



Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 8, Nº 2, 2017



submissão online

Diretor-presidente/President Director:
Manoel Carlos Neri da Silva – Conselho Federal de Enfermagem

Editor-chefe/Chief Editor:
Joel Rolim Mancia – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, RS

Editores associados/Associated Editors

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas – Universidade Federal de Santa Catarina, SC
Mirna Albuquerque Frota – Universidade de Fortaleza, CE

Valéria Lerch Lunardi – Universidade Federal do Rio Grande, RS
Vanda Elisa Andres Felli – Universidade de São Paulo, SP

Conselho editorial/Editorial Board

Alacoque Lorenzini Erdmann – Universidade Federal de Santa Catarina, BR
Anadergh Barbosa Branco – Universidade de Brasília, BR
Andrea Gomes Linard – Universidade Federal do Maranhão, BR
Claudia Bartz – Universidade de Wisconsin, EUA
Denise Gastaldo – Universidade de Toronto, CA
Denize Boutellet Munari – Universidade Federal de Goiás, BR
Dorisdaia Carvalho de Humerez – Universidade Federal de São Paulo, BR
Edilene Curvelo Hora – Universidade Federal de Sergipe, BR
Eldaldo Cavalcante de Araújo – Universidade Federal de Pernambuco, BR
Elizabeth Esperidião Cardozo – Universidade Federal de Goiás, BR
Elizabeth Teixeira – Universidade do Estado do Pará, BR
Flávia Regina Souza Ramos – Universidade Federal de Santa Catarina, BR
Isabel Cristina Kowal Oln Cunha – Universidade Federal de São Paulo, BR
Josicelia Dumê Fernandes – Universidade Federal da Bahia, BR
Joyce E. Thompson – STTHAU, EUA
Lorita Marlena Freitag Pagliuca – Universidade Federal do Ceará, BR

Madalena Alonso – Universidad de Monterrey, MX
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza – Universidade Federal de Alagoas, BR
Maria Mirian Lima da Nóbrega – Universidade Federal da Paraíba, BR
Maria Tereza Casbas – Espanha
Mirian Santos Paiva – Universidade Federal da Bahia, BR
Orlene Veloso Dias – Universidade Estadual de Montes Claros, MG
Paulete Ambrósio Maciel – Universidade Federal do Espírito Santo, BR
Raimunda Medeiros Germano – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, BR
Regina Maria dos Santos – Universidade Federal de Alagoas, BR
Sandra Valenzuela Suazo – Universidad de Concepción, CL
Shaké Ketefian – University of Michigan, EUA
Silvana Santiago da Rocha – Universidade Federal do Piauí, BR
Silvina Malvarez – Opas
Taka Oguisio – Universidade de São Paulo, BR
Telma Ribeiro Garcia – Universidade Federal da Paraíba, BR
Wilma Suely Batista Pereira – Universidade Federal de Rondônia, BR

Plenário Cofen – 2015-2018 • Diretoria/Board of Directors

Presidente – Manoel Carlos Neri da Silva
Vice-presidente – Irene do Carmo Alves Ferreira
Primeira-secretária – Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio
Segundo-secretário – Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
Primeiro-tesoureiro – Jebson Medeiros de Souza
Segundo-tesoureiro – Antônio José Coutinho de Jesus

Luciano da Silva • **Mirna Albuquerque Frota** • **Nádia Mattos Ramalho**
Conselheiros suplentes – Anselmo Jackson Rodrigues de Almeida • Dorisdaia Carvalho de Humerez • Eloiza Sales Correia • Francisca Norma Lauria Freire • Gilvan Brolini • Leocarlos Cartaxo Moreira • Márcia Anésia Coelho Marques dos Santos • Orlene Veloso Dias • Walkírio Costa Almeida

Missão e objetivos

A missão da revista *Enfermagem em Foco* é contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento da profissão, em especial no que diz respeito aos objetivos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, de normatizar e fiscalizar o exercício profissional. Tem como objetivos: propiciar o consumo crítico da produção científica, disponibilizando aos profissionais de enfermagem e à comunidade científica, nacional e internacional, conhecimentos atualizados, fomentando o debate e o intercâmbio acerca da enfermagem como trabalho social, disciplina do conhecimento científico e profissão do cuidado humano.

Declaração de direitos

O Cofen e os editores não são responsáveis por consequências advindas do uso de informação contida na revista. A opinião expressa pelos autores não corresponde necessariamente à posição do Cofen. Os artigos são propriedade da revista e sua reprodução é permitida somente com autorização dos editores e citação da fonte original.

Informações sobre assinaturas e distribuição

A revista, de publicação trimestral, com tiragem de 40 mil exemplares, tem distribuição gratuita e dirigida, assim como livre, no site www.portalfocofen.gov.br.

Números anteriores

Os números anteriores podem ser acessados no site da revista.

Propriedade e direitos

Todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total nem parcialmente reproduzidos sem a permissão prévia, por escrito, dos editores da revista. A *Enfermagem em Foco* envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original.

Data de impressão: junho de 2017

Fontes de indexação

Latindex: Índice Latinoamericano de Publicações Científicas Seriadadas
CUIDEN, CINAHL, BDNF, EBSCO e LILACS

Título abreviado: *Enferm. Foco*

Klimt Agência de Publicidade LTDA.

Edifício Barão do Rio Branco, Lotes 495, 505 e 515, Salas 323/324, SIG, Brasília-DF – CEP 70610-410 – Tel: 61-3034-4883 – Site: www.klimtpublicidade.com
Diretor Geral: Rafael Frota • Supervisor Geral: Renato Blanco • Projeto Gráfico: Daniel Ferreira • Design gráfico: Clark Paiva
Publicidade: De Brito Propaganda • Revisora: Bruna Lima

610.73
E46
Enfermagem em Foco [publicação do]
Conselho Federal de Enfermagem. – Vol. 1, n.1
(maio. 2010) –
Brasília: Cofen, 2010 –
- V.
Trimestral
1. Enfermagem - Periódicos. I. Conselho Federal de
Enfermagem.

Afiliação à



Associação Brasileira de Editores Científicos

05

EDITORIAL

ENFERMEIROS À FRENTE TRANSFORMANDO CUIDADOS
26º CONGRESSO DO CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
Joel Rolim Mancia

06

QUEM SOMOS

Editores da Revista Enfermagem em Foco

07

1. LEGISLAÇÃO FEDERAL VOLTADA ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

BRAZIL LEGISLATION ORIENTED TO THE PERSONS WITH MENTAL DISORDERS
LEGISLACIÓN FEDERAL BRASILEÑA ORIENTADA HACIA A LAS PERSONAS CON TRANSTORNOS MENTALES
Odila Paula Savenhago Schwartz, Giannine Roberta Marcelino de Souza França, Mariluci Camargo Ferreira da Silva Cândido, Adailson da Silva Moreira, Ramon Moraes Penha, Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski, Marco Antônio Cândido, Dorisdaia Carvalho de Humerez, Sebastião Junior Henrique Duarte

12

2. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM – CONAREN/COFEN: 15 ANOS DE HISTORIA

NATIONAL COMMISSION FOR NURSING RESIDENCY – CONAREN/ COFEN: 15 YEARS OF HISTORY
COMISIÓN NACIONAL DE RESIDENCIA EN ENFERMERÍA – CONAREN/ COFEN: 15 AÑOS DE HISTORIA
Julita Correa Feitosa, Antônio Eduardo Vieira- Santos, Valderez Ribeiro de Andrade, Rita Miyahara Kobayashi, Ney da Costa Silva

21

3. RELAÇÃO ENTRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE

RELATIONSHIP BETWEEN SYSTEMATIZATION OF PATIENT NURSING AND SAFETY ASSISTANCE
RELACIÓN ENTRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
Glaidson do Nascimento Pereira, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, Isabela Melo Bonfim, Ângela Maria Uchoa Rodrigues, Joyce Maria Sobrinho

26

4. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

CONSIDERATIONS REGARDING THE NURSE'S ACTIVITIES IN THE APPLICABILITY OF ADVANCES DIRECTIVE OF THE WILL
CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ATUACIÓN DEL ENFERMERO EN LA APLICABILIDAD DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE VOLUNTAD
Silvana Bastos Cogo, Valéria Lerch Lunardi, Elisabeta Albertina Nietsche

31

5. MOODLE NO PROCESSO EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DO ALUNADO

MOODLE IN THE EDUCATIONAL PROCESS OF NURSING: EVALUATION FROM THE STUDENYTS' PERSPECTIVE
MOODLE EN EL PROCESO EDUCACIONAL DE LA ENFERMERÍA: EVALUACIÓN EN LA PERSPECTIVA DEL ALUMNADO
Ronaldo de Souza Moreira Baia, Esleane Vilela Vasconcelos, Silvio Éder Dias da Silva, Karina de Oliveira Freitas, Lúcia Hisako Takase Gonçalves

36

6. ADEÇÃO ÀS MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

ADHESION TO MEASURES TO PREVENT BLOODSTREAM INFECTION RELATED TO THE CENTRAL VENOUS CATETER
ADHESIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO RELACIONADAS CON EL CATÉTER VENOSO CENTRAL
Alanna Gomes da Silva, Adriana Cristina de Oliveira

42

7. PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À PRÁTICA DA DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS BEFORE THE PRACTISE OF DISTHANASIA AND ORTHOTHANASIA
PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA DISTANASIA Y ORTOTANASIA
Ciro Félix Oneti, David Márcio de Oliveira Barreto, Elaine Lutz Martins

- 47 **8. CONTRIBUIÇÕES DA CRIAÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE OBSTETRÍCIA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS**
CONTRIBUTIONS OF THE CREATION OF THE MIDWIFERY TECHNICAL CHAMBER OF MINAS GERAIS REGIONAL COUNCIL OF NURSING
CONTRIBUCIONES DE LA CREACIÓN DE LA CÁMARA TÉCNICA DE OBSTETRICIA DEL CONSEJO REGIONAL DE ENFERMERÍA DE MINAS GERAIS
Vera Cristina Augusta Marques Bonazzi, Valdecyr Herdy Alves, Rita de Cássia Marques, Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio, Diego Pereira Rodrigues,
Estefânia de Oliveira Chereim
- 52 **9. COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE GESTORES DE UMA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE**
INFORMATION BEHAVIOR OF MANAGERS IN REGIONAL SUPERINTENDENCE OF HEALTH
COMPORTAMIENTO INFORMATIVO DE GERENTES DE UNA SUPERINTEDENCIA REGIONAL DE SALUD
Tamires Rezende Passos, Wanesia Saldanha Costa, Jessica Silva Oliveira, Humberto Ferreira de Oliveira Quites, Regina Consolação dos Santos, Ricardo Bezerra Cavalcante
- 57 **10. A ENFERMAGEM EM OBRAS CLÁSSICAS DA LITERATURA: ESTUDO COM BASE SOCIOLINGÜÍSTICA**
NURSING IN CLASSICAL LITERARY COMPOSITIONS: A STUDY BASED ON SOCIOLINGUISTIC METHOD
LA ENFERMERÍA EN OBRAS CLÁSICAS DE LITERATURA: UN ESTUDIO CON BASE SÓCIO-LINGUISTICA
Onã Silva, Mauricio Apolinário, Taka Oguisso
- 62 **11. ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS E SOBREVIVENTES DA TRAGÉDIA KISS: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA REDE DE SAÚDE**
THE HEALTH SUPPORT ON VICTIMS AND SURVIVALS OF THE KISS TRAGEDY: POTENTIALITIES AND THE FRAGILITIES OF THE HEALTH NETWORK
ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE LA TRAGEDIA KISS: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA RED DE SALUD
Dione dos Santos Camaran; Denise Marcuzzo, Janaina Cervo Pilecco, Adriana Dall' Asta, Juliana Colomé, Dirce Stein Backes
- 67 **12. DESENVOLVIMENTO DE UM WEBSITE EDUCACIONAL PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA**
DEVELOPMENT OF AN EDUCATIONAL WEBSITE FOR TEACHING THE NURSING PROCESS IN CARDIOLOGY
DESARROLLO DE UN SITIO WEB EDUCATIVO PARA LA ENSEÑANZA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA
Francisco Railson Bispo de Barros, Claudevan Viana Amâncio, Márcia Danielle da Silva Ferreira
- 72 **13. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLOSTOMIA**
DIAGNOSIS IN NURSING PATIENTS SUBJECTED TO COLOSTOMY
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A LA COLOSTAMIA
Marília de Sousa Leite, Lia Cardoso de Aguiar
- 77 **14. PROCESSO ÉTICO DE ENFERMAGEM NO ESTADO DO CEARÁ: REFLEXÃO PARA PRÁTICA PROFISSIONAL**
ETHICAL NURSING PROCESSES IN CEARÁ STATE: REFLECTION FOR PROFESSIONAL PRACTICE
PROCESO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO DE CEARÁ: REFLEXIÓN PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL
Francisco Antônio da Cruz Mendonça, Marti Veloso de Menezes, Santana Cruz Amorim, Francisca Darlene Martins de Moraes, Evarilda Maria Nobre Feitosa,
Carolina Maranhão Marques Lacerda
- 82 **15. QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE NO INÍCIO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO NO CÂNCER: DESAFIOS PARA O CUIDADO**
QUALITY OF LIFE, DEPRESSIVE SYMPTOMS AND ANXIETY AT THE BEGINNING OF CHEMOTHERAPY CANCER TREATMENT: CHALLENGES FOR CARE
CALIDAD DE VIDA, LA ANSIEDAD Y LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS AL COMIENZO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO CONTRA EL CÁNCER: LOS RETOS DEL CUIDADO
Delma Aurélia da Silva Simão, Andreza Nayla de Assis Aguiar, Raissa Silva Souza, Karine Marley Captein, Bruna Figueiredo Manzo, Antônio Lúcio Teixeira

ENFERMEIROS À FRENTE TRANSFORMANDO CUIDADOS

26º CONGRESSO DO CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE, ou na sigla em inglês, ICN) é uma federação com mais de 130 organizações nacionais de enfermagem filiadas, representando aproximadamente 16 milhões de profissionais em todo o mundo. Fundada em 1899, o ICN é a primeira e a mais antiga organização internacional de saúde que continua atuando no mundo. O órgão é dirigido por líderes da Enfermagem profissional, eleitos pelos representantes nacionais das organizações membros^(1,2).

O ICN atua intensamente no sentido de reforçar a importância de manter fortes vínculos com as organizações nacionais, regionais e internacionais de enfermagem, de saúde e outras correlatas, com a finalidade de criar e manter relacionamentos positivos do próprio ICN, enfermeiras e enfermeiros, tanto na atualidade, bem como no futuro⁽²⁾.

Assim, desenvolve frentes de trabalho com as agências especializadas do sistema das Nações Unidas, principalmente, com a Organização Mundial de Saúde, a Organização Internacional do Trabalho e o Banco Mundial, organizações de suma importância para os profissionais de enfermagem em todos os lugares⁽²⁾.

O ICN atua em todo o mundo para garantir cuidados de enfermagem de qualidade, políticas adequadas de saúde, defendendo o avanço do conhecimento na enfermagem e, principalmente, a presença da profissão de enfermagem em todos os ambientes onde seja pertinente. Para tanto, estabeleceu como objetivos constitucionais:

1. Influenciar a enfermagem, a saúde e as políticas sociais, profissionais e os padrões técnicos, sociais e econômicos em todo o mundo;
2. Ajudar as organizações ou associações nacionais de enfermeiros a melhorar os padrões

assistenciais da enfermagem e competências do enfermeiro;

3. Promover o desenvolvimento e o fortalecimento das organizações nacionais de Enfermagem;
4. Representar enfermeiros e a Enfermagem em nível internacional;
5. Estabelecer, receber e gerir fundos que contribuam para o progresso da enfermagem e do ICN⁽²⁾.

O ICN realiza seu Congresso a cada 4 anos. No ano de 2017 ocorreu na cidade de Barcelona, Espanha, com o tema: "Enfermeiros à frente transformando cuidados". Também no mesmo evento foram realizadas as eleições de 15 dirigentes que compõem a diretoria, sendo um presidente e três vice-presidentes. Cabe destacar que nestes 118 anos de existência do ICN somente uma presidente da América Latina foi eleita, mais precisamente, a enfermeira Nelly Garzón Alarcón, da Colômbia, e, na Diretoria da gestão 2017-2021, tem-se uma representante do Chile.

Nesse Congresso, celebrou-se o retorno do Conselho Federal de Enfermagem como membro do ICN e representante da Enfermagem Brasileira. Filiação que se constitui no reconhecimento do Cofen como a liderança da profissão na América do Sul.

Como resultado imediato, foi acordada a realização, no Brasil da Conferência Latinoamericana e Caribenha de Enfermagem durante o 20º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem-CBCENF a se realizar no Rio de Janeiro de 6 a 10 de novembro de 2017, além da reunião da Junta Diretiva do ICN na semana que antecede o Congresso.

