mães investigadas que facilitariam a amamentação. 2020.

Outro fator apontado pelas mães (23,7%) sobre o desmame precoce foi o fato de que acreditavam que seu leite materno era fraco e insuficiente para o seu bebê. Segundo Rocci e Fernandes (2013) “o leite fraco” é um fator cultural, um mito presente entre as mães, pois as mulheres possuem o leite suficiente para nutrir o seu bebê, permitindo-lhe crescimento e desenvolvimento adequados. Essa percepção errônea pode estar associada à falta de conhecimento das mães quanto aos valores nutricionais do seu leite, à produção do leite materno também e ao fato de relacionarem o choro do bebê à carência de alimento, o que nem sempre está associada.

Já em relação à caracterização das orientações advindas dos profissionais de saúde definidas pelas mães entrevistadas, os resultados são evidenciados na tabela 3.

Tabela 3. Caracterização das orientações advindas dos profissionais de saúde definidas pelas mães entrevistadas. Matipó. 2020.

VARIÁVEL	%
ORIENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE SOBRE O ALEITAMENTO MATERNOEXCLUSIVO	
Foram orientadas	84,62
Não foram orientadas	15,38
PROFISSIONAIS DE SAUDE QUE ORIENTARAM QUANTO AO AME ATE OS 6 MESES DE IDADE	

Médico	46,15
Enfermeiro	3,85
Médicos e enfermeiros	23,07
Sim foram orientadas	11,54
Não foram orientadas	11,54
Não se lembra quem orientou	3,85
ORIENTADA A DAR OUTRO LEITE PARA O BEBÊ ANTES DOS 6 MESES DE IDADE	
Sim foi orientada a dar outro leite	53,85
Não foi orientada a dar outro leite	46,15
QUEM ORIENTOU A DAR OUTRO LEITE ANTES DOS 6 MESES	
Avós	15,36
Enfermeiro	11,54
Eu mesma	7,69
Médicos	65,38

Fonte: dados coletados pelos pesquisadores.

Neste estudo, a maioria das mulheres foram orientadas quanto ao aleitamento materno (84,62%). Em relação ao profissional que as orientou durante o período de pré-natal, a maioria delas (46,15%) foram orientadas por profissional médico, (23,07%) orientadas por médico e enfermeiros e apenas (3,85%) foram orientadas por enfermeiros. No estudo de Gomes *et al.* (2019), — cujo objetivo foi analisar a consulta de enfermagem no pré-natal, a partir da perspectiva de gestantes e enfermeiras — a questão relacionada à orientação em saúde foi o quesito melhor avaliado pelas gestantes, ou seja, houve uma grande satisfação em relação às orientações recebidas pelos enfermeiros durante o pré-natal.

Diante disso, nota-se como é importante a função do enfermeiro nesse período para poder tirar as dúvidas das gestantes, assim também como para orientá-las de como devem ser realizados os exames e consultas durante o pré-natal. Outro benefício é que, com o acompanhamento do enfermeiro, as gestantes podem se sentir mais seguras diante das novas descobertas que acontecerão com o passar das semanas na gestação (ALVES *et al.* 2018).

De acordo com os resultados encontrados neste estudo, foi sugerido a 53,85% das mães dar outro tipo de leite para seus filhos e a 65,38% destas as orientações foram advindas de médicos.

Apesar de ser uma indicação médica a introdução de outros alimentos, vale ressaltar que nem sempre os profissionais da saúde possuem conhecimento das dificuldades e da rotina da mãe e do bebê. Portanto, o desmame precoce poderia ser evitado e resolvido com orientações específicas diante das dificuldades de cada mulher (ANDRADE *et al.*,2018).

5. CONCLUSÃO

Verificou-se que o principal fator relacionado ao desmame precoce foi o retorno das mães ao trabalho. Portanto faz-se necessário promover estratégias da área da saúde direcionadas à classe empregadora, procurando desenvolver ações de cunho educativo e informativo relacionados à importância e necessidade da AME.

Concomitantemente, observou-se que há um déficit bem elevado relacionado ao acompanhamento do pré-natal realizado por enfermeiros. No estudo, destacou-se que a maioria das consultas foram realizada apenas pelo profissional médico.

A participação do enfermeiro neste processo é de extrema importância, visto que o profissional de enfermagem acompanha todo o período da gestação e também o período do puerpério. Essa proximidade do profissional com o binômio mãe/filho é essencial, pois ele estará ciente de quais são as necessidades individuais de cada uma e poderá realizar orientações específicas conforme necessidade, contribuindo, assim, de forma significativa para a redução do desmame precoce.

Salienta-se, ainda, a importância da implementação de estratégias que visem à adesão, à promoção, à manutenção e ao aumento da prevalência do AME.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, S.C *et al.* Factores que influyen el destete temprano. **Aquichan**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 93-103, jan. 2017. ISSN 2027-5374. Disponível em: <<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5211>>. Acessado em: 23 nov. 2020

AMARAL, Sheila Afonso do et al . Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 1, e2019219, 2020 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100311&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 nov. 2020.

ANDRADE, H. S.; PESSOA, R. A.; DONIZETE, L. C. V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

BARBOSA, G.E.F. *et al.* Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 265-272, sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000300265&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 Nov. 2020.

BARBOSA, Marina Borelli *et al.* Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 272-281, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **OMS e UNICEF lançam orientações para promover aleitamento materno.** Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53314&catid=579&Itemid=50218>. Acessado em 06 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

BRASILEIRO, Aline Alves *et al.* Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1705-1713, set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 23 nov. 2020.

BODE, L *et al.* Está vivo: micróbios e células no leite humano e seus potenciais benefícios para mãe e bebê. **Avanços na nutrição**, v. 5, n. 5, p. 571-573, 2014.

DEMÉTRIO, F.; PINTO, E.D.J.; ASSIS, A.M.O. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**. v. 28, n. 4, p. 641-654, 2012.

FARIAS, S.E; WISNIEWSKI, D. **Aleitamento materno x desmame precoce.** **Rev. Uningá**, v. 22, n. 1, p. 14-19, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa.** 6ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, C.B.A. *Get al.* Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto Contexto Enferm.**, v. 28, n. 29, p.1590-1980, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Brasil/ Minas Gerais/ Raul Soares. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/raul-soares/panorama> >. Acessado em 05 de maio de 2020.