Participar do ICN é ouvir e dar voz à enfermagem em dimensão internacional.

Joel Rolim Mancia



"Igualmente, fazer parte do CIE é estar inserido num contexto internacional em que as organizações buscam soluções coletivas, tanto para a melhoria dos cuidados em saúde quanto para a excelência da prática profissional da enfermagem"⁽¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Mancia JR. 25º Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiras: uma participação necessária. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Maio 10]; 22(2): 273-275. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200001&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200001>.
2. International Nursing Council.[Internet]. 2017 May [cited 2017 may 10]. Availabel from: <http://www.icn.ch/who-we-are/>

EDITORES DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO



Manoel Carlos Neri da Silva

Diretor presidente

Graduado e licenciado em enfermagem, com especialização na área de educação ambiental e desenvolvimento sustentável pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR (1993). Na vida universitária, foi presidente do Centro Acadêmico de Enfermagem e do Diretório Central dos Estudantes (DCE), onde já despontava sua liderança. Foi docente da UNIR (1997-2005), bem como da Faculdade São Lucas (a partir de 1999). Laborou como enfermeiro assistencial no Hospital/Pronto Socorro João Paulo II e na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, onde assumiu o cargo de secretário adjunto municipal de saúde. Foi presidente do Coren-RO (2000-2005). Também ocupou a presidência do Instituto de Previdência e Assistência Municipal (IPAM) de Porto Velho. Foi membro do Conselho Estadual de Saúde de Rondônia por cinco anos. Atualmente, é presidente do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen.



Joel Rolim Mancia

Editor-chefe

Graduado em enfermagem pela Unisinos (1988). Mestrado em enfermagem (2002) e doutorado em enfermagem (2007) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atua no Hospital de Pronto-socorro de Porto Alegre. Professor da Universidade do Vale dos Sinos-UNISINOS. Editor da Revista Brasileira de Enfermagem (1998-2004) e da Revista Panamericana de Enfermeria da Federación Panamericana de Profesionales de Enfermeria (2003-2006). Membro fundador do Conselho Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermeria (2003). Secretário do Fórum Nacional de Editores de Revistas de Enfermagem (2005-2010). Membro do conselho editorial da revista Nursing Inquiry/Melbourne, Austrália, Revista Enfermeria Clínica de Espanha e do International Academy of Nursing Editors.. Consultor do Núcleo de Estudos da História da Enfermagem Brasileira (Nephebras) da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Membro do grupo de pesquisa Gehces da UFSC. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em publicações, periódicos e editoração de livros.



Mara Ambrosina Vargas

Editora associada

Professora da graduação e pós graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem com ênfase em Filosofia, Saúde e Sociedade pela UFSC. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto pela Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva. Coordenadora dos Laboratórios de Práticas Simuladas do Departamento Enfermagem UFSC. É pesquisadora do Grupo Práxis/UFSC - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem, abordando as temáticas: ética e bioética, políticas públicas em saúde, cuidados paliativos, enfermagem em terapia intensiva - adulto, tecnologias de enfermagem, tecnobiomedicina, segurança do paciente, gestão de segurança, morte; Foucault e Pesquisa Pós-Estruturalista. Ministra cursos de Ética e Bioética para enfermagem e de Pesquisa Qualitativa. Membro da Comissão de Ética do COREN/SC. Editora da Revista Texto & Contexto Enfermagem.



Mirna Albuquerque Frota

Editora associada

Graduação em enfermagem, mestrado e doutorado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora adjunta do mestrado em saúde coletiva e do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Fortaleza - Unifor. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança - Nupes - CNPq/Unifor. Editora-chefe da Revista Tendências da Enfermagem Profissional - ReTÉP e conselheira ad hoc de diversos periódicos da área de enfermagem e saúde coletiva, tais como Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, Cadernos de Saúde Pública e Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Autora do livro Desnutrição Infantil na Família: Causa Obscura. Enfermeira assistencial da unidade de neonatologia do Hospital Geral de Fortaleza - HGF.



Valéria Lerch Lunardi

Editora associada

Graduada em enfermagem (1976) e mestrado em educação (1994) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Doutorado em enfermagem (1997) pela Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Estágio de pós-doutorado na Universidade de Toronto (2002). Docente permanente voluntária do Programa de pós-graduação em Enfermagem e em Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Pesquisadora, desenvolvendo estudos na área da Ética. Membro do Conselho Editorial da Revista Horizonte de Enfermeria, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista de Enfermagem UERJ, Revista da Enfermagem da UFSM e Revista Vittalé.



Vanda Elisa Andres Felli

Editora associada

Graduação em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP (1979). Mestre (1988) e doutora (1996) pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUSP. Professora associada do departamento de orientação profissional da EEUSP (2002). Ensina em todos os níveis (graduação, especialização, mestrado e doutorado), orienta e desenvolve projetos na área de gerência em enfermagem e saúde do trabalhador. Líder do grupo de pesquisa "Estudos sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem". Pesquisadora do CNPq. Membro do Scientific Committee on Occupational Health Nursing e do International Council of Occupational Health. Pesquisadora associada do Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs no Brasil. Consultora das revistas: Escola de Enfermagem da USP, Latinoamericana Enfermagem, Brasileira de Enfermagem, Gaúcha de Enfermagem, Mineira de Enfermagem e Brasileira de Epidemiologia.

LEGISLAÇÃO FEDERAL VOLTADA ÀS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Odila Paula Savenhago Schwartz¹, Giannine Roberta Marcelino de Souza França¹, Mariluci Camargo Ferreira da Silva Cândido², Adailson da Silva Moreira³, Ramon Moraes Penha³, Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski⁴, Marco Antônio Cândido⁵, Dorisdaia Carvalho de Humerez⁶, Sebastião Junior Henrique Duarte⁷

Objetivo: verificar a influência da legislação federal voltada à pessoa com transtorno mental no exercício profissional da enfermagem. **Metodologia:** estudo descritivo, documental, exploratório, com abordagem qualitativa. Busca em meio eletrônico, utilizando-se de legislações federais brasileiras relacionadas à pessoa com transtorno mental, independente da data da publicação. **Dados** organizados pelo método da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: saúde mental em serviços comunitários; saúde mental em serviços hospitalares e implicações ao exercício da enfermagem. **Conclusão:** a verificação da legislação retratou avanços nos direitos humanos, em especial a saúde, mesmo assim há carência de legislação que amplie o propósito de atuação da equipe de enfermagem no campo da saúde mental.

Descritores: Legislação, Transtornos Mentais, Enfermagem.

BRAZILIAN LEGISLATION ORIENTED TO PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Objective: to verify the influence of federal legislation aimed at a person with mental disorder in the professional practice of nursing. **Methodology:** descriptive, documentary, exploratory study with a qualitative approach. Search is done electronically, using Brazilian federal legislation related to a person with .commental disorder, regardless of the publication date. Data organized by the Bardin content analysis method. **Results:** three thematic categories emerged: mental health legislation in community services; mental health legislation in hospital services and implications for the nursing practice. **Conclusion:** the verification of the legislation portrayed advances in human rights, especially health, although there is a lack of legislation that broadens the scope of action of the nursing team in the field of mental health.

Descriptors: Legislation, Mental Disorders, Nursing.

LEGISLACIÓN FEDERAL BRASILEÑA ORIENTADA HACIA A LAS PERSONAS CON TRANSTORNOS MENTALES

Objetivo: evaluar la influencia de las leyes federales dirigidos a las personas con trastornos mentales en la práctica de enfermería. **Metodología:** Estudio descriptivo, documental, exploratorio, con enfoque cualitativo. Busca en sitios electrónicos, usando las leyes federales brasileñas relacionadas con los pacientes mentales, independientemente de la fecha de publicación. Los datos fueron organizados por el método de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** tres categorías temáticas: la legislación destinada a los servicios comunitarios de salud mental; la legislación a los servicios del hospital de salud mental e implicaciones para la labor de enfermería. **Conclusión:** la verificación de las leyes retrata avances en materia de derechos humanos, en particular la salud, sin embargo, hay una falta de legislación para ampliar el ámbito de acción del personal de enfermería en el campo de la salud mental.

Descriptor: Legislación, Trastornos Mentales, Enfermería.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

²Enfermeira. Docente. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. campus de Três Lagoas.

³Enfermeira. Docente. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

⁴Enfermeira. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS

⁵Enfermeira. Colaborador na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem

⁷Enfermeiro. Docente. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Email: sjhd.ufms@gmail.com

INTRODUÇÃO

O crescente acometimento de transtorno mental na população levou os líderes da Organização das Nações Unidas (ONU) a incluírem o tópico saúde mental nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Foi estipulado que, até 2030, os países membros da ONU reduzam a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, por meio de ações de prevenção e de tratamento, incluindo a promoção da saúde mental, do bem estar, entre outras metas para assegurar uma vida saudável para todos em todas as idades⁽¹⁾.

A literatura^(2,3) alerta que, até o ano 2030, a depressão será a segunda maior causa de incidência de doenças em países de renda média. No Brasil, a ocorrência de doenças mentais atinge, aproximadamente, 12% da população⁽⁴⁾. Portanto, são relevantes estudos que possam contribuir com a reorganização da atenção à saúde mental, bem como com os profissionais que assistem esse grupo populacional.

Nesse sentido, a Portaria no 3.088/2011, do Ministério da Saúde, estrutura a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) e prioriza as pessoas com transtorno mental e as com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁵⁾.

Para o atendimento das pessoas acometidas por doenças mentais, é necessário que a RAPs e seus componentes tenham equipes multiprofissionais para efetuar os atendimentos com qualidade e integralidade. Nesse sentido, o cuidado de enfermagem em saúde mental vem evoluindo consideravelmente no decorrer dos anos⁽⁶⁾.

O enfermeiro é considerado agente terapêutico, por participar nas relações interpessoais, promover o cuidado holístico e estabelecer interação em grupo. No entanto, a complexidade do trabalho em saúde mental requer legislações que assegurem, além dos direitos da pessoa com transtorno mental, o exercício profissional, visando atender integralmente o paciente, seus fatores sociais e a reinserção sociocultural desses indivíduos⁽⁶⁾.

Objetivou-se verificar a influência da legislação federal voltada à pessoa com transtorno mental no exercício profissional da enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa. É parte da dissertação de mestrado "Saúde Mental, Direitos Humanos e o Exercício da Enfermagem: Instrumentos Legais Brasileiros" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul⁽⁷⁾.

Partiu-se da seguinte pergunta: quais legislações federais brasileiras são relacionadas à pessoa com transtorno mental? A busca foi realizada nos sites da Presidência da República

Federativa do Brasil (Planalto), do Ministério da Saúde (Saúde Legis) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Utilizaram-se 15 Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) para as buscas: saúde mental, psiquiatria, transtornos mentais, drogas ilícitas, usuários de drogas, depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos relacionados ao uso de substâncias, cocaína, cocaína/crack, serviços de saúde mental, transtornos de ansiedade, transtornos da alimentação, suicídio e a palavra-chave: psicossocial.

Incluíram-se as legislações relacionadas à pessoa com transtorno mental em vigência, excluindo-se as legislações revogadas e repetidas.

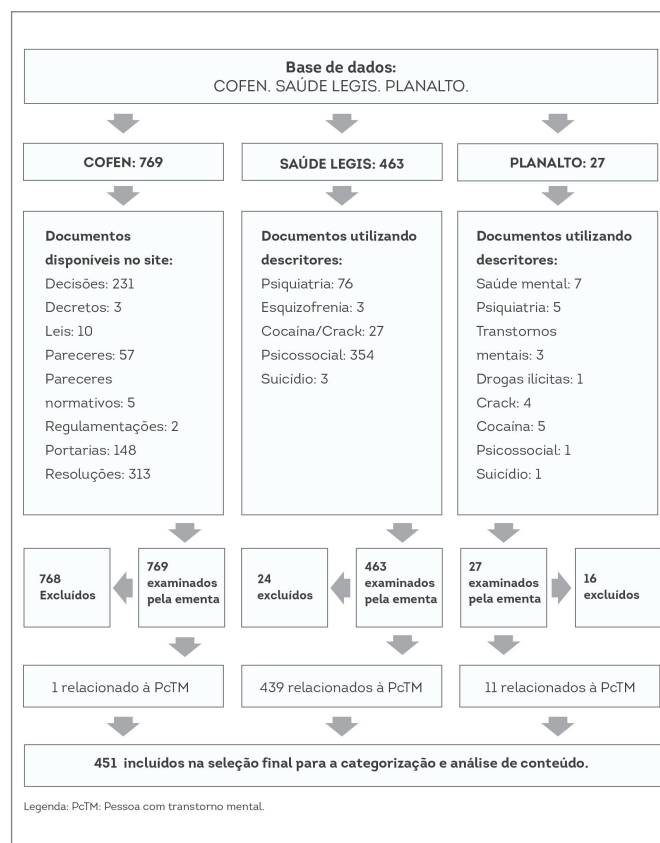
Um formulário foi elaborado pelos autores, o qual guiou a coleta de dados, contendo as seguintes variáveis: data de publicação, fonte da pesquisa, tipo de documento, conteúdo relativo ao transtorno mental, áreas contempladas, disposição das áreas contempladas, disposições dos artigos, enfoque e resumo dos dispositivos.

Os resultados foram analisados e categorizados, a partir da análise de conteúdo⁽⁸⁾.

RESULTADOS

Localizaram-se 451 documentos, conforme ilustra a figura 1.

Figura 1 - Panorama geral do processo de busca documental, Campo Grande, 2017.



Excluíram-se 23 normativas que não dispunham de texto na íntegra, restando 428 documentos e, desses, foram construídas três categorias, apresentadas a seguir:

Saúde mental em serviços comunitários

Essa categoria reuniu normas referentes aos serviços comunitários de saúde mental que foram implementados após a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A maior parte desses instrumentos traz expressamente conteúdos como a habilitação de serviços extra-hospitalares de saúde mental nos municípios, seguida daquelas que versam sobre incentivos financeiros para investimento, conforme Portaria nº 904, de 16 de setembro de 2014: *“Ficam habilitados os Centros de Atenção Psicossocial [...] para realizarem os procedimentos específicos previstos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do SUS”*⁽⁹⁾.

Levando em consideração a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centralizada na atenção comunitária, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial: *“[...] Instituir a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS”*⁽⁵⁾.

Os resultados evidenciaram que o SUS responsabiliza-se pela atenção à saúde de doentes mentais decorrente do uso de álcool e outras drogas, e oferece assistência junto a RAPs por equipe multiprofissional, dentre eles, os profissionais de enfermagem. A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006: *“[...] institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas [...]”*⁽¹⁰⁾.

Outro dado relevante à sociedade e que conta com a atuação da enfermagem são as instituições terapêuticas, inseridas na RAPs através da Portaria no 121, de 25 de janeiro de 2012: *“Fica instituída a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPs”; [...] “Entende-se por unidade de atenção em regime residencial, o estabelecimento de saúde que presta serviço de atenção em regime residencial de caráter transitório, incluída a comunidade terapêutica [...]”*⁽¹¹⁾.

É evidente o avanço na atenção à pessoa com transtorno mental, propiciado por políticas públicas de saúde que também fortalecem os seus direitos, bem como o exercício profissional da enfermagem.

Saúde mental em serviços hospitalares

Documentos da década de 1940, como o Decreto de Lei no 7.055, de 18 de novembro de 1944, trazem, em seu texto, a criação de hospitais psiquiátricos adultos e infantis, ressaltando que esses ainda estão vigentes, embora promulgados antes da reforma psiquiátrica: *“Fica criado [...] o Centro Psiquiátrico Nacional (CPN), ao qual compete assistir, distribuir e internar doentes mentais, no Distrito Federal, e realizar pesquisas e estudos sobre as psicopatias”*⁽¹²⁾.

Após a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental⁽¹³⁾, surgiu o Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

Nas legislações sobre a habilitação de leitos em hospitais, destacam-se algumas estabelecendo uma nova classificação hospitalar, como a Portaria no 2.644, de 24 de outubro de 2009: *“[...] estabelecer nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte [...]”*⁽¹⁴⁾.

Foram encontradas legislações que tratam da incorporação de medicações no âmbito do SUS, para tratamento do paciente com transtornos mentais, como a Portaria no 364, de 9 de abril de 2013: *“Fica aprovado, na forma do Anexo a esta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia”*⁽¹⁵⁾.

Observa-se a vigência de legislações antigas, anteriores à Lei do exercício profissional da enfermagem. Esse dado remete à necessidade de verificar se há divergência com o atual modelo de atenção à saúde mental, também se traz implicações profissionais, visto que a Lei do exercício profissional de enfermagem em vigor é do ano de 1986⁽¹⁶⁾.