MESQUITA, A. L. *et al.* Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 5, n. 2, p. 158-170, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria mais de 820 mil crianças menores de cinco anos em todo o mundo**. 2018. Disponível em: <OPAS/OMS Brasil - Aleitamento materno nos primeiros anos de vida salvaria mais de 820 mil crianças menores de cinco anos em todo o mundo (paho.org) > Acesso em: 12 de maio 2020

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da População Mundial 2019 - Um Trabalho Inacabado**: a busca por direitos e escolhas para todos e todas. Brasil. 2019

PETERS, S *et al.* Amamentação e risco de doenças cardiovasculares maternas: um estudo prospectivo de 300.000 mulheres chinesas. **Jornal da American Heart Association**, v. 6, n.6, p. 6081- 6122, 2017.

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, pág. 22-27, fevereiro de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de novembro de 2020.

RODRIGUES, S, V.; Maria Pereira Cesar, v.; reis nunes, c. aleitamento materno: benefícios enquanto fator na prevenção de doenças no neonato. **múltiplos acessos**, v. 1, n. 1, 16 dez. 2016.

SALUSTIANO, L. P. Q. *et al.* Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

SILVA, N. M. *et al.* Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 290-295, 2014.

SOUZA, S.N.D.H.; MELLO, D, F.; AYRES, J.R.C.M.O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1186-1194, jun, 2013

SUHRE, P. B et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Percepção de Gestantes Acompanhadas em uma das Unidades Básicas de Saúde. **Espaço Ciência e Saúde**, Universidade de Cruz Alta – Unicruz, v. 5, n. 01, jul. 2017.

UNICEF. Apenas 40% das crianças no mundo recebem amamentação exclusiva no início da vida. 2019. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/apenas-40-das-criancas-sao-alimentadas-exclusivamente-com-leite-materno-nos-6-primeiros-meses-de-vida/>> Acesso em: 12/04/2020

ANEXOS:

ANEXO I: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE E AO PERÍODO DE DESMAME EM LACTENTES

IDENTIFICAÇÃO	
Município:	Unidade de Saúde:
Nome:	
Data de Nascimento:	Idade:
Raça/Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado	
Escolaridade: () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo	
Ocupação: () Domiciliar () Trabalha fora com carteira assinada () Trabalha fora sem carteira assinada	
Renda (salário-mínimo):	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo	
Número de Filhos:	Filhos Planejados () Sim () Não
DADOS SOBRE PRÉ-NATAL E AMAMENTAÇÃO	
Realizou Pré-Natal: () Sim () Não	
Número de consultas de Pré-Natal:	
Aleitamento materno exclusivo (em meses): () Menos que 1 () 1 a 3 () 4 a 5	
Motivo que deixou o AME antes dos 6 meses de idade: () Leite fraco ou insuficiente para o bebê () Precisar voltar ao trabalho () Bebê chorar e não pegar () Não aceitava o peito () Problemas nas mamas (rachaduras) () Substituição do LM por produtos industrializados () Crenças, culturas e estilo de vida (queda dos seios) () Influência de terceiros.	
ORIENTAÇÕES ADVINDAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Orientação dos profissionais de saúde sobre AME: () Sim () Não	
Profissionais que orientaram quanto ao AME até os 6 meses de idade: () Enfermagem () Médico	
Orientada a dar outro leite para o bebê antes dos 6 meses de idade: () Sim () Não	
Quem a orientou () Enfermeiro () Médico () Avós () Outros	
O que a facilitaria a amamentar: () Orientações do serviço de saúde () Não trabalhar fora () Já ter amamentado antes	

ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM LACTENTES NA ZONA DA MATA MINEIRA**. Nesta pesquisa, pretendemos identificar quais são os fatores associados ao desame precoce do aleitamento materno em lactentes menores de 6 meses no município de Raul Soares e São Pedro dos Ferros/Minas Gerais.

O motivo que nos leva a estudar a interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de vida é o fato de esse ser um dos fatores que contribuem para a mortalidade infantil, além de uma série de problemas que pode acarretar tanto para a mãe quanto para a criança. Devido a isso, o estudo tem por objetivo identificar os fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes na Zona da Mata Mineira. Conhecer os fatores associados ao desmame precoce contribui para mudança na prática profissional do enfermeiro e possibilita traçar estratégias com o objetivo de incentivar o aleitamento materno exclusivo até o 6 mês de vida.

Para esta pesquisa, adotaremos o seguinte procedimento: aplicação de um questionário via *on-line* contendo perguntas sobre o pré-natal, o período de amamentação e as orientações recebidas pelos dos profissionais de saúde. Responder esse questionário levará aproximadamente 15 minutos.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco psicológico durante a aplicação do questionário, quando a pesquisada poderá sentir-se constrangida frente a alguma questão e preferir não se manifestar, tendo o direito de responder apenas as perguntas que desejar, evitando assim esse risco psicológico. A pesquisa contribuirá para identificar os fatores associados ao desmame precoce em um município localizado na Zona da Mata Mineira e assim, elaborar propostas para a redução deste problema, auxiliando o Enfermeiro a desenvolver estratégias eficazes e a melhoria para o binômio mãe-filho.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade Univértix e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, após o término da pesquisa. Depois desse tempo, eles serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno em lactentes menores de 6 meses. de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Marcella Ferroni Gouveia

Telefone: 31 – 99662-3090

E-mail: maferronii@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO III: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DOS MUNICÍPIOS

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Jacyara Franklin Campos,
Secretário da Saúde, tenho ciência e autorizo a realização da
pesquisa intitulada "**Fatores De Risco Associados Ao Desmame
Precoce E Ao Período De Desmame Em Lactentes Na Zona Da
Mata Mineira**" sob responsabilidade do pesquisador Marcella
Ferroni Gouveia, docente do curso de Graduação em Enfermagem
na Univértix.

Raul Soares, 16 de Julho de 2020.

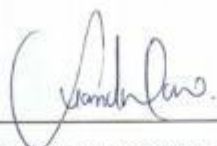
JACYARA FRANKLIN CAMPOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SAO JOAO DEL REI-MG

Assinatura e nome completo do Secretário da Saúde

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, LEONARDO JOSÉ RAMOS PEREIRA,
Secretário da Saúde, tenho ciência e autorizo a realização da
pesquisa Intitulada "**Fatores De Risco Associados Ao Desmame
Precoce E Ao Período De Desmame Em Lactentes Na Zona Da
Mata Mineira**" sob responsabilidade do pesquisador Marcella
Ferroni Gouveia, docente do curso de Graduação em Enfermagem
na Univértix.

Raul Soares, 16 de Julho de 2020.



Assinatura e nome completo do Secretário da Saúde

CONHECIMENTO DE MÃES SOBRE O TESTE DO PEZINHO EM UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICOS: Maria Luiza Pereira Mendonça e Raphael Victor Gomes De Azevedo

ORIENTADOR: Prof. M.Sc. Laudinei De Carvalho Gomes.

LINHA DE PESQUISA: Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem

RESUMO

A Triagem Neonatal tem por fundamento diagnosticar precocemente doenças antes da manifestação clínica, proporcionando uma melhor qualidade de vida e conforto aos familiares. O presente estudo tem por objetivo identificar o conhecimento de mães de um município na Zona da Mata mineira sobre o teste do pezinho. Trata-se de uma abordagem quantitativa, cuja amostra compreende gestantes no último trimestre e puérperas, cadastradas e em acompanhamento na ESF, tendo em vista que os testes no município são realizados apenas nesta unidade de saúde. A pesquisa foi realizada entre os meses de julho e agosto de 2020, abrangendo 15 mães, entre gestantes e puérperas, que tiveram seus conhecimentos avaliados. Podemos destacar como resultados, a baixa escolaridade de parte dessas mães e o estado civil. Constatou-se que as mães entrevistadas possuíam conhecimento acerca da finalidade do teste de pezinho, mas apresentavam dúvidas em outros aspectos do exame, bem como a data correta para levar o bebê para realizá-lo.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Terapia Intensiva; Gestão e Assistência.

1. INTRODUÇÃO

A Triagem Neonatal foi implementada no Brasil de acordo com a Portaria da Saúde GM/MS nº822 de 6 de julho de 2001 (BRASIL, 2001) a qual constitui-se de exames preventivos do SUS (Sistema Único de Saúde), que detectam patologias nos recém-nascidos (RN's) entre zero e 30 dias de vida, sendo um procedimento recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) (LACERDA *et al.*, 2017).

No Brasil, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) garante aos nascidos vivos o direito à busca por casos suspeitos, diagnóstico, acompanhamento e tratamento das patologias. O procedimento de rastreamento é realizado pelo Enfermeiro, embasado em protocolos e etapas que incluem: abordagem da mãe e do RN, coleta e preenchimento de informações da mãe e neonato em cartão específico do NUPAD (Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico) (GOMES *et al.*, 2019; MARQUI, 2016).

Segundo Mesquita *et al.* (2016), ao rastrear precocemente as patologias, pode-se reduzir os riscos de sequelas. Logo, é ideal realizar a triagem neonatal na primeira semana de vida, entre o 5º e 7º dia, após o aleitamento materno exclusivo. Dentre as formas de realizar o exame, verifica-se que há uma punção no calcanhar ou,

alternativamente, coleta de sangue venoso periférico, seguindo o protocolo da ESF (Estratégia de Saúde da Família).

A primeira lei no Brasil que dispõe sobre a obrigatoriedade do rastreamento refere-se à Lei Estadual nº 3.914/83 em São Paulo (SÃO PAULO, 1983), parâmetro para a Lei federal nº 8069/90 (BRASIL, 1990) que rege o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Na década de 90, a legislação federal citada foi complementada, definindo as doenças a serem triadas (Portaria GM/MS nº 22 de 15 de janeiro), seguido pela Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal (SBTN), que reuniu vários serviços. Outra contribuição veio em 2001, com a inclusão da Fibrose Cística e outras doenças, segundo a Portaria GM/MS nº 822 com o PNTN, sendo obrigatório em todo território nacional (BRASIL, 2001; MORETTI, 2020).

Rodrigues *et al.* (2019) descrevem que, em Minas Gerais (MG), o rastreamento é feito pelo NUPAD, Núcleo vinculado a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com cadastro Estadual pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), órgão executor no Estado. O NUPAD concentra atividades educativas, de promoção e assistência teórica técnica aos profissionais de saúde de Minas Gerais, trabalhando com foco em diagnóstico precoce. Atualmente investigam-se sete doenças no referido exame: Fenilcetonúria (PKU), Hipotireoidismo Congênito (HC), Hemoglobinopatias (Hb), Fibrose Cística (FC), Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC); Deficiência da Biotinidase (DB) e recentemente incluída a Toxoplasmose Congênita.

As mães, em sua maioria, desconhecem sobre as doenças e a devida importância dos exames. Quando ocorrem casos positivos para uma das patologias, intensificam as tensões, tendo em vista o desconhecimento, ou o fato de conhecê-las tardiamente. Considerando situações como essas, torna-se necessário engajamento dos profissionais, treinamentos, assim como ações junto aos futuros profissionais de Enfermagem para promover as intervenções necessárias, garantindo a integralidade da assistência e humanização do cuidado (OLIVEIRA, 2017).

Complementar a isso, verificam-se como imprescindíveis pesquisas acerca do teste do pezinho, tendo em vista que as mães não detêm conhecimento necessário para compreendê-lo. Esse déficit de informação refere-se a não saber a finalidade do teste e sua importância para a saúde mental da criança. Desinformação oriunda de falhas nos acompanhamentos de pré-natal, nos postos de coleta e na maternidade.

Diante disso, verifica-se a importância do Enfermeiro ao orientar as mães sobre as patologias. Faz-se necessário, em cada consulta da gestante, abordar um tema

relacionado o teste para que fique bem esclarecido. Estudos como este visam contribuir positivamente para avaliar e analisar as falhas ocorridas nas ESF's, no intuito de gerar ações melhoradoras deste quadro de desinformação.

Tais situações apresentadas configuram um desafio, demonstrando que se deve também atentar às mães primíparas que desconhecem a triagem, exigindo apoio dos múltiplos profissionais que tenham contato com as gestantes.

Assim, a questão norteadora deste estudo é: Qual o conhecimento de mães sobre o teste do pezinho? Dada à magnitude no contexto social e de saúde pública que o teste do pezinho representa, este estudo tem por objetivo identificar o conhecimento das mães de um município na Zona da Mata mineira sobre o exame.