Implicações ao exercício da enfermagem

As legislações que fazem relação com o exercício da enfermagem trazem, em seu conteúdo, a presença do enfermeiro nos serviços de saúde mental, tal como a Portaria no 336, de 19 de fevereiro de 2002, o que provavelmente incrementou as especializações nesse campo específico: *“[...] equipe mínima [...] (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental”*⁽¹⁷⁾.

O Enfermeiro é um dos profissionais que compõe o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), estabelecido pelo Decreto no 5.912, de 27 de setembro de 2006: *“[...] representante de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil: [...] um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)”*⁽¹⁸⁾.

A única legislação localizada na base de dados do Cofen, a Resolução no 427, de 7 de maio de 2012, embora não reporte diretamente à pessoa com transtorno mental, é aplicável para essa população: *“Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do Enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados”*⁽¹⁹⁾.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve como marco a Lei nº 10.216/2001, em promover os direitos da pessoa com transtorno mental, e modificar o modelo assistencial asilar e excludente. Antes da Reforma, essas pessoas ficavam encarceradas em manicômios, por anos, sofrendo abusos e violações de seus direitos. Em decorrência das condições insalubres (superlotação dos hospitais, más condições de higiene, de alimentação e psicofarmacoterapia inadequadas, entre outros), com violação dos direitos humanos, como o direito à liberdade, à higiene pessoal e ambiental, alimentação, tratamento medicamentoso e psicoterapêutico, lazer, e de habitação da pessoa com transtorno mental, houve o descredenciamento de vários hospitais.

Evidente que, no caos das instituições manicomiais, a equipe de enfermagem sofria violação de direitos e deveres profissionais, e também de seus direitos humanos, por ser a categoria profissional que tem por essência o cuidado ao ser humano, tanto que se juntou ao grupo de luta pelos direitos da pessoa em sofrimento psíquico.

Cabe ressaltar que o cuidado de enfermagem em saúde mental não está restrito aos serviços e nem aos profissionais especialistas em saúde mental, mas refere-se a todo ambiente e qualquer serviço de saúde e outros, em que ocorra o exercício da enfermagem. A ideia da Reforma Psiquiátrica Brasileira é trabalhar em rede de atenção à saúde mental, principalmente em serviços comunitários de saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) e a Unidade de Atenção Básica à Saúde (UBS), envolvendo as diversas

áreas, serviços e profissionais de saúde.

Percebeu-se, na análise das legislações, o reconhecimento dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental, por meio do tratamento digno, baseado em princípios científicos, legais e na reinserção social. Fundamentado nisso, os grandes hospitais e manicômios do tipo carcerário foram substituídos por serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais⁽¹³⁾. A internação hospitalar, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes, conforme disposição legal⁽¹³⁾.

Um dos serviços substitutivos do modelo assistencial em saúde mental são os CAPs, nas modalidades: CAPs I (em municípios com população de até 5 mil habitantes), II (em municípios cuja população excede 5 mil habitantes) e III (em municípios com população superior a 200 mil habitantes), CAPs i (para atendimento de crianças e adolescentes) e CAPs

ad (atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas). Conforme a Portaria nº 336/2002, a composição da equipe mínima imprescindível é o médico e o enfermeiro no serviço substitutivo de assistência em Saúde Mental. Acredita-se ser essencial que o enfermeiro tenha formação em saúde mental⁽¹⁾.

Esse estudo desvelou que há, ainda, carência de documentos oficiais por parte do Conselho Federal

de Enfermagem que possam ampliar o escopo de atuação da equipe de enfermagem para além do que consta na Lei no 7.498/86⁽¹⁶⁾. Em que pese a amplitude das legislações do COFEN, é preciso que o órgão máximo da enfermagem brasileira coloque em discussão a necessidade da legislação relacionada à assistência de enfermagem específica em saúde mental, para continuar acompanhando a evolução nacional.

Aponta-se, como limitações, as fontes de buscas, tendo em vista que não abrangeram legislações estaduais e municipais, tornando-se em motivação para que, em outros estudos, sejam incorporadas legislações regionalizadas e locais.

CONCLUSÃO

A análise das legislações relacionadas à pessoa com transtorno mental, disponíveis em meio eletrônico, revelou os

“Evidente que, no caos das instituições manicomiais, a equipe de enfermagem sofria violação de direitos e deveres profissionais”

avanços voltados à parcela de uma população que, por muitos anos, sofreu estigma social e violação dos direitos humanos. Contudo, chama-se atenção para a indispensabilidade de as profissões ampliarem o alicerce legal para o cuidado em saúde mental, de modo a acompanharem o momento histórico vivido pelo país, principalmente a partir da reforma

no modelo de atenção à saúde mental e psiquiátrica, bem como o acentuado crescimento das pessoas com transtorno mental.

Esse estudo mostrou o progresso da assistência a esses indivíduos, assegurando o seu direito de cidadania, e a serem tratados com dignidade e respeito.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Sustainable Development Goals. 17 Goals to transform our world. [Internet]. New York: United Nations, New York 2015. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E Accessed on 2 January 2017.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental y Desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. 2010. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 04 jun 2016.
3. World Health Organization. Investing in Mental Health: evidence for action. 2013. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf>. Acesso em: 03 jun 2015.
4. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Direito à saúde mental. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012>. Acesso em: 11 ago. 2016.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 nov 2016.
6. Alencar, AKB; Fernandes, TG. Assistência de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por metassíntese. Saúde e transformação social. [internet] 2010 [acesso em 2 jan 2017] 1(1):148-53. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/399/0>
7. Schwartz, OPS. Doença mental, direitos humanos e o exercício da enfermagem: instrumentos legais brasileiros. Campo Grande. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2017.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011, 279 p.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 904, de 16 de setembro de 2014. Habilita centros de atenção psicossocial para realizar os procedimentos específicos previstos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0904_16_09_2014.html. Acesso em: 06 nov 2016.
10. Lei n. 11.343, de 23 DE agosto de 2006. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 26 jun 1986 [citado 2 jan 2017]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 06 nov 2016.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em: 07 nov 2016.
12. Decreto de Lei n. 7.055, de 18 de novembro de 1944. Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, 1944. [citado 2 jan 2017] Disponível em: http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=7055&tipo_norma=DEL&data=19441118&link=s Acesso em: 12 out 2016.
13. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. [Citado 2017 jan 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 12 out 2016.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.644, de 24 de outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-2644-28-OUTUBRO-2009.pdf> Acesso em: 12 nov 2016
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas-Esquizofrenia. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364_09_04_2013.html Acesso em: 12 out 2016.
16. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 26 jun 1986 [citado 2 jan 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm Acesso em 12 out 2016.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.
18. Decreto n. 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm Acesso em: 02 out 2016.
19. Resolução n. 427, de 15 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html Acesso em: 12 out 2016.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM – CONAREN/COFEN: 15 ANOS DE HISTÓRIA

Julita Correa Feitosa¹, Antônio Eduardo Vieira Santos², Valdeez Ribeiro de Andrade³, Rita Miyahara Kobayashi⁴, Ney da Costa Silva⁵

Objetivo: descrever marcos históricos, contribuições e relação da Comissão Nacional de Residência de Enfermagem (Conarenf) com a história da Residência de Enfermagem (RE) Brasileira. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo aos últimos 15 anos de existência da Conarenf. **Resultados:** no estudo dos últimos 15 anos da história da Conarenf (2001-2015), os documentos legais e relatórios apontaram para: marcos históricos no credenciamento de programas de RE junto ao Conselho Federal de Enfermagem; sistemática de outorga dos títulos de especialista na modalidade de residência; consultoria e assessoria visando a qualidade desses programas; construção de espaços para discussão em eventos científicos. **Conclusão:** as contribuições da Conarenf foram determinantes para a regulamentação dos programas de residência em enfermagem no Brasil.

Descritores: Internato não Médico, Educação em Enfermagem, Educação de Pós-Graduação.

NATIONAL COMMISSION FOR NURSING RESIDENCY – CONAREN / COFEN: 15 YEARS OF HISTORY

Objective: to describe main landmarks, contributions and relationship between the Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (Conarenf) with the history of Brazilian Nursing Residence (NR). **Methodology:** This is a descriptive, documental and retrospective study, related to the last fifteen years of Conarenf's existence. **Results:** In the study of the last fifteen years of Conarenf's history (2001-2015), the legal documents and reports pointed to: historical landmarks in the NR Programs Accreditation by Federal Nursing Council; systematic for concession of specialist titles in residence category; consulting and counseling aimed at the quality of these programs; to creating places of discussion in scientific events. **Conclusion:** contributions of Conarenf was decisive to the regulation of Brazilian NR programs.

Descriptors: Non-medical Internship, Education in Nursing, Post- Graduation.

COMISIÓN NACIONAL DE RESIDENCIA EN ENFERMERÍA – CONAREN / COFEN: 15 AÑOS DE HISTORIA

Objetivo: describir los marcos históricos, contribuciones y relación de la Comisión Nacional de Residencia de Enfermería (Conarenf) con la historia de Residencia de Enfermería (RE) Brasileña. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, documental, retrospectivo de los últimos quince años del Conarenf. **Resultados:** En este estudio de los últimos quince años de la historia de Conarenf (2001-2015), los documentos legales e informes señalaron para: momentos históricos en el proceso de acreditación de programas de RE por el Consejo Federal de Enfermería; sistemática de otorga de los títulos de especialista en residencia; consultoría y asesoría dirigidos a calidad de esos programas; construcción de espacios de discusión en eventos científicos. **Conclusión:** las contribuciones de Conarenf fueran determinantes para la reglamentación de programas de RE en Brasil.

Descritores: Internado no Médico, Educación de Enfermería, Educación de Postgrado.

¹Enfermeira. Especialista em Metodologia da Assistência de Enfermagem. Coordenadora da Comissão de Residência em Enfermagem- Conarenf/Conselho Federal de Enfermagem.

²Enfermeiro. Doutor em Saúde da Mulher e da Criança. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

³Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Gerente da Unidade de Formação e Educação em Saúde da Secretaria de Saúde do Recife, Pernambuco.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Diretora do Serviço de Educação Continuada do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo.

⁵Enfermeiro. Especialista em Geriatria e Gerontologia. Membro do Conaref/Cofen.

INTRODUÇÃO

A primeira menção de especialização de profissionais de saúde com ênfase na prática profissional em serviço ocorreu em 1848, quando a Associação Médica Americana iniciou a formação de recursos humanos na área médica, privilegiando o ensino da prática clínica hospitalar e o adestramento profissional em serviço – a Residência Médica⁽¹⁾. Apresentava, como requisito, o profissional ter de morar na instituição onde o programa seria desenvolvido, visando estar à disposição do hospital em tempo integral.

Dentre outras profissões da área de saúde, há indícios de que a segunda profissão a adotar Programas de Especialização de seus profissionais na modalidade de Residência foi a enfermagem. Os programas de Residência em Enfermagem (RE) surgiram seguindo o modelo da Residência Médica (RM) brasileira, sendo o primeiro criado em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, filiado à então Legião Brasileira de Assistência, objetivando o aperfeiçoamento de enfermeiros na especialidade de Enfermagem Pediátrica.⁽²⁾

Os programas de RE se expandiram sem regulamentação e fiscalização e, em 1979, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) publicou recomendações originárias do Seminário sobre Residência⁽³⁾, descrevendo a preocupação em caracterizar a residência como modalidade de curso de especialização, aprimorando conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de pesquisa em enfermagem, mas com ênfase na prática⁽³⁾.

Na década de 80, os programas de RE mantiveram-se sem regulamentação, até que, no início da década de 90, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e a ABEn retomaram os estudos sobre o assunto, visando configurar uma proposta de regulamentação dos programas.

Assim, em 1994, a Comissão Permanente de Educação da ABEn Nacional realizou uma oficina intitulada “RE no Brasil”⁽⁴⁾. O documento originário dessa oficina apontava divergências quanto à duração e carga horária bem como críticas referentes à: priorização das questões de tecnologia e do trabalho; colocação das necessidades de saúde da população em segundo plano; aplicação de um modelo que não atendia às demandas da sociedade e nem causava impacto no perfil epidemiológico de saúde da população; objetivação de suprimento das deficiências da graduação e déficit de pessoal dos serviços de saúde⁽⁴⁾.

Diante desse contexto, após o Seminário Nacional do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, o Cofen emitiu documento final sobre a RE⁽⁵⁾ e, devido ao cenário de incertezas, constituiu um grupo de trabalho, visando propor uma regulamentação para os programas de RE. Dentre outros desdobramentos do trabalho realizado por esse grupo, foi constituída, no âmbito do Cofen, a Comissão Nacional de

Residência de Enfermagem (Conarenf).

Assim, na medida em que o resgate histórico do desenvolvimento dos Programas de Residência de Enfermagem no contexto da educação brasileira remete-nos à reflexão acerca da política da formação dos profissionais de saúde, sobre a legislação vigente e suas lacunas, bem como sobre a necessidade da educação permanente dos profissionais nos cenários de prática, preservando assim registros sobre sua evolução e consolidação no Brasil, o presente artigo objetivou descrever os principais marcos históricos e contribuições da Conarenf, e sua relação com a história da RE no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo aos 15 anos de existência da Conarenf (2001-2015). Foi desenvolvido na sede do Cofen, onde ocorreram suas atividades, encontrando-se arquivados seus respectivos documentos. Para o desenvolvimento deste estudo, foram resgatadas atas de reuniões, relatórios anuais, programas de eventos científicos, projetos pedagógicos, manuais, legislações, processos administrativos e demais documentos pertencentes ao acervo da Conarenf.

A partir da leitura minuciosa e análise desses documentos, foram definidas categorias relacionadas ao contexto histórico da estruturação da Conarenf e suas principais contribuições, destacando-se o credenciamento dos programas de RE, a outorga de títulos de especialistas na modalidade de residência, a organização de eventos científicos, consultorias e assessorias.

CONTEXTO HISTÓRICO DA ESTRUTURAÇÃO DA CONARENF

No início da década de 90, o Cofen propiciou espaços para o desenvolvimento e legitimação dos programas de RE no País, promovendo oficinas e seminários no território nacional, contando com profissionais experientes na coordenação e preceptoria dos programas de RE, residentes, representação das Instituições de Ensino Superior e demais órgãos de classe da categoria⁽⁶⁾.

Desse período, destaca-se a realização do Seminário Nacional Cofen/Conselhos Regionais, em 1995, em Minas Gerais, em que o Anteprojeto de Lei⁽⁷⁾ sobre a RE, resultante de discussões dos fóruns anteriores, foi avaliado, aprovado e encaminhado para tramitação nas instâncias competentes. Esse Anteprojeto⁽⁷⁾ transformou-se no Projeto de Lei (PL) nº 2.264/1996⁽⁸⁾ que instituiu a RE, como: “Curso de Pós-Graduação (Especialização) destinado às enfermeiras, sob a responsabilidade de uma Universidade, Instituição de Ensino Superior de Enfermagem ou Instituto de Pesquisa, público ou privado, caracterizado pelo aprofundamento do

conhecimento científico e proficiência técnica decorrentes de treinamento em serviço, em regime de tempo integral”.

Tratava-se de uma proposta consistente em seu conteúdo, que propunha um programa com a duração mínima de dois anos (3.800h). Entretanto, apesar do avanço de incluir a enfermagem e as outras profissões da área de saúde, durante sua tramitação, houve seu arquivamento⁽⁸⁾.

É necessário enfatizar que o Cofen, paralelamente à tramitação do PL 2.264/96, iniciou um trabalho pioneiro e nacional para regulamentação da especialização de enfermeiros através de programas de RE, justificada pela inexistência de regulamentação emanada de esfera governamental para essa modalidade de ensino em serviço⁽⁶⁾. Além disso, os programas de RE continuavam se estruturando em critérios próprios, de acordo com seus contextos particulares, com diferenças exorbitantes quanto à carga horária prática, teórica, repouso semanal, férias, dentre

outros.

Em decorrência da forte pressão da categoria, particularmente dos residentes de enfermagem egressos desses programas, pela legitimação da qualificação profissional nessa modalidade, o Cofen constituiu um grupo de trabalho⁽⁶⁾ composto por enfermeiros, docentes, representantes dos programas de RE dos diversos estados. O principal objetivo desse grupo foi estabelecer padrões mínimos para o registro do enfermeiro especialista na modalidade de RE, resultando na promulgação da Resolução COFEN 259/2001⁽⁹⁾. Essa resolução estabeleceu os padrões mínimos para credenciamento de programas de RE em âmbito nacional e para a outorga de títulos de especialista na modalidade de residência, bem como procedeu encaminhamentos para criação da Conarenf, nomeada pela Portaria Cofen nº 004/2002⁽¹⁰⁾. Nos últimos 15 anos, a Conarenf foi composta por diferentes membros, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Composição da Conarenf entre 2006 a 2016. Brasília, 2016.

| Ano | Portaria | Composição | Marcos legais regulatórios no Cofen |
|------|---|--|--|
| 2002 | Portaria Cofen nº 004/2002, de 11/03/2002. Designa membros para Conarenf. | Dr. Edilson Sebastião Pimentel (RJ). Prof.ª Dr.ª Cleide Maria Pontes (PE) Prof. Dr. Eliel de Oliveira Larrubia(RJ) Prof.ª Dr.ª Márcia Pitanga Cavalcanti (SP) Prof.ª Dr.ª Sônia Regina Pereira (SP) Prof.ª Dr.ª Cristiane M. Amorin Costa (RJ) | Resolução Cofen 259/2001 ⁽¹⁰⁾ Decisão Cofen 064/2003 ⁽¹¹⁾ |
| 2006 | Portaria nº 028/2006, de 29/05/2006. Designa membros para Conarenf, revogando a anterior. | Dr. Edilson Sebastião Pimentel(RJ). Prof.ª Dr.ª Cleide Maria Pontes (PE) Prof. Dr. Eliel de Oliveira Larrubia(RJ) Prof.ª Dr.ª Márcia Pitanga Cavalcanti (SP) Dr. Ney da Costa Silva (RJ) Prof.ª Dr.ª Sônia Regina Pereira (SP) Prof.ª Dr.ª Cristiane M. Amorin Costa (RJ) Sr.ª Maria A. de Souza (RJ) - sec. adm. | - |
| 2007 | Portaria Cofen nº 033/2007 de 08/02/2007. Designa membros para Conarenf, revogando a anterior. | Prof. Dr. Eliel de Oliveira Larrubia(RJ) Prof.ª Dr.ª Cleide Maria Pontes (PE) Dr. Ney da Costa Silva (RJ) Prof.ª Dr.ª Sônia Regina Pereira (SP) Prof.ª Dr.ª Cristiane M. Amorin Costa (RJ) Dr. Edilson Sebastião Pimentel (RJ) Sr.ª Maria A de Souza (RJ) - sec. adm. | - |
| 2009 | Portaria Cofen nº 400/2009, de 29/07/2009. Designa membros para Conarenf, revogando a anterior. | Prof. Dr. Eliel de Oliveira Larrubia(RJ) Prof.ª Dr.ª Cleide Maria Pontes (PE) Dr.ª Julita Correia Feitosa (PE) Prof.ª Dr.ª Sônia Regina Pereira (SP) Prof.ª Dr.ª Cristiane M. Amorin Costa (RJ) Dr. Edilson Sebastião Pimentel (RJ). Sr.ª Maria A de Souza (RJ)- sec.adm. | - |

| | | | |
|------|---|---|--|
| 2013 | Portaria Cofennº 307/2013, de 17/04/2013. Designa membros para Conarenf, revogando a anterior. | Prof. Dr. Eliel de Oliveira Larrubia(RJ) Prof.ª Dr.ª Cleide Maria Pontes (PE) Dr.ª Julita CorreiaFeitosa (PE) Dr.ª Valdevez Ribeiro de Andrade (PE) Prof.ª Dr.ª Cristiane M. Amarin Costa (RJ) Dr.ª Julita CorreiaFeitosa (PE) | - |
| 2014 | Portaria Cofen nº 884/2014, de 29/08/2014. Designa membros para Conarenf, revogando a anterior. | Dr.ª Valdevez Ribeiro de Andrade (PE) Prof. Dr. Antonio Eduardo V. Santos (RJ) Prof.ª Dr.ªRika Miyahara Kobayashi (SP) Prof. Dr.ªLissandra Martins Souza (DF). | Resolução Cofen 459/2014 ⁽¹²⁾ |
| 2015 | Portaria Cofen nº 556/2015. Designa membros para Conarenf, revogando a anterior. | Dr.ª Julita CorreiaFeitosa (PE) Dr.ª Valdevez Ribeiro de Andrade (PE) Prof. Dr. Antonio Eduardo V. Santos (RJ) Prof.ª Dr.ª Rika Miyahara Kobayashi (SP) Dr. Ney da Costa Silva (RJ) | Decisão Cofen 048/2015 ⁽¹⁵⁾ Decisão Cofen 221/2015 ⁽¹⁸⁾ |

Fonte: elaborado pelos autores.

Ao longo desse período, a Conarenf desenvolveu suas atividades de modo a consolidar as legislações e diretrizes, realizar diagnósticos dos programas de RE, capacitar os atores envolvidos no processo, bem como cadastrar e credenciar os programas de RE quando ainda não havia normativas próprias para esse modelo de formação, emanadas dos ministérios da Educação e da Saúde^(6,9).

CONTRIBUIÇÕES DA CONARENF

A Conarenf tem contribuído para a enfermagem brasileira por meio de diversas atividades, como credenciamento dos programas de RE e certificação de seus egressos; atualização na temática da RE, mediante a realização de eventos, além de atividades de assessoria e consultoria⁽¹¹⁾.

Através do credenciamento de programas de RE, a Conarenf buscava assegurar que obtivessem condições mínimas para seu adequado funcionamento e formação de especialistas, aos quais o Cofen viria a outorgar o título⁽⁶⁾.

Credenciamento dos Programas de Residência em Enfermagem

O credenciamento dos programas de RE junto ao Sistema Cofen/Conselhos Regionais conferia um padrão de qualidade respaldado em critérios de funcionamento dos serviços e da assistência à saúde dos usuários. Era realizado a partir da solicitação formal pela instituição responsável, mediante o encaminhamento do projeto político pedagógico e do preenchimento do formulário de credenciamento. Essa documentação era analisada pelos membros da Conarenf, emitido relatório e agendada visita técnica para fins de avaliação in loco e emissão de parecer final. Diante de um parecer favorável, o programa era credenciado e seus egressos fariam jus ao registro de título de especialista na modalidade de RE junto ao Cofen. Caso o parecer não fosse favorável, era estipulado prazo para as correções sugeridas e agendada nova avaliação⁽⁹⁾.

Entre os anos de 2001 a 2010, a Conarenf assegurou o credenciamento de mais de trinta instituições responsáveis por setenta programas de RE, conforme listados no Quadro 2.

Quadro 2: Programas de RE credenciados junto ao Sistema Cofen/Conselhos Regionais, por Estado e Instituição. Brasília, 2016.

| Estado | Instituição | Programa de Residência de Enfermagem |
|-----------|--|--|
| Amapá | Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima | 1. Enfermagem Cirúrgica |
| | Hospital da Mulher Mãe Luzia | 2. Enfermagem Obstétrica |
| | Hospital da Criança e do Adolescente | 3. Saúde da Família |
| | Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz | |
| Alagoas | Maternidade Escola Santa Monica / Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas | 1. Enfermagem Obstétrica 2. Enfermagem em Neonatologia |
| | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU | 1. Enfermagem em Atendimento Pre Hospitalar |
| | Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas | 1. Enfermagem em Saúde Mental 2. Enfermagem em Infectologia |
| Goiás | Associação de Combate ao Câncer em Goiás | 1. Enfermagem Oncológica |
| São Paulo | Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia | 1. Enfermagem Cardiovascular |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| Pernambuco | Hospital Agamenon Magalhães (HAM) | 1. Enfermagem em Saúde da Mulher 2. Enfermagem em Cardiologia |
| | Hospital da Restauração (HR) | 1. Enfermagem em Emergência Geral 2. Enfermagem em Neurologia 3. Enfermagem em Centro Cirúrgico 4. Enfermagem em UTI |
| | Hospital Otávio de Freitas (HOF) | 1. Enfermagem em Pneumologia |
| | Hospital Universitário Osvaldo Cruz/UPE (HUOC/UPE) | 1. Enfermagem Oncológica 2. Enfermagem em Infectologia 3. Enfermagem Cardiológica |
| | Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) | 1. Enfermagem Cirúrgica 2. Enfermagem em Saúde da Criança 3. Enfermagem em Saúde da Mulher 4. Enfermagem em Oncologia Pediátrica Enfermagem em UTI Pediátrica |
| | Hospital das Clínicas/UFPE (HC/UFPE) | 1. Enfermagem Cirúrgica 2. Enfermagem em Saúde da Criança 3. Enfermagem em Saúde da Mulher 4. Enfermagem em Nefrologia 5. Enfermagem em UTI 6. Enfermagem em Imunologia e Alergia 7. Enfermagem em UTI Neonatal 8. Enfermagem em Radiologia Intervencionista |
| | Hospital Barão de Lucena (HBL) | 1. Enfermagem em Saúde da Mulher 2. Enfermagem em Nefrologia |
| | HEMOPE | 1. Enfermagem em Hematologia e Hemoterapia |
| | Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) | 1. Enfermagem em Saúde da Mulher |
| | Hospital Getúlio Vargas (HGV) | 1. Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia |
| | Hospital Regional do Agreste (HRA) | 1. Enfermagem em Terapia Intensiva 2. Enfermagem Cirúrgica 3. Enfermagem em Emergência |
| | Hospital dos Servidores do Estado | 1. Enfermagem Cardiológica |
| | Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) | 1. Enfermagem em Psiquiatria |
| Rio de Janeiro | Instituto Fernandes Figueira | 1. Enfermagem Pediátrica 2. Enfermagem Obstétrica e Ginecológica 3. Enfermagem Neonatal 4. Banco de Leite Humano 5. Infecção Hospitalar |
| Distrito Federal | Hospital Regional da Asa Sul | 1. Enfermagem Obstétrica 2. Enfermagem em Neonatologia |
| | Hospital Regional da Asa Norte | 1. Enfermagem Clínica 2. Enfermagem Cirúrgica 3. Enfermagem em Terapia Intensiva |
| | Hospital de Base do Distrito Federal | 1. Enfermagem Clínica 2. Enfermagem Cirúrgica 3. Enfermagem em Terapia Intensiva |
| | Hospital Regional de Taguatinga | 1. Enfermagem Clínica 2. Enfermagem Cirúrgica 3. Enfermagem em Terapia Intensiva |
| Paraná | Univrsidade Estadual de Londrina | 1. Enfermagem Médico Cirúrgica 2. Enfermagem em Saúde da Criança 3. Enfermagem Neonatal 4. Gerência de Serviços de Enfermagem 5. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Esterilização |
| Pará | Hospital Ofhir Loyola | 1. Enfermagem Cirúrgica 2. Enfermagem Clínica 3. Enfermagem em Terapia Intensiva 4. Enfermagem Oncológica |
| Alagoas | Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas | 1. Enfermagem em Saúde Mental 2. Enfermagem em Infectologia |

*fonte: Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (Conarenf) / Cofen

Contudo, a Conarenf deixou de realizar o credenciamento de programas de RE a partir de 2010, em decorrência das primeiras normativas regulatórias governamentais relacionadas aos programas de residência em saúde, emitidas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), como a Lei nº 11.129⁽¹³⁾, no qual se instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, como sendo “a modalidade de ensino de Pós-graduação Lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”.

A regulamentação desses programas de residência ocorreu a partir da constituição da CNRMS, como previsto no art. 14 dessa Lei. A CNRMS, criada em 2005, passaria a ser responsável por elaborar diretrizes, normas, propor e adotar medidas visando à qualificação e à consolidação de Programas de Residência⁽¹⁴⁾.

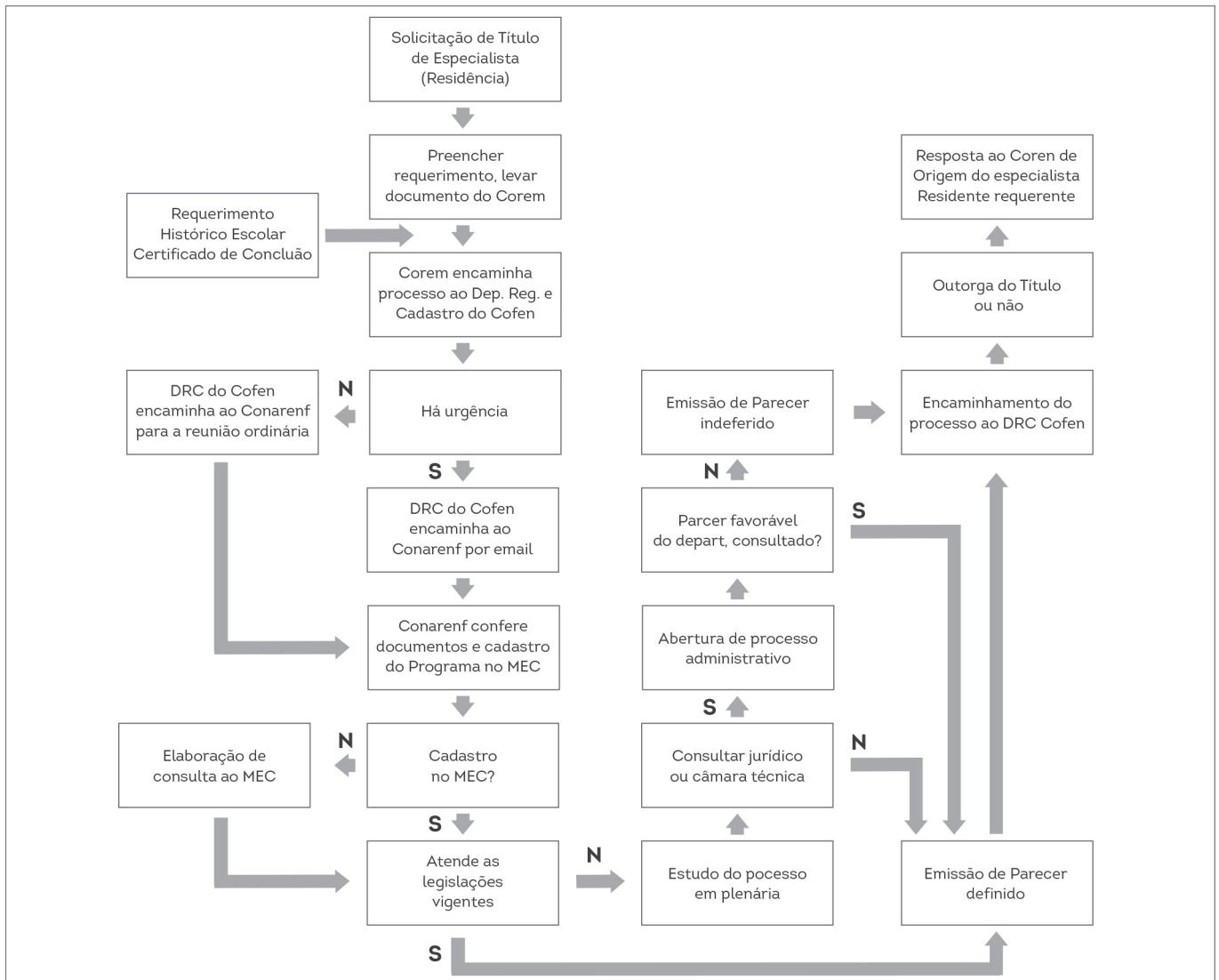
Outorga do Título de Especialistas na Modalidade Residência

Datam de 2004 os primeiros registros da Conarenf sobre emissão de pareceres, relativos às solicitações de registro do título de especialista na modalidade de residência, aos egressos de programas credenciados por essa comissão, conforme constatado nos pareceres emitidos e que se encontram arquivados na sede do Cofen.

A partir da análise do banco de dados eletrônico da Conarenf, verificou-se que a sistemática de registro desse título de especialista constituída pela Conarenf e pelo Setor de Registro e Cadastro (SRC) no Cofen, objetivando a organização do processo de trabalho, das documentações, otimização de recursos, possibilitou maior agilidade no atendimento das solicitações emergenciais dos requerentes ao título.

O processo de registro de título de especialista na modalidade residência está estruturado em fluxograma, ilustrado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do Registro do Título de Especialista na modalidade de Residência. Brasília, 2015.



Destaque-se que os programas de RE cadastrados no Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS) aguardam avaliação pela CNRMS para credenciamento e certificação. Uma vez que os egressos destes programas de residência solicitam o registro do título de especialistas, a Conarenf analisa detalhadamente cada processo de solicitação de outorga de título de especialista na modalidade de residência remetida pelos Conselhos Regionais⁽¹¹⁾.

Essa análise é realizada mediante conferência minuciosa da documentação enviada, à luz da regulação governamental vigente. Além disso, os programas de RE dos enfermeiros requerentes deverão estar cadastrados no SisCNRMS. No

período de julho de 2014 a junho de 2016, foram analisados 390 processos de solicitação de registro de especialidade na modalidade de residência, conforme consta no banco de dados eletrônico da Conarenf.