Os resultados podem contribuir para identificar gestantes e puérperas e acionar as que precisam de orientação e ações educativas. Podem, também, promover a ampliação da cobertura do teste no município. Trabalhos como este tornam-se relevantes pois permitem conhecer melhor o que as mães pensam sobre o teste do pezinho e identificar seus medos e se receberam a devida orientação na maternidade. Destarte, trata-se, sobretudo, de uma ação educativa, criando maior vínculo e adesão em relação ao serviço de saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Triagem Neonatal (TN) foi idealizada por Robert Guthrie em 1963 nos Estados Unidos. Inicialmente era um método que detectava ausência da fenilalanina (FAL) um aminoácido presente em diversas proteínas. Este exame teve importância reconhecida pela OMS e foi sedimentado pelo mundo (OLIVEIRA, 2019; LACERDA *et al.*, 2017).

Os primeiros achados científicos acerca da fenilcetonúria no Brasil foram em 1967. Um estudo realizado por professores do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo analisou 14 casos cujas sequelas neurológicas foram graves. Tal prática proporcionou ratificar o “teste das fraldas” com a urina do recém-nascido, percebendo-se que a fenilalanina aumenta após a alimentação proteica nas primeiras semanas. Com o elevado número de casos diagnosticados tardiamente, as ideias da OMS e publicações acerca da Triagem no Hemisfério Norte, um grupo de brasileiros impulsionou a realização do exame no Brasil (RIBEIRO, 2019).

No Brasil, atualmente, existem três tipos de rastreamento além do básico ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Há o teste do pezinho (TP); outro tipo que inclui a deficiência de G-6-PD, galactosemia, leucínose e toxoplasmose congênita e, por fim, o terceiro tipo, denominado de TP super, que inclui mais 38 diagnósticos de aminoacidopatias e defeitos no metabolismo (STORCHILO, 2016).

Orientar por muitas vezes é um desafio, assim o enfermeiro — como prestador da assistência humanizada e educador, de maneira individualizada — tem a tarefa da orientação, seja no pré-natal ou pós-parto, quanto à importância e à finalidade do teste do pezinho na primeira semana de vida do neonato. Em consonância, o profissional deve esclarecer as dúvidas das gestantes e puérperas, de forma a enfatizar que o exame é um procedimento necessário à saúde do bebê por permitir descoberta das doenças triadas (ARDUINI *et al.*, 2017)

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem trabalhar com objetivo de promover a educação em saúde com abordagem ao PTN e encorajar as famílias a realizarem o exame conscientizando sobre sua importância e as múltiplas abordagens preventivas. O profissional Enfermeiro — como responsável pela realização do exame e contato direto com as gestantes, parturientes e puérperas — é o mais indicado para essa abordagem educativa. Todavia as ações devem ser interdisciplinares, pois o incentivo de todos os profissionais colabora para maximização e cobertura do PTN. Os pais cientes das doenças genéticas e do protocolo de continuidade assistencial terão maior adesão a essa prática (MARQUI, 2016).

A Triagem Neonatal tem por fundamentos diagnosticar precocemente doenças antes da manifestação clínica, medida que proporciona uma melhor qualidade de vida, e conforto aos familiares. Com isso, o rastreamento dentre os habitantes considerados saudáveis é imprescindível, objetivando identificação e acarretando prevenção e tratamento em tempo hábil (MENDES *et al.*, 2017).

3. METODOLOGIA

Para realização desta pesquisa, optamos pela abordagem quantitativa, de natureza descritiva, em que se podem confrontar hipóteses, correlacionar as variáveis para obter respostas e analisá-las, detendo também caráter de naturalidade, sem influências, assim sendo um achado que traz à tona o real conhecimento das mães.

A pesquisa foi realizada na Estratégia Saúde da Família (ESF), inserida em um contexto territorial de um Município em que se estima para o ano de 2019 em 23.762 habitantes. O município em questão está localizado na Zona da Mata Mineira, com economia diversificada, com base no turismo, agropecuária e comércio e com característica industrial incipiente, potencial energético e seu relevo com muitas baixadas (IBGE, 2010).

A amostra compreende gestantes no último trimestre e puérperas, cadastradas e em acompanhamento na ESF, tendo em vista que os testes no município são realizados apenas nesta unidade de saúde. A amostra foi extraída com o consentimento das mães durante o atendimento destas pacientes em consulta rotineira na ESF, durante o pré-natal e puericultura. Foram excluídas pacientes que não estão dentro dos critérios da amostragem e as que se recusaram em participar da pesquisa.

O instrumento de coleta foi um questionário semiestruturado adaptado de Gomes *et al.* (2019), Oliveira (2019) e Storchilo (2016), contendo questões sociodemográficas e de conhecimento sobre o teste do pezinho e a importância de sua realização. As questões sociodemográficas incluem: idade (em anos); estado civil (solteira, casada, divorciada, viúva e outros); escolaridade e número de filhos. As demais questões esclarecem o nível de conhecimento das mães acerca do exame.

Para a minimização dos riscos e desconfortos a pesquisa foi rápida (com tempo estipulado em 30 minutos) e os questionários foram entregues às mães para preencherem em um momento confortável em sua presença na ESF. Naquele momento, os cuidados adotados foram a utilização de máscaras, o distanciamento de pelo menos um metro, a higienização das mãos e uso do álcool em gel. Caso houvesse participante sem máscara, seriam dadas orientações acerca das medidas de prevenção da COVID-19.

A pesquisa foi realizada mediante autorização do secretário de saúde do município e do enfermeiro responsável da ESF. Foi agendada uma reunião, para apresentar o objetivo, a relevância e a finalidade da pesquisa. Após anuência dos responsáveis, por meio da assinatura do Termo de Autorização para Realização da Pesquisa, houve aplicação do questionário às gestantes e puérperas.

A pesquisa em questão, realizada no período de julho e agosto de 2020, envolveu 15 mães — entre gestantes e puérperas — que tiveram seus conhecimentos avaliados e que consentiram em participar do estudo.

Para coleta de dados, foram informados aos sujeitos os objetivos e a relevância da pesquisa. A participação concretizou-se mediante a 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-lhes o anonimato e autonomia em recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo. Os sujeitos foram identificados a partir de códigos, mantendo anonimato e sigilo das informações.

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel* e foram realizadas análises descritivas para as variáveis numéricas e categóricas, sendo os resultados apresentados na forma de gráficos e tabelas. Os dados resultantes das questões abertas foram avaliados e dispostos de acordo com o conhecimento das mães e agrupados de acordo o nível dele.