Organização de Eventos Científicos

Desde sua criação, a Conarenf realizou eventos científicos periódicos e concomitantes ao Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF), visando à atualização profissional e ao fortalecimento da produção e divulgação de conhecimentos específicos acerca da RE, sintetizado no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição de eventos científicos, temas e local de realização, entre os anos de 2001 a 2015.

| Ano | Local | Tipo de evento e temáticas principais |
|------|-------------------|--|
| 2002 | Belo Horizonte | Realizado o 1º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 7º CBCENF. Divulgação e discussão sobre a Resolução Cofen 259/2001. |
| 2004 | Fortaleza/CE | Realizado o 2º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 8º CBCENF. Processos de Implantação de Programas de RE e de credenciamento de programas de RE junto ao Cofen. |
| 2006 | Porto Seguro/BA | Realizado o 3º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 9º CBCENF. Desafios para a consolidação dos programas de RE credenciados pela Conarenf junto ao Cofen. |
| 2007 | Curitiba/PR | Realizado o 4º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 10º CBCENF. Promulgação da Portaria Interministerial MEC/MS 045/2007 ⁽¹⁶⁾ . Repercussão e perspectiva no cenário político e profissional da RE. Facilidades e dificuldades no desempenho específico dos preceptores e dos residentes. |
| 2008 | Belém/PA | Realizado o 5º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 11º CBCENF. Implantação de Câmaras Técnicas na CNRMS. Processo de avaliação de RE e o impacto da produção científica no trabalho. |
| 2009 | Belo Horizonte/MG | Realizado o 6º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 12º CBCENF. Relações entre as dimensões teórico e práticas: questões pedagógicas de métodos de ensino e avaliação por competências. Avaliação da Resolução Cofen 259/2001 para as questões da dimensão prática. |
| 2010 | Natal/RN | Realizado o 7º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 13º CBCENF. Dimensão ética dos programas de RE no sistema de saúde. Avaliação de impacto e do egresso da RE. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Consolidação da produção do conhecimento, linhas de pesquisa para os programas de Residência, modalidades uni e multiprofissional. |
| 2010 | Natal/RN | Realizado o 7º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 13º CBCENF. Dimensão ética dos programas de RE no sistema de saúde. Avaliação de impacto e do egresso da RE. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Consolidação da produção do conhecimento, linhas de pesquisa para os programas de Residência, modalidades uni e multiprofissional. |
| 2011 | Curitiba/PR | Realizado o 8º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 14º CBCENF. Projeto pedagógico. Perfil dos preceptores da Residência. Sistema de credenciamento, avaliação e monitoramento dos programas de RE realizada entre 2001 a 2009. |

| | | |
|------|----------------|--|
| 2012 | Fortaleza/CE | Realizado o 9º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 15º CBCENF. Segurança do paciente. Indicadores de risco com os residentes de enfermagem. Estratégia de capacitação de preceptores da RE. Regulamentação de Titulação de especialistas na modalidade de RE. Estressores na atuação do residente de enfermagem e estratégia de minimização. A disciplina de ética na RE. |
| 2013 | Vitória/ES | Realizado o 10º Congresso Nacional de Residências de Enfermagem durante o 16º CBCENF. Ordenação na formação de recursos humanos na área de saúde e residência em enfermagem. Estruturação dos programas de residência em áreas prioritárias e os eixos norteadores revelados no processo de trabalho. Aplicação da tecnologia de informação e comunicação na sistematização da assistência e no cuidado de Enfermagem. |
| 2014 | Belém/PA | Realizada palestra durante o 17º CBCENF. “Aspectos históricos e legais dos programas de RE”, com a Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Pereira, representante do MEC, estimulando o trabalho colaborativo junto ao Cofen. |
| 2015 | João Pessoa/PB | Realizado o 1º Encontro Nacional de RE durante o 18º CBCENF. Processo de trabalho da Conarenf. Histórico dos programas de RE no Brasil e no mundo e os marcos regulatórios. Especificidades dos currículos de programas de RE no Brasil. Análise do Programa de RE Obstétrica. |
| 2016 | Cuiabá/MT | Realizada mesa redonda durante o 19º CBCENF. Avanços históricos e pedagógicos das residências de Enfermagem. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Mediante análise dos programas do Congresso Nacional de Residência de Enfermagem, no decorrer dos anos (2002 a 2012), as discussões avançaram em relação a questões legais, pedagógicas, diretrizes para os conteúdos programáticos mínimos, avaliação de egressos, produção de conhecimento científico e outras demandas que necessitavam de um olhar coletivo, para ampliação e solidificação da legitimidade dos programas de RE.

Outros temas relevantes permearam os eventos científicos da Conarenf, conforme análise da programação desses congressos, constando a discussão política da ordenação de formação de Recursos Humanos para o SUS, resgatando seus eixos norteadores, a residência como “padrão ouro” na formação dos profissionais de saúde e a estruturação de programas de RE nas áreas prioritárias.

Durante todos esses anos, a Conarenf, em seus eventos científicos, promoveu a discussão sobre a regulamentação de titulação de especialistas nessa modalidade, oportunizou condições para o empoderamento dos preceptores através de capacitação, tendo no último quinquênio, inovado sobre a aplicação da Tecnologia da Informação e Comunicação nos cenários diversificados da RE, conforme também constou nos programas do Congresso.

Consultorias e Assessorias

Em 2014, após revisão da Conarenf, foi incorporada, como sua atribuição, a consultoria e assessoria para implantação e monitoramento dos programas de RE. Assim, foram realizadas visitas às instituições executoras e prestada consultoria, com análise dos projetos pedagógicos, além de esclarecimento de dúvidas demandadas pelos coordenadores¹⁵.

A Conarenf tem desempenhado papel de destaque nas interfaces educativas interinstitucionais. Em 2015, realizou, além das consultorias e dos eventos científicos, a oficina de capacitação dos representantes do Cofen nas Câmaras Técnicas (CT) da CNRMS, objetivando: articular a profissão de Enfermagem junto ao MEC/MS, viabilizando o intercâmbio de informações; discutir o papel dos representantes das CT junto a CNRMS; e trabalhar com a nomenclatura dos cursos e a área de concentração na especificidade dos programas de RE, bem como participou do Programa de Capacitação de Avaliadores^(15,16).

Atendendo às demandas de alguns programas de RE, a Conarenf realizou duas reuniões ordinárias, de forma descentralizada, aproximando-se dos Conselhos Regionais do Rio de Janeiro e de Pernambuco, permitindo conhecer a realidade dos programas dessas localidades e estabelecer parcerias, conforme previsto no planejamento e descrito nos relatórios anuais da Conarenf.

Considerando as mudanças no contexto nacional, com as publicações de resoluções da CNRMS, a Conarenf, em 2014, reformulou a Resolução Cofen 259/2001⁽⁹⁾, sendo a mesma revogada pela Resolução Cofen 459/2014⁽¹²⁾. A Conarenf foi demandada em 2015 a atualizar seu regimento, publicado na Decisão Cofen 064/2003⁽¹¹⁾, sendo o mesmo revogado pela Decisão Cofen 221/2015⁽¹⁸⁾.

A partir dessas alterações regimentais, a Conarenf teve ampliado o seu escopo de atuação, sendo facultado à comissão:

- emitir pareceres da solicitação de outorga de registro de especialista na modalidade de residência, inclusive para egressos de programas na modalidade multiprofissional;

adotar diretrizes que contribuam ao aperfeiçoamento dos programas de RE;- atuar como articulador junto às Comissões/Técnicas análogas nos Conselhos Regionais;- constituir-se como interlocutor da profissão de Enfermagem junto ao MEC/MS e às sociedades de especialistas;- deflagrar diretrizes nacionais reguladoras dos padrões de qualidade dos programas de RE;- atuar como instância consultora aos programas de RE, assessorando as instituições durante sua implantação;- deliberar sobre a realização de eventos científicos, culturais, estudos e pesquisas de interesse aos programas de RE; e divulgar estudos e atos normativos.

CONCLUSÃO

Este estudo descreveu as principais contribuições da Conarenf entre 2001 e 2015, consolidando a construção de uma sistemática de credenciamento de programas de RE e seu registro de especialista, como um primeiro passo para legitimação dessa modalidade de ensino no Brasil, quando ainda não havia regulamentação governamental própria.

Outra importante contribuição foi proporcionar espaços de discussão e construção coletiva formal e de atualização durante os Congressos Nacionais de Residência de Enfermagem promovidos junto aos CBCENF.

Avançando no tempo, e frente às necessidades das demandas do mercado de trabalho e do exercício da profissão, a Conarenf tem discutido sobre a temática da residência e seus respectivos títulos de especialidades, atualmente determinados na Portaria Cofen 389/2011(19).

Despontam como desafios atuais da Conarenf: propor diretrizes para determinação de conteúdos mínimos junto às sociedades de especialistas de enfermagem e a CNRMS; consolidar um trabalho no processo de avaliação do exercício profissional do enfermeiro residente junto aos setores de fiscalização dos Conselhos Regionais; realizar estudos para fixação de critérios de certificação de qualidade de programas de RE; e, estimular o trabalho interdisciplinar entre os diferentes conselhos profissionais estabelecendo competências comuns e específicas.

REFERÊNCIAS

1. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil. Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica. 2011 Out;(7):7-12.
2. Barros ALBL, Michel JLM. Curso de especialização em enfermagem-modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. Rev.latino-am.enfermagem., 2000;8(1):5-11.
3. Associação Brasileira de Enfermagem. Recomendações do Seminário sobre a Residência em Enfermagem. Rev Bras Enferm 1979;32:121-5.
4. Associação Brasileira de Enfermagem. Documento da Oficina sobre "Diretrizes para a Residência em Enfermagem no Brasil". Salvador:ABEn;1994.
5. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Documento final sobre Residência de Enfermagem. Rio de Janeiro:Cofen; 1994.
6. Larrubia, EO. Diretrizes legais para implantação: crescimento dos programas de residência em enfermagem no Brasil junto ao Cofen. Brasília: Cofen; 2008.
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Anteprojeto de Lei. Dispõe sobre a Residência em Enfermagem, e a sua respectiva Comissão Nacional. Rio de Janeiro;1996.
8. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei nº 2.264/1996. Institui a Residência em Enfermagem e dá outras providências. Brasília;1996.
9. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução 259/2001. Estabelece Padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Brasília:Cofen;2001.
10. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Portaria nº 004/2002. Designa membros para Conarenf. Brasília:Cofen; 2002.
11. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Decisão 064/2003. Aprova o Regimento Interno da Conarenf. Brasília:Cofen;2003.
12. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 0459/2014. Estabelece os requisitos mínimos para o registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Brasília:Cofen; 2014.
13. Brasil. Lei nº 11.129/2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Brasília;2005.
14. Ministério da Educação /Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.320 de 11/11/2010. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Brasília: MEC/MS; 2015.
15. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Decisão nº 221/2015. Altera o Regimento Interno da Conarenf. Brasília:Cofen;2015.
16. Ministério da Educação (BR). Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde. Coordenação Geral de Residências em Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Capacitação de Avaliadores da 1ª Turma. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=43941-planilha-1-turma-capacitacao-de-avaliadores-pdf&category__slug=junho-2016-pdf&Itemid=30192. Acessado em: 15/02/2017
17. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Portaria Cofen nº 1.052 de 7 de outubro de 2014. Designação de colaboradores do Cofen para composição das Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília:Cofen;2014.
18. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Decisão Cofen 221/2015. Altera o Regimento Interno da Conarenf. Brasília:Cofen;2015.
19. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 389/2011. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Brasília:Cofen; 2011.

RELAÇÃO ENTRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE

Gleudson do Nascimento Pereira¹, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu², Isabela Melo Bonfim³, Ângela Maria Uchoa Rodrigues⁴, Laura Bezerra Monteiro⁵, Joyce Maria Sobrinho⁶

Objetivo: averiguar a percepção dos graduandos sobre a relação entre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e segurança do paciente. **Método:** estudo descritivo, realizado em uma universidade, mediante entrevista com 23 alunos matriculados no último semestre do curso de enfermagem. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** durante os estágios curriculares, esses alunos identificaram a necessidade de valorização da SAE pelas instituições de saúde. As fases do processo de enfermagem foram referidas como uma forma de se prestar um cuidado integral e individualizado, organizado e seguro. **Conclusão:** os relatos evidenciaram a segurança do paciente e da equipe de enfermagem ao utilizar a SAE.

Descritores: Enfermagem, Segurança do Paciente, Processo de enfermagem.

RELATIONSHIP BETWEEN SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE AND PATIENT SAFETY

Objective: to investigate the students' perceptions about the relationship between the systematization of nursing care (SAE) and patient safety. **Method:** descriptive study, carried out at a University, where an interview was conducted with 23 students enrolled in the last semester of the nursing course. The data were submitted to content analysis. **Results:** During the curricular stages, these students identified the need for valorization of SAE by health institutions. The phases of the nursing process were referred to as a way to provide comprehensive, individualized, organized and safe care. **Conclusion:** the reports highlighted the safety of the patient and the nursing team when using SAE.

Descriptors: Nursing, Patient Safety, Nursing Process.

RELACIÓN ENTRE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo: El objetivo fue investigar la percepción de los estudiantes sobre la relación entre la sistematización de la asistencia de enfermería (SAE) y la seguridad del paciente. **Método:** Estudio descriptivo en una universidad. Hemos llevado a cabo entrevistas con 23 estudiantes matriculados en el último semestre del curso de enfermería. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido. **Resultados:** Durante las prácticas, los estudiantes identificaron la necesidad de mejora de SAE por las instituciones de salud. Las fases del proceso de enfermería fueron referidos como una manera de proporcionar una atención integral e individualizada, organizada y segura. **Conclusión:** Los informes mostraron la seguridad del paciente y el personal de enfermería con el NCS.

Descriptorios: Enfermería, Seguridad del Paciente, Proceso de Enfermería.

¹Enfermeiro. Aluno de Especialização. Universidade de Fortaleza, Unifor, CE.

²Enfermeira. Doutora em biotecnologia. Docente do Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Unifor, CE.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem da Unifor, CE.

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Unifor, CE.

⁵Enfermeira. Graduada pela Unifor, CE.

INTRODUÇÃO

A enfermagem, como profissão do cuidado ao ser humano, deve promover uma assistência segura e humanizada. A preocupação com essa garantia tem sido objeto de pesquisa de vários estudiosos na área da saúde⁽¹⁻³⁾. Outrossim, ao exercerem a sua profissão, os enfermeiros precisam cumprir as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tratam do exercício profissional da enfermagem.⁽⁴⁾

Ressaltam-se, também, as responsabilidades e deveres presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Art. 12 - *Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.*⁽⁵⁾

Diante do exposto, não se pode idealizar a assistência de enfermagem, sem pensar em cuidado seguro. No entanto, o que parece óbvio, vem sendo apontado de maneira diferente por alguns estudos.

^(6,7) Os achados das pesquisas chamam a atenção para a necessidade de um preparo rigoroso dos enfermeiros para o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, evitando a ocorrência de eventos adversos.

Nesse sentido, durante o cuidado profissional de enfermagem, é imprescindível a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), destacando-se a Resolução 358 de 2009, que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados.⁽⁸⁾

Assim, no currículo do curso de graduação, a temática SAE deve ser considerada transversal, ou seja, abordada em todas as disciplinas relacionadas aos cuidados de enfermagem. Aponta-se a SAE como um instrumento facilitador e que direciona para uma assistência de qualidade, colaborando para a autonomia e cientificidade da profissão.⁽⁹⁾

É, também, imprescindível que os cursos de graduação em enfermagem abordem a segurança do paciente durante o processo de formação, enfatizando a necessidade de se trabalhar a segurança enquanto cultura organizacional e ferramenta gerencial para o enfermeiro.⁽²⁾

Assim, o interesse pelo estudo surgiu de alguns questionamentos: como as temáticas SAE e segurança do paciente são trabalhadas na graduação? Qual a relação entre a SAE e a segurança do paciente? Como a SAE pode contribuir

para a segurança do paciente na visão dos acadêmicos?

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de despertar para a importância da discussão das políticas implementadas pelo Ministério da Saúde para a segurança do paciente entre os discentes. Objetivou-se averiguar a percepção dos graduandos de enfermagem sobre a relação entre a sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente, e ainda, a abordagem dessas temáticas durante a graduação.

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em uma Universidade particular do Estado do Ceará, com seus discentes. Trata-se de um curso que já existe há 44 anos. Desde que foi criado, ao longo dos anos, foram realizadas alterações curriculares como inclusão de disciplinas e mudanças de carga horária, visando à contínua atualização,

baseando-se nas mudanças no contexto político, educacional e de saúde do país. Atendendo às exigências do Ministério da Educação, o currículo foi alterado, garantindo, dessa forma, a integralidade do aprendizado.

O currículo integrado vigente conta com 226 créditos, totalizando 4.068 horas entre aulas teóricas e práticas, distribuídas em dez semestres. A universidade oportuniza, ao aluno do curso de enfermagem, atividades tanto curriculares, quanto

extra-curriculares, mantendo convênio com mais de 1300 empresas e instituições, tanto no Brasil quanto no exterior.