Entre os resultados esperados pode-se destacar a identificação de como andam as orientações na ESF e se são seguidos corretamente todos os passos das instruções. Com essa análise, espera-se, também, trazer essas mães para a Atenção a Primária (APS), cujos fundamentos principais são a integralidade e a humanização do cuidado, minimizando as falhas encontradas, assim como os riscos de saúde dos neonatos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à caracterização das entrevistadas, todas estavam na faixa etária entre 19 e 39 anos de idade. A Tabela 1 apresenta os demais dados sociodemográficos.

Tabela 1: Dados sociodemográficos das entrevistadas.

Variável	(%)
Estado civil	
Solteira	54,55
Casada	18,18
Outros	27,27
Escolaridade	
Ensino Médio Incompleto	9,09
Ensino Médio Completo	54,55
Superior incompleto	9,09
Superior completo ou mais	27,27
Se enquadra em	
Gestante	72,73
Puérpera	27,27

Número de filhos

1 filho	81,82
2 ou 3 filhos	18,18

Fonte: Elaborado pelos autores.

Um dado que chamou a atenção foi o fato de que 54,55% são solteiras, e em relação ao grau de instrução escolar, apenas 9,09% da quantidade de mães que não concluíram o Ensino Médio. No estudo de Silva, Contim, Ferreira e Marqui (2017) — em que também buscou-se analisar os conhecimentos de mães acerca do teste de pezinho — cerca de 85% das entrevistadas possuíam apenas o Ensino Fundamental. O estado civil impacta na qualidade de vida da gestante ou puérpera, levando em consideração aspectos socioeconômicos, assim como seu bem estar físico e mental, o que acaba por impactar na vida da criança.

Sobre o pré-natal, todas as participantes do presente estudo relataram tê-lo realizado na ESF. A qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, tem contribuído para uma maior adesão na realização do pré-natal nas ESF, com a presença de gestantes cientes da relevância do acompanhamento oferecido durante o pré-natal para a diminuição dos índices de mortalidade materna e fetal (ROCHA e ANDRADE, 2017).

A figura 1 apresenta os escores a respeito do teste de pezinho. Buscou-se, para tanto, identificar o grau de orientação que as respondentes possuíam. Os dados estão dispostos a seguir.

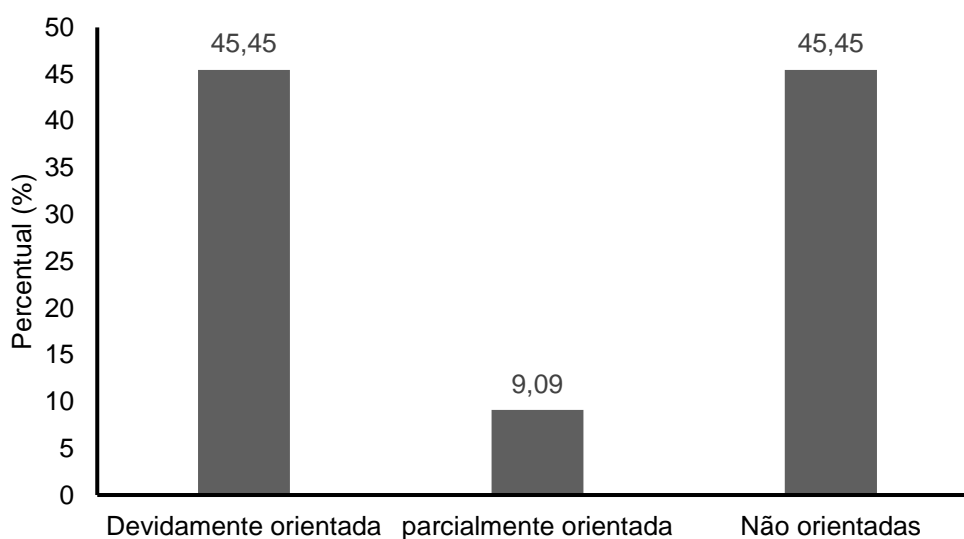


Figura 1: Grau de orientação das mães acerca do teste de pezinho.
Fonte: Elaborado pelos autores.

Notou-se que as mães demonstraram conhecimento acerca do teste de pezinho, visto que todas afirmaram que ele ajuda na prevenção e detecção precoce de doenças que venham a acometer o bebê. Das entrevistadas, 54,55% relataram que o conhecimento sobre o teste de pezinho foi adquirido por meio de informações advindas de familiares; apenas 9,09% disseram que foi pelo enfermeiro e 18,18% pelo médico. Em contrapartida, 75 participantes do estudo de Silva, Contim, Ferreira e Marqui (2017) informaram terem recebido orientações sobre o teste de pezinho no pré-natal, sendo 24,4% informadas pelo enfermeiro e 23,8% pelo médico.

Todas as entrevistadas demonstraram ter ciência da importância da realização do teste de pezinho. Entretanto 63,64% afirmaram não saber quem o realiza. No que se refere ao órgão responsável pela realização do exame, 45,45% tinha conhecimento de que é o Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Oliveira e Souza (2017), o teste de pezinho é um procedimento de enfermagem e é atribuída e ao enfermeiro a função de realizar a coleta sanguínea e preenchimento correto da ficha de coleta. O exame é disponibilizado pelo SUS, órgão responsável pelo acompanhamento clínico, encaminhamento de exames complementares e tratamentos disponíveis para o RN que apresentar alguma patologia triada.

Quanto às orientações recebidas acerca do exame, 54,55% das entrevistadas informaram que não receberam orientações corretamente, enquanto 27,27% foram orientadas durante o pré-natal e 18,18% anteriormente ao mesmo.

Corroborando o exposto, a pesquisa de Silva (2017) encontrou falhas nas orientações sobre o teste de pezinho por parte dos profissionais da saúde durante o acompanhamento no pré-natal e na maternidade. O autor relata que a ausência de conhecimento dos pais afeta negativamente o diagnóstico precoce e início do tratamento e essa falta de entendimento acerca do exame demonstra defeito na atuação da equipe de enfermagem nas ações educativas em saúde.

Embora alegassem falha nas orientações relacionadas ao teste de pezinho, a maioria das mães (45,45%) afirmou conhecer todas as doenças identificadas com a realização deste, entretanto 54,55% não sabiam quais dias corretos para a realização do exame. Em estudo semelhante, meramente 15% sabiam sobre as doenças triadas e 77% tinham ciência sobre quando levar o RN para realizar o teste (DAMAS e CRUZ, 2019).

O momento preferencial para a coleta é entre o 3° e 7° dia de vida, sendo ideal o 5° dia de vida do RN, não devendo ser realizada em um período inferior a 48 horas ou superior a 30 dias após o nascimento do bebê (JAKS *et al.*, 2018).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) exercem um papel fundamental e uma de suas atribuições é realizar a busca ativa durante a visita domiciliar. Esses profissionais atuam como elo entre a comunidade e a ESF, analisando as vulnerabilidades percebidas na população e informando aos demais profissionais de saúde, contribuindo, assim, para a realização de visitas domiciliares voltadas para a necessidade de cada indivíduo (PEREIRA *et al.*, 2018).

Barbosa *et al.* (2016) salientam que a frequência recomendada pelo Ministério da Saúde para a realização da visita domiciliar é mensalmente, em acordo com ordem de riscos e prioridades. Em seu estudo, 90% dos entrevistados gostariam de uma visita domiciliar realizada pelo ACS com maior periodicidade. Em conformidade com isso, foi possível observar que, na percepção das respondentes, poucas visitas domiciliares são realizadas em suas residências pelo ACS.

A visita domiciliar também pode ser realizado em período puerperal, prestando uma assistência voltada para o binômio mãe-filho após a alta da maternidade. Nessa modalidade, são disponibilizadas orientações quanto aos primeiros cuidados com o recém-nascido, bem como amamentação, teste do pezinho, imunização e cuidados voltados à saúde da puérpera, principalmente quanto à ferida cirúrgica em caso de parto cesariana (FREITAS, 2018).

No que tange às doenças triadas pelo teste de pezinho, as gestantes entrevistadas afirmaram não terem desenvolvido nenhuma delas ao longo de sua vida. As puérperas informaram que em nenhum de seus filhos foi detectada alguma dessas patologias.

Para que haja efetividade na triagem neonatal, não devem ocorrer atrasos na coleta do exame e/ou no retorno do resultado para que não comprometa o tratamento e se elevem os riscos de complicações nas crianças. A coleta de sangue tardia aumenta os riscos, podendo causar a morte da criança em período neonatal ou, até mesmo, mais tardiamente na infância (JESUS, 2018).

Todas as mães participantes da pesquisa afirmaram se sentirem aptas a prestarem os cuidados necessários aos filhos.

Nota-se a importância da realização de ações educativas em saúde sobre o teste de pezinho, visto que, quando bem esclarecidas, as mães sentem-se seguras e responsáveis em promoverem o bem-estar do filho (MARQUI, 2016).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as mães entrevistadas possuíam conhecimento acerca da finalidade do teste de pezinho, mas apresentavam dúvidas em outros aspectos do exame, como a data correta para levar o bebê para realizá-lo. O enfermeiro detém papel fundamental na orientação, realização e período após o teste, fazendo-se necessário aplicar os conhecimentos adquiridos na formação, assim como ter treinamento continuado, a fim de melhoria na assistência.

Foi verificado que a maioria das respondentes recebeu informações advindas de familiares e não se sentiam bem orientadas pela equipe de saúde, o que demonstra uma possível carência de ações educativas na atenção básica.

Assim sendo, percebe-se a necessidade de promoção de educação em saúde e aumento da frequência de visitas domiciliares, dado que é importante para a prestação de uma assistência de qualidade a toda a comunidade. A pesquisa em questão trouxe à tona a importância do enfermeiro na Atenção Primária, a necessidade de uma orientação de qualidade, assim como assistência. É imprescindível que os enfermeiros da Unidade adotem novas perspectivas na qualidade da prestação do serviço, dessa forma, corrigindo falhas.

REFERÊNCIAS

ARDUINI, Giovanna Abadia Oliveira *et al.* Conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.35, n.2, p. 151-157, 2017.

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS. APAE. São Paulo- SP. **Teste do pezinho**. Disponível em: <https://autapaesp.org.br/pt-br/sobre-deficiencia-intelectual/diagnostico/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 26 abr. 2020.

BARBOSA, Débora C.M. *et al.* Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n. 4, p. 360-366, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas**

envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº8069, 1990. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 18 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 22, de 15 de janeiro de 1992.** Programa Nacional de Triagem Neonatal. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001.** Colocar do que trata a portaria. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html. Acesso em: 26 mar. 2020.

DAMAS, Vitória Ferreira; CRUZ, Eliane Bezerra da Silva. O conhecimento das gestantes frente ao teste do pezinho. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 8, n. 2, p. 545-601, 2019.

FREITAS, Anny Clarisse Medeiros. **Visita domiciliar na primeira semana saúde integral sob olhar de puérperas.** Orientador: Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos. 2018. f. 13. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2018.

GOMES, A.P.S. *et al.* Conhecimento sobre Triagem Neonatal: discursos de mães e pais de recém-nascidos. **REVISA**, v. 8, n. 3, p. 255-63, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **IBGE Cidades.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/raul-soares/panorama>. Acesso em: 28 ago. 2020.

JAKS, Caroline Daiane Weber *et al.* Doenças identificadas na triagem neonatal realizada em um município o sul do Brasil. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, p. 11-128, 2018.

JESUS, Débora Oliveira de. **Prevalência de doenças diagnosticadas pela triagem neonatal na região de saúde Garças – Araguaia.** Orientador: Maria Fernanda Spegiorin Salla Brune. 2018. f 16. Monografia (Bacharelado em Farmácia) – Campus Universitário do Araguaia/UFMT. Barra do Garças, 2018.

LACERDA, G. S. L. *et al.* O Panorama da Neonatal Triagem no estado do Amapá. **Revista Visa em Debate**. v.5, n. 2, p.86-96, 2017.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de. Teste do pezinho e o papel da enfermagem: uma reflexão. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.05, n. 2, p. 96-103, ago. /dez. 2016.

MENDES, Caroline Antoneli *et al.* Conhecimento de pais quanto a triagem neonatal, contribuição do website Portal dos Bebês – Teste do pezinho. **Revista CEFAC**, v.19, n.4, p. 475-483, 2017.

MESQUITA, Ana Paula Hashimoto Ribeiro *et al.* Profissionais de Unidades Básicas de Saúde sobre triagem neonatal. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.26, n.01, p. 1-7, jan./abr., 2017.