No período da coleta dos dados, semestre 2015.2, a disciplina Estágio Supervisionado II, último semestre do curso de enfermagem, contava com 16 turmas; cada turma tinha 6 alunos (as), calculando-se um total de 96 alunos (as). A partir desse levantamento do número de discentes, junto à coordenação do curso, os pesquisadores lhes fizeram um convite, informando os objetivos da pesquisa.

Foram estabelecidos dois critérios de inclusão: ter acima de 18 anos de idade e estar matriculado no último semestre (Estágio supervisionado II) do curso de enfermagem. Os discentes que decidiram participar foram entrevistados, com aplicação do instrumento de coleta para a pesquisa. No entanto, por se tratar de um trabalho qualitativo, ao aplicar o instrumento de coleta de dados com 23 alunos (as) da referida disciplina, já foi possível observar saturação teórica⁽¹⁰⁾, sendo,

“Assim, no currículo do curso de graduação, a temática SAE deve ser considerada transversal”

portanto, realizado o fechamento amostral.

Durante a entrevista, realizaram-se as seguintes perguntas: as temáticas sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente são trabalhadas na graduação? Como? Existe alguma relação entre a SAE e segurança do paciente? Como foi a sua experiência acadêmica em relação à utilização da SAE? Você acha que a SAE tem relação com a segurança do paciente? Por que?

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro a novembro de 2015. Ressalta-se, ainda, que as falas obtidas pela entrevista foram transcritas de forma fidedigna mediante as respostas dos participantes. A análise dos dados foi realizada por meio do método de análise de conteúdo proposto por Bardin⁽¹⁾.

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.⁽²⁾ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 1.208.003.

RESULTADOS

Os dados coletados nas entrevistas, submetidas à análise de conteúdo, permitiram a organização de duas categorias temáticas, a saber:

Abordagem da Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e segurança do paciente na graduação

Nas falas dos graduandos, foi identificado que a abordagem da SAE e segurança do paciente ocorre em algumas disciplinas iniciais do curso. No entanto, é nas disciplinas teórico-práticas que os temas são discutidos de maneira mais intensa. Vejamos os recortes: *É trabalhada desde o início da graduação. Por volta do 4º semestre, onde começam as disciplinas práticas, que começamos a correlacionar os conteúdos teóricos com a prática clínica, isso em relação à SAE. Segurança do paciente é trabalhada desde o primeiro semestre (Aluno 2). Sempre no início das disciplinas é comentada a SAE, mas o grau maior é mais a respeito da segurança do paciente, essa tecla é mais discutida na graduação (Aluno 4). Em cada estágio, o professor frisa bem esse conhecimento sobre o assunto, tanto na segurança do paciente como do profissional, frisa bem a importância da SAE do paciente (Aluna 5).*

No entanto, nessa mesma categoria, as falas revelaram que os graduandos destacaram que as temáticas segurança

do paciente e/ou SAE não têm sido priorizadas por todas as disciplinas: *Apesar de ser muito citado nas aulas teóricas, pouco utilizamos nas aulas práticas [...] apesar da SAE ter tudo a ver com a segurança do paciente, pouco é citada a segurança no decorrer da graduação, já a SAE é usada desde o início da graduação (Aluna 18). Na graduação é pouco falada, porque não são todas as cadeiras que falam sobre a SAE (Aluna 23).*

Os depoimentos de alguns estudantes revelaram que a valorização parcial da SAE em algumas instituições de saúde representa uma dificuldade na formação acadêmica, bem como a aplicação inadequada pelos profissionais de enfermagem: *Razoavelmente, pois em alguns locais, onde possui a SAE, ainda não está instalada, prejudicando a formação e prática acadêmica (Aluna 7). [...] nos campos de estágio deixa a desejar, pois os profissionais não fazem uso adequado (aluna 11). Durante a graduação, não é em todas as disciplinas que fazemos o uso da SAE. E não é em todas as instituições respeitadas que utilizam também (Aluna 22).*

Relação entre a SAE e segurança do paciente

Os recortes que se seguem comprovam a relevância da aplicação da SAE como uma ferramenta para o conhecimento dos riscos a que os pacientes estão expostos durante a assistência à saúde, consequentemente, contribuindo para a garantia da segurança. *Ao conhecer a história clínica do paciente através do histórico de enfermagem e elaborar um plano de cuidado, torna-se um ambiente seguro ao paciente, por conhecer todas as suas patologias, dificuldades, assim minimizando os riscos que esse paciente possa ter (Aluna 2). A SAE mostra o que pode ser feito de melhor, de acordo com a situação em que o paciente está, assim, dando segurança, pois previne e evita situações em que o paciente possa sofrer lesões (Aluna 3). Mostra os riscos que aquele paciente apresenta e sabendo dos riscos será aplicada a segurança do paciente (Aluna 10).*

As fases do processo de enfermagem foram referidas pelos participantes como uma forma de se prestar um cuidado integral e individualizado, organizado e seguro. Outrossim, a sua utilização contribui para assegurar a qualidade do cuidar. *Assegura a qualidade do procedimento realizado (Aluna 11). Permite cuidados personalizados para a clínica de cada paciente (Aluna 13). Proporciona um plano de cuidado*

“apesar da SAE ter tudo a ver com a segurança do paciente, pouco é citada a segurança no decorrer da graduação”

integral, voltado para a real necessidade do paciente (Aluna 16). [...] possibilita o processo de organização e planejamento da assistência de Enfermagem (Aluna 17). Sim, porque ela faz parte da própria segurança do paciente (Aluna 23).

O bem-estar, o conforto, o respeito ao próximo e a empatia apareceram nos discursos dos graduandos: *É trabalhada como peça fundamental do cuidado ao paciente, como também a segurança que é feita durante os procedimentos realizados com e para o paciente, buscando sempre o conforto e bem-estar dele (Aluno 3). Foi muito gratificante pois, assim, nos colocamos no lugar do próximo, do paciente, de como gostaríamos de ser tratados como paciente (Aluna 5).*

Os relatos evidenciaram a segurança da equipe de enfermagem ao utilizar a SAE durante o exercício profissional. *Está relacionado com a qualidade do cuidado prestado ao paciente, assim como a segurança do profissional na realização de suas atividades (Aluna 11). A SAE é uma forma de avaliar melhor o paciente e também uma forma para o enfermeiro se respaldar que foram feitas as intervenções (Aluna 23).*

DISCUSSÃO

A investigação sobre a segurança do paciente no Brasil está em ascensão⁽¹⁾. Uma revisão integrativa demonstrou ações positivas da assistência de enfermagem na segurança do paciente: implantação de protocolos de assistência; boletim de notificação de eventos adversos; uso do *checklist* da cirurgia segura, bem como utilização dos diagnósticos de enfermagem na redução de riscos⁽¹⁾.

Autores defendem a reflexão do enfermeiro sobre a necessidade da implementação da SAE como estratégia para o gerenciamento do cuidado, na tentativa de romper a dicotomia entre o que é preconizado e o que é realizado no cotidiano da enfermagem⁽¹³⁾.

Os dados observados em outro artigo⁽²⁾ mostraram a importância de trabalhar a temática segurança do paciente com os profissionais dos serviços de saúde, o que servirá de estímulo para os futuros profissionais da área que, ao observarem as práticas seguras, aprenderão o que é correto.

Diante do exposto, os dados despertam a importância de o docente não restringir a abordagem da SAE e da segurança do paciente ao ambiente acadêmico, sendo imprescindível a discussão entre acadêmicos e enfermeiros assistenciais

durante os estágios curriculares nas instituições de saúde.

A identificação das necessidades do paciente, o conhecimento dos riscos e, a partir dessas informações, a elaboração de um plano de cuidados e intervenções adequadas estão associados à segurança do paciente no discurso dos acadêmicos presentes na segunda categoria "Relação entre a SAE e segurança do paciente".

Acredita-se que, ao realizar as fases de coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento; implementação e avaliação⁽⁶⁾ seja fundamental o seguimento dos passos para a segurança do paciente⁽¹⁴⁾. Assim, ao utilizar a SAE, há necessidade, inicialmente, de assegurar a identificação correta do paciente. Na coleta de dados, o paciente será estimulado a se envolver com a própria segurança, fornecendo dados a respeito de si mesmo. A higienização das mãos, outro passo para se garantir a segurança, é imprescindível antes da realização de exame físico ainda na coleta de dados de

enfermagem. Nessa etapa, ainda, precisa-se identificar os fatores de riscos para realizar a prevenção de quedas e úlceras; avaliar as conexões seguras como o uso de cateteres, drenos e sondas durante a inspeção, além da elaboração de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações relacionados a esses achados, bem como será necessário o uso correto de tecnologias durante sua implementação. Ressalta-se que a avaliação de enfermagem somente será

possível por meio do registro das informações, contribuindo para assegurar outro passo para a segurança do paciente, a comunicação efetiva⁽¹⁴⁾.

Pode-se perceber que a SAE não deve ser discutida separadamente da segurança do paciente, como foi referido por um graduando ao afirmar "porque ela faz parte da própria segurança do paciente".

A SAE foi considerada ainda como "uma forma para o enfermeiro se respaldar que foram feitas as intervenções". Nesse contexto, é importante salientar que falhas com o registro do processo de cuidado em enfermagem podem resultar, por um lado, em ausência de visibilidade e de reconhecimento profissional e, por outro lado, em obstáculo para a avaliação de sua prática, podendo, este último, dificultar o avanço da ciência de Enfermagem⁽¹⁵⁾.

Estudo recente⁽¹⁶⁾ demonstrou uma problemática na definição dos conceitos de SAE e Processo de Enfermagem,

"A investigação sobre a segurança do paciente no Brasil está em ascensão"

por parte dos enfermeiros e da totalidade dos técnicos e auxiliares participantes. Os autores perceberam que essa deficiência perpassa um contínuo da formação à prática profissional, com grande necessidade de maior ênfase na formação de nível técnico e acadêmico.

Esse estudo apresenta como limitação ter sido realizado em apenas uma universidade do Ceará.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que as temáticas sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente são mais abordadas nas disciplinas teórico-práticas, havendo, portanto, a necessidade de intensificação da discussão da sua inter-relação, desde o início do curso.

Acredita-se que a valorização da sistematização da

assistência de enfermagem pelas instituições de saúde, que recebem os discentes para o estágio curricular obrigatório, poderá favorecer a aplicabilidade do conteúdo apreendido no ambiente acadêmico.

A SAE foi identificada como uma forma de respaldar o enfermeiro, considerando-a a própria segurança do paciente e que a SAE e a segurança do paciente "andam" sempre juntas.

Acredita-se que essa pesquisa poderá possibilitar a reflexão pelos graduandos referente à valorização do que é próprio da profissão, à importância do cumprimento da Legislação de enfermagem e à percepção de que o cuidado profissional de enfermagem precisa ser exercido de maneira organizada e segura, com a SAE representando uma das principais estratégias para o seu alcance.

REFERÊNCIAS

1. Silva Aline Teixeira, Alves Mateus Goulart, Sanches Roberta Seron, Terra Fábio de Souza, Resck Zélia Marilda Rodrigues. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Saúde debate [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Mar 24]; 40(111):292-301. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611123>.
2. Bogarin DF, Zanetti ACB, Brito MFP, Machado JP, Gabriel CS, Bernardes A. Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem. Cogitare Enferm. 2014; 19(3):491-7.
3. Bohomol Elena, Cunha Isabel Cristina Kowal Olm. Ensino sobre segurança do paciente no curso de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Einstein (São Paulo) [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Mar 24]; 13(1): 7-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3089>.
4. Conselho Regional de Enfermagem. Decreto 94.406/87. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. [Internet]. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/decreto-n-9440687-dispoe-sobre-o-exercicio-da-enfermagem-e-da-outras-providencias_767.html
5. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. Resolução COFEN 311/2007 Aprova a reformulação do Código de ética dos profissionais de enfermagem. [Internet]. <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
6. Duarte Sabrina da Costa Machado, Queiroz Ana Beatriz Azevedo, Büscher Andreas, Stipp Marluci Andrade Conceição. Human error in daily intensive nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Mar 24]; 23(6):1074-1081. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601074&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>.
7. Ribeiro Gabriella da Silva Rangel, Silva Rafael Celestino da, Ferreira Márcia de Assunção, Silva Grazielle Rezende da. Slips, lapses and mistakes in the use of equipment by nurses in an intensive care unit. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2016 June [cited 2017 Mar 24]; 50(3):419-426. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300419&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201600004000007>.
8. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009. 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 [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
9. Santos JS, Lima LM, Melo IA. Sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão bibliográfica. Ciências Biológicas e da Saúde. 2014; 2(2): 59-68.
10. Fontanella Bruno Jose Barcellos, Luchesi Bruna Moretti, Sidel Maria Giovana Borges, Ricas Janete, Turato Egberto Ribeiro, Melo Débora Gusmão. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 Feb [cited 2017 Mar 24]; 27(2): 388-394. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 2010.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
13. Soares Mirelle Inácio, Resck Zélia Marilda Rodrigues, Terra Fábio de Souza, Camelo Silvia Helena Henriques. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Mar 24]; 19(1): 47-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>.
14. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo - COREN-SP. 10 passos para a segurança do paciente. Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente - REBRAENSP - Polo São Paulo, 2010. [Internet]. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/node/34758>
15. Garcia RT. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. Esc Anna Nery 2016;20(1):5-10
16. Silva RS, Almeida ARLP de, Oliveira FA de, Oliveira AS, Sampaio M do R de FB, Paixão GP do N. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. Enferm. Foco 2016; 7(2): 32-36.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APLICABILIDADE DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

Silvana Bastos Cogo¹, Valéria Lerch Lunardi², Elisabeta Albertina Nietsche³

Objetivo: compreender como os enfermeiros entendem a aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no cuidado em final de vida. Metodologia: pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com oito enfermeiros de um hospital universitário do Sul do Brasil, em dezembro de 2014, a partir de entrevistas semiestruturadas, submetidas à análise textual discursiva. Resultados: emergiram três categorias: conflitos na assistência ao doente em fase final; vantagens e dificuldades à aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade; benefícios na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade pela enfermagem. Conclusão: as diretivas antecipadas estão relacionadas ao respeito da autonomia pessoal, entretanto uma prática cercada por medos e receios ao seu cumprimento.

Descritores: Ética em Enfermagem, Diretivas Antecipadas, Autonomia Pessoal.

CONSIDERATIONS REGARDING THE NURSE'S ACTIVITIES IN THE APPLICABILITY OF THE ANTECIPATED INTENTION DIRECTIVE

Objective: to understand how nurses understand the applicability of early intension directives in the care of the last phases of life. Methodology: qualitative, descriptive and exploratory research, carried out with eight nurses from a university hospital in the south of Brazil, in December 2014, based on semi-structured interviews, submitted to discursive textual analysis. Results: three categories emerged: conflicts in patient care in the final phase; Advantages and difficulties in the applicability of anticipated directives of intention; Benefits in the applicability of the anticipated intension directives by the nursing. Conclusion: The anticipated directives are related to the respect of personal autonomy, however a practice surrounded by fears and concern of its fulfillment.

Descriptors: Nursing Ethics, Anticipated Directives, Personal Autonomy.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ATUACIÓN DEL ENFERMERO EN LA APLICABILIDAD DE LAS DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VOLUNTAD

Objetivo: comprender cómo las enfermeras entienden la aplicabilidad de las directrices anticipadas de voluntad en la atención al final de la vida. Metodología: investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada con ocho enfermeras de un hospital universitario en el sur de Brasil, en diciembre de 2014, a partir de entrevistas semiestruturadas sometidos a análisis textual discursiva. Resultados: Tres categorías: surgieron conflictos en la atención prestada a los pacientes en la etapa final; ventajas y dificultades de la aplicación de las directivas anticipadas de voluntad; Beneficia a la aplicabilidad de las directrices anticipadas de voluntad por parte de enfermería. Conclusión: Las instrucciones previas están relacionados con el respeto de la autonomía personal, sin embargo un lugar cercado por los temores y preocupaciones a su cumplimiento.

Descriptores: Ética en Enfermería, Directivas Antecipadas, Autonomía Personal.

¹Enfermeira, Doutora, Universidade Federal de Santa Maria. Email: silvanabastoscogo@gmail.com

²Enfermeira, Doutora, Universidade Federal do Rio Grande.

³Enfermeira, Doutora, Universidade Federal de Santa Maria.

INTRODUÇÃO

Os recursos tecnológicos avançam com desmedida velocidade e, na área da saúde, os tratamentos capazes de curar as diversas enfermidades elevaram a expectativa de vida e o prolongamento do tempo de vida saudável das pessoas. Entretanto, diante da possibilidade do uso de avançados recursos tecnológicos, há o risco da perda do bom senso perante um doente em final de vida, prolongando, assim, seu processo de morrer⁽¹⁾.

É nessa perspectiva que surgem as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) que, conforme a Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina, trata-se de um conjunto de desejos, prévio e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade⁽²⁾. As DAV propõem um desafio de reconhecimento da autonomia dos pacientes nos processos decisórios dos tratamentos que repercutem diretamente nas relações entre médico e paciente, médico e família do paciente, e médico com a equipe assistencial⁽³⁾.

No cenário internacional, onde há legislação sobre a prática das DAV, como por exemplo, Estados Unidos da América, Espanha, Portugal e Argentina, embora a temática ainda suscite dificuldades de aplicação, sob o ponto de vista do cumprimento pelos profissionais e familiares das vontades manifestadas, além dos limites impostos às restrições de tratamento, ela é bem aceita pela população, pacientes e profissionais da saúde⁽⁴⁻⁶⁾. No cenário brasileiro, as contribuições sobre as DAV, em geral, envolvem análises teóricas de natureza filosófica e jurídica^(1,3,7-8), resultados de pesquisas realizadas com seres humanos⁽⁹⁻¹³⁾, destacando-se que diversas pessoas, mesmo do meio científico, ainda não conhecem esse tema.

Nessa perspectiva, acredita-se que desvelar o entendimento atribuído pelos enfermeiros às DAV auxiliará na assistência aos pacientes em fase final. A enfermagem, por atuar diretamente com o paciente, e por diversos momentos ser por ele solicitada, assim como por seus familiares, deveria ser conhecedora da possibilidade de opção das DAV e, além disso, não podendo ser alheia ao processo de planejamento, concepção e cumprimento das DAV⁽¹⁾.

Assim, parte-se do pressuposto de que os benefícios das diretivas antecipadas não são exclusividades do paciente, que terá sua vontade assegurada, mas também oferecem respaldo aos profissionais da saúde que disporão de uma maior segurança para agir, uma vez que amparados na vontade expressa do próprio paciente. Destaca-se, também, a tão almejada resolução de problemas éticos e morais, perante os quais os profissionais da saúde são submetidos, quando os pacientes perdem sua capacidade autônoma^(1,3).

Desse modo, com a finalidade de contribuir para a reflexão sobre as questões éticas do final de vida, contribuindo com estudos sobre as DAV com evidências científicas na área da prática dos cuidados em saúde, justamente por ainda não se possuir regulamentação legal no Brasil, e pela carência de especificações sobre sua aplicabilidade pelos profissionais enfermeiros, delineou-se como questão de pesquisa: qual o entendimento da aplicação das DAV para os enfermeiros no cuidado em final de vida?

OBJETIVO

Compreender como os enfermeiros entendem a aplicabilidade das DAV no cuidado em final de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada em um hospital universitário de uma cidade no centro do estado do Rio Grande do Sul (RS), durante o período de dezembro de 2014. Participaram oito enfermeiros, sendo sete do sexo feminino e um do sexo masculino, definidos pela saturação dos dados⁽¹⁴⁾. Os critérios de seleção dos participantes adotados foram: enfermeiros atuantes na unidade de clínica médica e no serviço de internação domiciliar por pelo menos seis meses.

A escolha pelos enfermeiros e referidas unidades justificou-se por entender-se que se caracterizam por atender e assistir doentes em fase final. Consequentemente, tais unidades tratam-se de ambientes repletos de vivências de situações conflituosas e de dilemas éticos suscitados pelo processo de terminalidade.

A coleta dos dados iniciou-se após uma aproximação com os profissionais, a fim de conhecê-los e indagar sobre seu interesse em participar da pesquisa. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos e a estratégia de coleta de dados. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram gravadas digitalmente.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em um único encontro no ambiente hospitalar, em salas privativas, enfocando as seguintes questões norteadoras: respeito à autonomia do paciente, conhecimento e vivências profissionais sobre a aplicabilidade das DAV e a atuação diante da presença das DAV. As entrevistas foram transcritas na íntegra e as falas passaram por correções gramaticais. Após a análise textual discursiva⁽¹⁴⁾, emergiram três categorias: conflitos na assistência ao doente terminal; dificuldades à aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade; e benefícios na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade pela enfermagem.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, sob o Parecer nº. 168/2014. Os depoimentos foram identificados por código (ENF) seguido de número ordinal, de forma a garantir o sigilo e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados, emergiram três categorias, que são apresentadas logo a seguir:

Conflitos na assistência ao doente em fase final

O (des)respeito às vontades dos pacientes em fase final de vida, as incertezas e ambiguidades quanto as condutas de tratamento pela equipe multiprofissional, a fragilidade de interação entre os profissionais da saúde, as incertezas de diagnóstico e prognóstico do paciente e os riscos de punições legais diante da limitação de um esforço terapêutico são questões conflituosas que podem ocasionar desconfortos ao encarar a situação de cuidados ao doente em final de vida, especificamente à possibilidade de aplicabilidade das DAV: *Os profissionais ficariam mais tranquilos e seguros em relação às condutas, porque é angustiante. (...) tu vais reanimar só por que a família está ali (ENF.7); Os riscos de processos contra a enfermagem seriam menores, porque, muitas vezes por deficiências de registros e comunicação, ficamos fragilizados legalmente (ENF.2); Às vezes um plantonista diz uma coisa e outro plantonista outra conduta. O que fazer? (ENF. 5)*

Dificuldades à aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade

A prática das DAV é incipiente no Brasil e suscita questionamentos quanto a sua aplicabilidade. À enfermagem, parte integrante da equipe que atua nos cuidados e aplicação das limitações de terapêutica em final de vida, o desafio é aparente considerando as dificuldades que a aplicação das DAV impõe no contexto da assistência de enfermagem.

Nesse âmbito, há limitações na aplicação das DAV pela enfermagem, pela inexistência de uma legislação que subsidie essa conduta repercutindo em uma atuação centrada no medo de punições legais, além da falta de sincronia nas condutas diante de uma solicitação do paciente. Soma-se, ainda, o receio pelo fato de cumprir algo que foi manifestado previamente, mas que, talvez, não corresponda aos desejos no presente; além disso, a possibilidade do enfermeiro abandonar o paciente, considerando a ideia que ele não quer os investimentos para prosseguir com a sua vida: *Eu faria tudo que está dentro do legal, eu não iria me expor e responder um processo. As pessoas fazem algo não por convicção, mas para não se incomodar (ENF8); Eu fico com receio e medo; supondo que o paciente faça (DAV) e precise*

usar, se acontecer e querer mudar a ideia e não poder (ENF1). Me preocupa ele ter pedido que não fosse feito nada e a gente não vai mudar de decúbito, porque ele não quer ser reanimado, intubado. Há um descaso no cuidado e ele pode ser visto com um olhar diferente (ENF4).

Benefícios na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade pela enfermagem

Em geral, o conceito e a prática das DAV são desconhecidos pelos profissionais enfermeiros; entretanto, na pesquisa, as DAV se constituíram como a possibilidade de, a partir do cumprimento dos desejos manifestados previamente pelo paciente, respeitar sua autonomia pessoal em final de vida, propiciar o respaldo aos enfermeiros que atuarão amparados na vontade expressa do paciente, além de minimizar os conflitos entre os profissionais, bem como dos familiares do doente diante das decisões que envolvem o final de vida: *Com as DAV a gente faz a vontade do paciente que estava consciente quando decidiu (ENF.5); Os riscos de processos contra a enfermagem seriam menores, porque, muitas vezes por deficiências de registros e comunicação, ficamos fragilizados legalmente (ENF.2); Eu me sentiria amparada, pois trabalhamos com equipes grandes e isso ajudaria a diminuir o conflito profissional e ajudaria a instituição e as decisões não ficariam só para os familiares (ENF.8).*

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, muito se tem observado acerca da inserção dos assuntos relacionados à assistência aos doentes em fase final de vida, especialmente as DAV, o que significa tangenciar as mais delicadas crenças e convicções, uma vez que possibilita que as próprias pessoas realizem escolhas importantes acerca do rumo de suas vidas, ampliando-as ou as abreviando⁽¹⁵⁾. Assim, as DAV desmistificam a cultura centrada no paternalismo, que reduz o indivíduo a um paciente que deve aguardar, resignada e submissamente, que deliberações acerca de sua vida sejam tomadas por outros, sem que ele possa se manifestar ou decidir como quer ser tratado ou que tipo de práticas de intervenção está disposto a aceitar⁽⁷⁾.

Nesse sentido, as decisões que envolvem as limitações de esforço terapêutico, além da interação paciente e família, não devem ser adotadas sem que ocorra uma decisão multidisciplinar, necessidade também identificada pelos enfermeiros entrevistados, especialmente, pelo contexto permeado por questionamentos e incertezas, insuficiente interação profissional e temor de punições. Os estudos apontam que as DAV contribuem no sentido de amenizar aflições dos familiares quanto à responsabilidade de decidir sobre as condutas nas questões relacionadas ao fim da

vida^(6,16-17), também, evidenciados pelos enfermeiros, como verbalizado nos depoimentos.

A decisão de cada profissional deve considerar o conhecimento científico que sustenta o seu exercício profissional e a intervenção que vai prestar⁽¹⁸⁾; ou seja, para que as DAV sejam cumpridas, o médico e o enfermeiro decidem as intervenções baseadas, respectivamente, no conhecimento da medicina e no conhecimento científico da enfermagem amparados por lei de regulamentação profissional, o que reduziria as dificuldades evidenciadas pelos enfermeiros. Mesmo que a decisão não seja construída em equipe, sua implementação requer, necessariamente, a intervenção do médico e do enfermeiro, podendo acontecer que um decida em um determinado sentido e outro em sentido inverso⁽¹⁸⁾.

Os enfermeiros reconhecem que desempenhariam ação fundamental no exercício do direito à autodeterminação, facilitando a tomada de decisão dos doentes. São profissionais presentes não apenas no momento da morte, mas em todo o processo em que o doente e seus familiares tomam decisões de fim de vida⁽¹⁹⁾. Os enfermeiros devem respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar e suas ações necessitam visar a preservação da autonomia das pessoas⁽²⁰⁾.

A relevância da enfermagem, frente às DAV, deve-se também a um problema frequente, ou seja, a decisão de não realizar determinado procedimento, de não prestar um cuidado ou uma intervenção. Essas são sempre as decisões mais difíceis⁽¹⁸⁾, também percebida nas falas dos enfermeiros, principalmente diante do necessário apoio legal para suas tomadas de decisão, apesar de se constituírem no respeito aos desejos manifestos do paciente. O enfermeiro assume deveres para proteger e salvaguardar os direitos do cidadão a quem presta cuidados. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem prevê que a enfermagem deve respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte, sendo proibida de promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do paciente⁽²⁰⁾.

Ao ser confrontado com uma vontade expressa pelo doente, por vezes, o profissional de saúde ou cuidador debate-

se com situações complexas e questiona-se sobre a forma como deve agir perante o princípio da autonomia pessoal. É necessário o conhecimento das competências, deveres e obrigações profissionais, de forma a respeitar e proteger a vida como um direito fundamental das pessoas⁽¹⁾. Ademais, em pesquisa realizada no RS com 23 profissionais da enfermagem, embora as DAV sejam reconhecidas como direito do paciente ou de seu familiar, elas podem entrar em conflito quando são diferentes das práticas da instituição, podendo não serem cumpridas; fundamentando-se no sentido de proteger, por não estarem de acordo com as práticas habituais dos serviços de saúde, no intuito de preservar a vida ou de proporcionar conforto ao paciente⁽¹⁰⁾.

Em vista disso, é que, recentemente, em pesquisa realizada no Brasil, foi constatado que as implicações legais são as que mais interferem nas ações dos profissionais da saúde diante das questões de fim de vida, implicando deixarem de realizar

o que acreditam ser o melhor para seus pacientes⁽¹³⁾, o que também pode ser depreendido nas manifestações de entrevistados. O fato de um enfermeiro respeitar ou não a vontade do doente, depende de uma escolha pessoal. Existem vários fatores, associados à cultura, história pessoal, experiência, valores, dentre outros, que contribuem para uma tomada de decisão, mas que não excluem seu caráter de liberdade porque o enfermeiro está consciente das suas possibilidades, pois possui o

conhecimento acerca da sua profissão e da organização do seu trabalho⁽¹⁹⁾.

Em pesquisa realizada com 139 enfermeiros, em Portugal, para conhecer a percepção sobre as DAV, constatou-se que cerca de 95% dos enfermeiros não têm experiência de situações em que o doente pode decidir apoiando-se em suas DAV, nem vivenciou situações em que o doente tenha sido informado sobre esse direito⁽¹⁾, o que também foi constatado nas entrevistas realizadas. Ainda, 72,7% dos enfermeiros manifestaram-se disponíveis para refletir com o doente a elaboração do documento; contudo, 45,3% só o fariam se o doente ou os familiares o solicitassem⁽¹⁾.

Os resultados desse estudo devem ser interpretados à luz de várias limitações. Essa pesquisa foi realizada em apenas duas unidades de um hospital na região central do Rio Grande do Sul, cujas experiências de enfermeiros podem

“A decisão de cada profissional deve considerar o conhecimento científico que sustenta o seu exercício profissional e a intervenção que vai prestar”

diferir, em outros locais e ambientes hospitalares. Entretanto, considera-se que esses resultados conferem profundidade ao entendimento que as DAV constituem uma alternativa para proporcionar a autonomia do doente, a partir do cumprimento das suas vontades, apesar das limitações e conflitos que dificultam sua efetivação no contexto hospitalar.

CONCLUSÃO

A aplicabilidade das DAV está longe de encerrar as polêmicas que permeiam esse assunto, relacionadas à

sua aplicação; à expectativa que a vontade das pessoas corresponda à decisão final; à inserção do profissional de saúde no processo das DAV e se esse pode ou tem capacidade para alterar a decisão do paciente, além de outras dúvidas. Contudo, há que se destacar que essa prática está vigente no Brasil e a preocupação com os procedimentos a serem realizados no fim da vida devem ser inseridos nos espaços da sociedade, em especial nos espaços de formação dos profissionais da saúde, para que, efetivamente, seja garantido o direito a autonomia pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Neves MEO. Percepção dos Enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade [dissertação]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013. 135p.
2. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº. 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Diário Oficial da União 31 ago 2012 [atualizado em 28 maio 2015; acesso em 05 set 2013]; Seção 1:269-70. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf
3. Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. [Advance directives: a new challenge to the doctor-patient relationship]. Rev HCPA [Internet]. 2012 [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 05];32(3):358-62. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33981/22041> Portuguese.
4. Cucalón-Arenal JM, Marín-Ibáñez A, Cía-Gómez P, Blay-Cortés MG. [University students' opinions regarding end-of-life care]. FEM [Internet]. 2013 [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 05];16(3):181-6. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v16n3/original7.pdf> Spanish.
5. Evans N, Pasman HR, Vega Alonso T, Van den Block L, Miccinesi G, Van Casteren V, et al. End-of-life decisions: a cross-national study of treatment preference discussions and surrogate decision-maker appointments. Plos One [Internet]. 2013 [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 05];8(3):57965. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23472122>
6. Keam B, Yun YH, Heo DS, Park BW, Cho CH, Kim S, et al. The attitudes of Korean cancer patients, family caregivers, oncologists, and members of the general public toward advance directives. Support Care Cancer [Internet]. 2013 May [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 05];21(5):1437-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23262809>
7. Bussinguer ECA, Barcellos IA. [The right to live one's own death and its constitutionality]. Cien Saude Colet [Internet]. 2013 [Internet]. 2013 [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 03];18(9):2691-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a24.pdf> Portuguese.
8. Dadalto L. [Legal repercussions of the Resolution CFM 1.995/12]. Rev Bioét [Internet]. 2013 [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 03];21(1):106-12. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/791/861 Portuguese.
9. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. [Advanced directive: a Brazilian model]. Rev Bioét [Internet]. 2013 [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 05];21(3):463-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/allv21n3.pdf> Portuguese.
10. Cassol PB, Quintana AM, Velho MTAC. Diretiva antecipada de vontade: percepção de uma equipe de enfermagem da hemato-oncologia. J Nurs Health, 2015;5(1):04-13.
11. Chehuen Neto JA, Ferreira RE, Silva NCS da, Delgado AH de A, Tabet CG, Almeida GGet al. Living will: What do healthcare professionals think about it?. Rev. Bioét. [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Apr 01]; 23(3):572-582. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300572&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233094>.
12. Silva JAC da, Souza LEA de, Costa JLF, Miranda H da C. Knowledge of medical students regarding living wills. Rev. Bioét. [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Nov 01]; 23(3): 563-571. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300563&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233094>.
13. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS. Challenges to implementation of advance directives of will in hospital practice. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):969-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0085>
14. Moraes R, Galiazzi MC. Análise Textual Discursiva. 2ª ed. Rev. Ijuí: Unijui; 2013.
15. Xavier MP. Declaração prévia para o fim da vida: Análise a partir do contexto brasileiro contemporâneo. In: DADALTO, Luciana (coord). Diretivas Antecipadas de Vontade: Ensaio sobre o direito à autodeterminação. 1. ed. Belo Horizonte: Letramento, 2013. 281p.
16. Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velásquez-Jiménez CM, Jaramillo MS. [Terminally-ill patients' end of life problems and related decisions]. Rev Salud Public [Internet]. 2012 Jan-Feb [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 03];14(1):116-28. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n1/v14n1a10.pdf> Spanish.
17. Schenker Y, Crowley-Matoka M, Dohan D, Tiver GA, Arnold RM, White DB. I don't want to be the one saying 'we should just let him die': intrapersonal tensions experienced by surrogate decision makers in the ICU. J Gen Intern Med [Internet]. 2012 Dec [updated 2015 May 28; cited 2014 Nov 03];27(12):1657-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23011253>
18. Deodato S. Manifestação antecipada de vontade e exercício de Enfermagem. Ordem dos enfermeiros, n. 36, 2010.
19. Przenyczka RA, Lenardt MH, Mazza V de A, Lacerda MR. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2012 June [cited 2016 Oct 20]; 21(2): 427-431. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000200022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200022>.
20. Cofen. Resolução 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/codigoeticaenfermagem.htm>. Acesso em: 10 jun 20