MORETTI, Caroline Daniele *et al.* Assistência do enfermeiro a crianças portadoras de Fibrose Cística e seus familiares: uma revisão integrativa. **Revista Estácio Saúde**, v. 9, n. 1, p. 41-48. Santa Catarina, 2020.

NUPAD- NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO. **Triagem Neonatal**; 2020. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/nupad-em-numeros-neonatal/>. Acesso em: 26 abr. 2020.

OLIVEIRA, Eva Fernandes; SOUZA, Anderson Pereira. A importância da realização precoce do teste do pezinho: o papel do enfermeiro na orientação da Triagem Neonatal. **Revista de Psicologia**. v.11, n.35, p. 361-378, 2017.

OLIVEIRA, Kaynara Borges. **Avaliação da coleta de material no processo de Triagem Neonatal**. Orientação: Profa. Dra. Maria Fernanda Spegiorin Salla brune, 2019.f 34.TCC (Graduação em Farmácia) - Universidade Federal do Mato Grosso, Campus Universitário do Araguaia, Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Bairro das Garças, 2019.

PEREIRA, Camilo Eduardo Almeida *et al.* O reflexo da visita domiciliar do ACS na busca ativa do SR de um município da Amazônia. **Revista de APS**, v. 21, n. 1, p. 77-85, 2018.

RIBEIRO, Antônio Fernando; GOTO, Maura Mike Fukujima; GRINDLER, Carmela Magguizzo; LEMOS-MARINI, Sofia Helena Valente. **Triagem Neonatal e doenças raras**. Thieme Revinter Publicações. 1ªed. Rio de Janeiro, 2019.

ROCHA, Ana Cláudia; ANDRADE, Gislângela Silva. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga – GO em diferentes contextos sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 30-41, 2017.

RODRIGUES, Letícia Pinto *et al.* Teste do pezinho: condições materno-fetais que podem interferir no exame em recém-nascidos atendidos na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. ter. intensiva**, São Paulo, v.31, n.2, p.186-192, 2019.

SÃO PAULO, **Diagnóstico precoce da Fenilcetonúria e do Hipotireoidismo Congênito nos hospitais e maternidades do Estado**. Lei nº 3.914, de 14 de novembro de 1983. Disponível em: <https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/197755/lei-3914-83>. Acesso em: 04 set. 2020.

SILVA, Fabíola Assis da. **Teste do pezinho: adesão dos pais**. Orientador: Leni Dias Weigelt. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) -

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1901>. Acesso em: 5 set. 2020.

SILVA, Maria Paula Custódio; CONTIM, Divanice; FERREIRA, Lúcia Aparecida; MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de. Teste do pezinho: percepção das gestantes nas orientações no pré-natal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 2, Recife, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292017000200291&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 set. 2020.

STORCHILO, Heloisa Ribeiro. Triagem pelo teste do pezinho para diagnóstico precoce da infecção congênita para toxoplasmose em três unidades de saúde pública da região metropolitana de Goiânia, Goiás. **Rev. Inst Med Trop**. V.15, n.61, p.1-76, São Paulo, 2016.

ANEXO 01: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Conhecimento de mães sobre o teste do pezinho em um município da Zona da Mata Mineira”**. Nesta pesquisa, pretendemos abordar a importância e finalidade do teste do pezinho, assim como realizar o estudo sobre o conhecimento das genitoras acerca desse exame, demonstrando que sua realização e a devida orientação são imprescindíveis para o cuidado com os recém-nascidos. Para esta pesquisa, adotaremos o procedimento de aplicação de questionário abordando o tema e buscando verificar o nível de conhecimento e as origens das informações. Esses dados auxiliarão a alcançar o objetivo desta pesquisa.

Para a minimização dos riscos e desconfortos a pesquisa será rápida (com tempo estipulado em 30 minutos), os questionários serão entregues para preenchimento em um momento confortável em sua presença na ESF. Neste momento, os cuidados a serem adotados serão a utilização de máscaras, o distanciamento de pelo menos metro, havendo participante sem máscara, a higienização das mãos e utilização do álcool em gel, bem como orientação acerca das medidas de prevenção diante a COVID-19. Os benefícios de participar deste achado científico estão presentes na questão de conhecer melhor o momento do neonato e o teste do pezinho, ter ciência da importância e finalidade, conhecer quais as doenças triadas, assim como detectar as falhas ocorridas em pré-natal e pós-parto.

Para participar deste estudo a Sra não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, a Sra tem assegurado o direito à indenização. A Sra tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra é atendida pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. A Sra não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade UNIVÉRTIX e a outra será fornecida a Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de **5 anos** após o término da pesquisa. Depois desse tempo, eles serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informada dos objetivos da pesquisa “**Conhecimento de mães sobre o teste do pezinho em um município da Zona da Mata Mineira**” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Orientador: Laudinei de Carvalho Gomes

Endereço: Manhauçu

Telefone: (31)997400861

Email: laudineic.gomes@hotmail.com

Nome dos Pesquisadores Responsáveis: Maria Luiza Pereira Mendonça e Raphael Victor Gomes de Azevedo

Endereço: Raul Soares / Matipó

Telefone: (33) 998240108 / (31) 998758478

Email: luiza.maria753@gmail.com / raphaelvga@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 02: TERMO DE ASSENTIMENTO

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Conhecimento de mães sobre o teste do pezinho em um município da Zona da Mata Mineira”. Nesta pesquisa pretendemos abordar a importância e finalidade do teste do pezinho, assim como realizar o estudo sobre o conhecimento das genitoras acerca do exame demonstrando que sua realização e a devida orientação são imprescindíveis para o cuidado com os recém-nascidos. Para esta pesquisa, adotaremos o procedimento de aplicação de questionário abordando o tema e buscando verificar o nível de conhecimento e as origens das informações. Esses dados auxiliarão a alcançar o objetivo desta pesquisa.

Para a minimização dos riscos e desconfortos a pesquisa será rápida (com tempo estipulado em 30 minutos), os questionários serão entregues para preenchimento em um momento confortável em sua presença na ESF. Neste momento, os cuidados a serem adotados serão a utilização de máscaras, o distanciamento de pelo menos metro, havendo participante sem máscara, a higienização das mãos e utilização do álcool em gel, bem como orientação acerca das medidas de prevenção diante a COVID-19. Os benefícios de participar deste achado científico estão presentes na questão de conhecer melhor o momento do neonato e o teste do pezinho, ter ciência da importância e finalidade, conhecer quais as doenças triadas, assim como detectar as falhas ocorridas em pré-natal e pós-parto.

Para participar deste estudo, seu responsável legal deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Você tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou seu responsável legal de retirar o consentimento ou interromper sua participação, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que você é atendida pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a permissão de seu responsável legal.

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade UNIVÉRTIX e a outra será fornecida a você.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de **5 anos** após o término da pesquisa. Depois desse tempo, eles serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informada dos objetivos da pesquisa “Conhecimento de mães sobre o teste do pezinho em um município da Zona da Mata Mineira” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e o meu responsável legal poderá modificar sua decisão sobre minha participação se assim o desejar. Já assinado o termo de consentimento por meu responsável legal, declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Orientador: Laudinei de Carvalho Gomes

Endereço: Manhauçu

Telefone: (31)997400861

Email: laudineic.gomes@hotmail.com

Nome dos Pesquisadores Responsáveis: Maria Luiza Pereira Mendonça e Raphael Victor Gomes de Azevedo

Endereço: Raul Soares / Matipó

Telefone: (33) 998240108 / (31) 998758478

Email: luiza.maria753@gmail.com / raphaelvga@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 03 - CARTA DE ANUÊNCIA

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

CARTA DE ANUÊNCIA**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Ilmo. Sr. Rodolfo Mendes Campos

Nós, Maria Luiza Pereira Mendonça e Raphael Victor Gomes de Azevedo, estudantes matriculadas no curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX – Matipó Minas Gerais – sob orientação do professor M.Sc. Laudinei de Carvalho Gomes, viemos 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: “Conhecimento de mães sobre o teste do pezinho em um município da Zona da Mata Mineira”, cujo objetivo é abordar a importância e finalidade do teste do pezinho, assim como realizar o estudo sobre o conhecimento das genitoras acerca do exame, demonstrando que sua realização e a devida orientação são imprescindíveis para o cuidado com os recém-nascidos. Para esta pesquisa, adotaremos o procedimento de aplicação de questionário abordando o tema e buscando verificar o nível de conhecimento e as origens das informações. Esses dados auxiliarão a alcançar o objetivo desta pesquisa.

Percebe-se que trabalhos como este tornam-se relevantes a partir do conhecimento das mães sobre a triagem neonatal. Através do método utilizado pode-se conhecer melhor o que pensam sobre o teste do pezinho, quais seus medos, se recebem a devida orientação na maternidade, além de se tornar de uma ação educativa, criando maior vínculo e adesão em relação ao serviço de saúde.

A pesquisa terá sequenciamento mediante questionário aplicado às gestantes e puérperas. O questionário será dividido basicamente em duas etapas: a primeira refere-se ao perfil sociodemográfico que incluem: idade (em anos); estado civil (solteira, casada, divorciada, viúva e outros); escolaridade e número de filhos. A segunda parte direcionada o tema do estudo, aborda questões diretamente relacionadas com o objeto de estudo, conhecer o que as gestantes sabem sobre o teste do pezinho e como foram orientadas.

Os questionários só serão aplicados 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 dos acadêmicos em questão.

Atenciosamente,

Maria Luiza Pereira Mendonça

Raphael Victor Gomes de Azevedo

Laudinei de Carvalho Gomes

Eu, _____ Secretário Municipal de
Saúde de Raul Soares, autorizo a realização da presente pesquisa.

Raul Soares, _____, de _____, de 2020.

ANEXO 04 – Questionário



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
 SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
 CURSO: ENFERMAGEM – 2020/01

Pesquisa: Conhecimento de mães sobre o teste do pezinho em um município da Zona da Mata Mineira.

Pesquisadores: Maria Luiza Pereira Mendonça e Raphael Victor Gomes de Azevedo.

Orientador: Prof. M.Sc. Laudinei de Carvalho Gomes

Questionário adaptado por Gomes *et al.* (2019), Oliveira (2019) e Storchilo (2016).

Parte I: perfil sociodemográfico.
--

Idade:

12 a 18 anos 19 a 39 anos 40 anos ou mais

Estado civil:

solteira casada divorciada viúva outros

Escolaridade:

Fundamental incompleto Ensino médio incompleto Ensino médio completo

Superior incompleto Superior completo ou mais.

Se enquadra em:

gestante puérpera

Número de filhos:

1 filho 2 ou 3 filhos outros: _____

Pré-natal realizado em:

Unidade Básica ou ESF Particular Nenhuma das opções.

Parte II: Questões relacionadas à realização do teste do pezinho.
--

1. O que você sabe sobre o Teste do Pezinho (TP)?

Considera-se:

- Devidamente orientada, seguindo recomendações do pré-natal.
 Parcialmente orientada, sendo orientada de forma mais superficial.
 Não orientada, não fui informada acerca do teste do pezinho.

2. Soube dessas informações por:

- médico
 enfermeiro
 outros: _____.

3. A partir disso, você tem a ciência da importância da realização do teste? Por quê?

--

Como é realizado?

Sim, tenho ciência, sendo ele realizado pelo enfermeiro.

Não, não tenho ciência, e não sei quem o realiza.

4. Tem ciência de qual órgão é responsável pela realização do exame?

Sim, tenho, e o órgão responsável é o SUS (Sistema Único de Saúde).

Não, não tenho, não conhecia.

5. Foi corretamente orientado anteriormente ao teste, seja pré-natal ou antes do mesmo?

pré-natal

anterior ao mesmo

não fui orientada corretamente.

6. Conhece alguma doença detectada pelo teste?

sim, todas.

sim, parcialmente.

não, não me foi informado, ou não tenho conhecimento.

não, não conheço e ainda não tive interesse.

7. Recebe com que frequência visitas do agente comunitário de saúde?

Sim, com frequência.

Sim, regularmente.

Parcialmente, recebo poucas visitas.

Não, não recebo visitas.

8. Foi orientada sobre os dias corretos para realização do teste do pezinho?

sim não.

9. Você (caso gestante), ou seu RN (puérpera) teve detecção de alguma patologia detectada pelo rastreamento?

sim não.

Se sim, qual? _____.

10. Você, mãe, considera-se orientada e capacitada para cuidar de seu filho(a)?

Sim, apta.

Sim, parcialmente apta.

Não, me encontro pouco orientada e não munida de informações necessárias.