MOODLE NO PROCESSO EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DO ALUNADO

Ronaldo de Souza Moreira Baia¹, Esleane Vilela Vasconcelos¹, Sílvio Éder Dias da Silva², Karina de Oliveira Freitas³, Lúcia Hisako Takase Gonçalves²

Objetivo: avaliar parte do ensino de graduação em enfermagem na modalidade de ensino à distância, adotando-se a plataforma MOODLE, *Modular Object-Oriented Dynamics Learning Environment*, e suas ferramentas. **Metodologia:** pesquisa ação, desenvolvida na disciplina de Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva, utilizando 20% de sua carga horária na modalidade de ensino a distância, com a participação de 52 estudantes, e devida orientação do corpo discente e docente, com vistas a buscar prática educacional inovada. **Resultados:** avaliação quantitativa resultou em significativa adequação do MOODLE no processo de ensino de enfermagem. **Conclusão:** da avaliação da perspectiva do alunado, infere-se que a adoção da plataforma MOODLE, como parte do ensino da enfermagem, representa prática inovada e benéfica, propondo-se seu uso nas disciplinas, em 20% da carga horária de educação a distância.

Descritores: Enfermagem, Educação a Distância, Bacharelado em Enfermagem, Avaliação Educacional.

MOODLE IN THE EDUCATIONAL PROCESS OF NURSING: EVALUATION FROM THE STUDENTS' PERSPECTIVE

Objective: to evaluate part of the teaching in nursing undergraduate in distance learning modality adopting the MOODLE platform - *Modular Object-Oriented Dynamics Learning Environment* and its tools. **Methodology:** action research developed in the Nursing subject at the Intensive Care Center, using 20% of the workload in distance teaching mode, with the participation of 52 students, and adequate orientation of students and faculty regarding an innovative educational practice. **Results:** quantitative-qualitative assessment that led to a significant adequacy of MOODLE in the nursing teaching process. **Conclusion:** From the evaluation of the students' perspective, it is possible to deduce that the adoption of MOODLE platform as part of the nursing teaching represents an innovative and beneficial practice, proposing its use in nursing subjects and 20% of distance learning education hours.

Descriptors: Nursing, Distance Education, Bachelor in Nursing, Educational Evaluation.

MOODLE EN EL PROCESO EDUCACIONAL DE LA ENFERMERÍA: EVALUACIÓN EN LA PERSPECTIVA DEL ALUMNADO

Objetivo: evaluar parte de la enseñanza de la graduación en enfermería en la modalidad de enseñanza a distancia adoptándose la plataforma MOODLE, *Modular Object-Oriented Dynamics Learning Environment*, y sus herramientas. **Metodología:** investigación - acción desarrollada en la disciplina de Enfermería en el Centro de Terapia Intensiva, utilizando 20% de su carga horaria en la modalidad de enseñanza a distancia, con la participación de 52 estudiantes y la debida orientación del cuerpo docente y docente, con el objetivo de buscar una práctica educacional innovada. **Resultados:** evaluación cuantitativa-qualitativa que resultó en una significativa adecuación del MOODLE en el proceso de enseñanza de la enfermería. **Conclusión:** De la evaluación de la perspectiva del alumnado se infiere que la adopción de la plataforma MOODLE, como parte de la enseñanza de la enfermería, representa una práctica innovada y benéfica. La misma se propone para su uso en las disciplinas de enfermería, en 20% de la carga horaria de la educación a distancia.

Descriptores: Enfermería, Educación a Distancia, Licenciatura en Enfermería, Evaluación Educacional.

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente Universidade Federal do Pará-UFPA.

²Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente UFPA.

³Enfermeira. UFPA.

INTRODUÇÃO

A plataforma MOODLE, acrônimo de *Modular Object-Oriented Dynamics Learning Environment*, foi homologada, no Brasil pelo Ministério da Educação, como instrumento oficial para educação a distância. Tal tecnologia oferece um ambiente de atividade social, que focaliza a aprendizagem que acontece enquanto se constroem artefatos para que outros os vejam e os utilizem na propagação do conhecimento^(1,2); cada integrante do sistema tem um papel a desenvolver. Ao professor tutor, por exemplo, cabe orientar o processo de aprendizagem dos alunos, de forma a assegurar que objetivos do ensino sejam alcançados⁽¹⁻⁴⁾. Um dos recursos facilitadores do MOODLE é o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), mediado pela Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC). Tal *software* aplica o paradigma pautado na filosofia da pedagógica construtivista⁽⁵⁾.

Cabe enfatizar que o uso de Tecnologias Educacionais (TE) contribui não só para a aprendizagem dos estudantes, mas para a troca de experiências entre os atores envolvidos, de forma a produzir pertinência científica e social, gerar novos conhecimentos e contribuir para o avanço do ensinar uma disciplina implicada.^(6,7)

A incorporação na docência da enfermagem dessa TE pode contribuir para maior eficiência do ensino, uma vez que se trata de instrumento facilitador aplicável em quaisquer disciplinas do curso de graduação, desde que atendidos os requerimentos legais. Assim, o presente estudo teve o propósito de, em regime de teste, adotar o MOODLE como estratégia educacional da disciplina de Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva – ECTI, do curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública, na capital do estado do Pará e, avaliar seu desempenho, da perspectiva do alunado.

METODOLOGIA

O estudo, uma pesquisa-ação de natureza educacional⁽⁸⁾, se desenvolveu, durante o semestre letivo de 2014, implementando-se o programa de ensino da ECTI, previamente organizado pelo corpo docente, incluindo o pesquisador, segundo os cânones de uso da plataforma MOODLE, junto a 52 alunos do 6º semestre do Curso de Enfermagem da UFPA.

A pesquisa-ação, de grande aplicação nas ciências humanas e sociais, é uma modalidade de pesquisa que se destaca por seu caráter de atuação conjunta entre pesquisador e participantes do estudo, com o propósito de buscar mudanças e inovações em situações práticas vigentes⁽⁸⁾.

O desenvolvimento do MOODLE limitou-se ao ensino de unidades curriculares selecionadas, em 20% da carga horária total da disciplina, permitido por lei como ensino a distância, no conjunto da disciplina ECTI.

Os estudantes, participantes do estudo, foram previamente informados quanto à pesquisa. Aceitando participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), submetendo-se aos procedimentos preparatórios para realização da disciplina, na modalidade semipresencial, com o aval da Diretoria da Faculdade. Assim, matricularam-se na sala virtual de Curso a Distância intitulada ECTI, da Assessoria de Educação a Distância da Universidade do Pará – AEDI/UFPA, antes do início das atividades curriculares do semestre, como usuários com senha pessoal, para acessar qualquer computador com *internet*. Os alunos foram capacitados para o acesso a diversas funcionalidades disponíveis no sistema MOODLE.

Os procedimentos da proposta ocorreram concomitantemente: ora o corpo docente e o pesquisador desempenhando o papel de docentes, orientando, acompanhando, controlando, respondendo dúvidas ou pedidos de ajuda dos estudantes; ora o alunado cumprindo as determinações requeridas de estudo programado, passo a passo, acessando as ferramentas do MOODLE; ora o pesquisador cumprindo sua função, observando, mantendo registro sistemático dos dados, indagando sobre a emergência de fatos novos.

Realizada a experiência educacional, o alunado respondeu ao questionário adaptado e validado de Peixoto⁽⁹⁾, de avaliação do ensino baseado em MOODLE interativo, compreendendo as dimensões: estratégias aplicadas a atividades; interface gráfica; habilidade do tutor; estratégia de estudo - hábitos de estudo e procedimentos seguidos pelo aluno; ambiente de estudo e de interação. Respondeu, ainda, a questões abertas para uma avaliação subjetiva, bem como a avaliações de desempenho na disciplina. Os dados quantitativos foram tratados com os recursos da estatística descritiva e os dados subjetivos submetidos à análise temática.

Respeitando os preceitos da Resolução n. 466/2012/CNS/MS, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPA/ICS, CAAE nº 44392315.9.0000.0018.

RESULTADOS

A atividade curricular da ECTI em questão, de ensino a distância com adoção do MOODLE, iniciou-se com evento presencial de aula inaugural ministrada pela equipe da Assessoria de Educação a Distância da UFPA e do corpo docente. Introduziu-se o alunado ao acesso à sala virtual e ao uso de todos os recursos planejados para o desenvolvimento de seis módulos, com temáticas específicas selecionadas da disciplina. Os docentes apresentaram aos alunos o desenvolvimento de cada módulo: conteúdo de estudo, objetivos educacionais, trabalhos acadêmicos, uso de estratégias indicadas, carga horária, data final de

encerramento das atividades e avaliação da aprendizagem.

Participaram 52 estudantes de enfermagem que cursavam o 6º semestre do curso. O perfil era de jovens com idade variando entre 20 e 37 anos, do sexo feminino (78,3%), não exercentes de atividade remunerada, com renda familiar de um a quatro salários mínimos.

Os estudantes manifestaram-se acerca dessa experiência educacional, atribuindo nota 8 ou mais (escala zero a 10), como modalidade válida e boa para complementar o ensino, recomendando seu uso como estratégia de ensino-aprendizagem. Considerando a avaliação quantitativa referente às dimensões do questionário e à análise dos dados subjetivos, os resultados foram agrupados em unidades temáticas, a seguir apresentadas.

1. MOODLE - Ferramenta Transformadora do Processo Ensino-Aprendizagem

Essa plataforma, diferente do modelo tradicional de ensino, permite a construção coletiva do conhecimento e promove autonomia e responsabilização dos alunos pela sua aprendizagem. Tal forma de levar o conhecimento para além da sala de aula é evidenciada de forma positiva pelos participantes: *"Foi bastante válida e inovadora, mostrou meio para dividirmos conhecimentos fora da sala. Lá tínhamos mais tempo para discutir assuntos da atividade curricular"* (R4); *"Foi uma experiência diferenciada. Como a ECTI é pouco "pesada", a plataforma contribuiu disponibilizando materiais para estudo e esclarecendo dúvidas"* (R8).

O MOODLE permitiu que dificuldades de vários alunos em compreender determinados assuntos fossem sanadas, pela possibilidade de criação de fóruns de discussão, adicionando material técnico-científico como artigos e vídeos.

As falas abaixo reforçam as palavras: interatividade e aprendizado, de maneira a evidenciar o quanto essa plataforma facilita o desenvolvimento das atividades acadêmicas com outros compromissos pessoais: *"A interação com os colegas e principalmente com os professores, assim como o conteúdo didático disponível, facilitam o estudo e aprendizado, principalmente a internet que você pode acessar onde você estiver"* (R29); *"Houve maior dinamismo e interação da turma com os professores e tutores e maior aprendizagem, pois estudar pelo MOODLE tornou-se mais leve e dinâmico"* (R36).

Assim, o papel do facilitador - o docente - se torna um desafio diário, pois o alunado requer do mediador um constante deslocamento de fonte de informações para uma atuação voltada a responder às necessidades de aprendizagem.

2. O Aluno - Coautor da Aprendizagem Colaborativa

Os alunos (36,9%) identificaram no MOODLE um ambiente cujo aprendizado é construído e compartilhado continuamente, quando observavam que a comunicação

fluía de maneira mais flexível e dinâmica. Contudo, dificuldades e pensamentos negativos permearam a busca de conhecimentos, o que pôde ser minimizado mediante adaptação e apoio: *"A experiência foi, a princípio, assustadora. Como aluna, mãe e esposa, confesso que o MOODLE me deixou preocupada, mas com o decorrer do semestre vi que não me atrapalhava nas funções domésticas, ele acabou me ajudando no estudo dos conteúdos por flexibilizar as atividades"* (R13); *"Inicialmente tive medo de não conseguir alcançar as metas. Fiquei parcialmente tranquila quando os professores/tutores me garantiram poder estudar, por disponibilizar prazos para interagir e apoio nas atividades"* (R35).

Os desafios de uma nova estratégia educacional podem levar os alunos a temer o desconhecido, considerando-o como intransponível. Nas suas falas, destacaram-se o medo do desconhecido, substituído pela autoconfiança ao se familiarizarem com as ferramentas da plataforma. *"A facilidade foi de poder encontrar conteúdos sobre determinados assuntos em um só lugar, podendo me aprofundar nos artigos, vídeos propostos pelos tutores e colegas da plataforma"* (R6); *"A organização da PAGE que nos direciona aos temas estimulava interesse de forma direta; os exercícios online empolgavam os alunos, faziam interesse dobrar, foi muito valioso"* (R40).

A adoção do MOODLE superou as expectativas, por não limitar os estudantes ao que lhes era pedido no tema proposto. Incentivando-os a buscar conhecimentos, por meio da integração de múltiplas mídias e recursos, suas discussões eram enriquecidas, reforçando a aprendizagem de modo interativo.

3. Entraves Possíveis na Utilização da Plataforma MOODLE

O processo ensino-aprendizagem é uma construção constante do aluno buscar formas de relacionar e somar saberes; os professores auxiliam, elaborando estratégias pedagógicas para facilitar o aluno e a sua interação em ambiente virtual. Contudo, muitos alunos encontravam dificuldades (47,8%) relacionadas ao não aproveitamento pleno de recursos do sistema por falta de tempo. *"O excesso de atividades de outras disciplinas do semestre nos limitava muito ao uso da plataforma, atividades que também mereciam dedicação"* (R12).

Observou-se que alunos necessitam de melhor planejamento na organização do tempo de estudo das disciplinas que compõem o bloco curricular do semestre, pois a plataforma MOODLE permite o acesso, a qualquer momento, de materiais para estudo e permanente interação com colegas, alunos e professores.

Por outro lado, os obstáculos mencionados pelos alunos, no contexto local de dificuldades técnicas, requerem

ser pensados e contornados, considerando a necessária disponibilidade do computador e de conexão de internet. “[...] eu acessava a internet nas horas vagas na própria universidade ou na casa de amigos, era um pouco frustrante, porque precisava me distanciar dos colegas para “caçar” computadores disponíveis, algumas vezes sem almoçar para postar algo “bacana” ou falhas de internet, no horário que dispunha para estudar” (R35).

Apesar dessas dificuldades, atualmente, o computador se tornou imprescindível fonte de estudo e de busca de material. Além do mais, a instituição de ensino permite, incondicionalmente, o uso das bibliotecas e dos laboratórios de informática aos alunos de cursos integrais, como o de enfermagem.

A plataforma MOODLE promove um aprendizado que mobiliza alunos a gerar e construir conhecimento autônomo em regime de colaboração: “Como acadêmico, na plataforma, aprendi a compartilhar conhecimentos, ideias, fazer reflexões e críticas com os colegas e professores, de modo que um fosse complementando o conhecimento do outro” (R11); “As diversas fontes da plataforma possibilitavam os alunos a construir suas próprias idéias a respeito de determinado assunto, em torno de um determinado autor” (R12).

Dessa maneira, os depoimentos (45%) mostram que esses alunos conseguiram identificar, na plataforma, um espaço de construção do conhecimento, com mais consistência, de conteúdos absorvidos de maneira crítica e reflexiva.

4. Avaliação do MOODLE - O Alunado Como Principal Avaliador

As reações dos alunos, aos procedimentos realizados e disponibilizados pelos docentes tutores da atividade curricular de ECTI, se resumem na avaliação dos procedimentos da estratégia MOODLE baseada em 17 itens, cuja pontuação em cada item variava de 1 a 10. As médias foram, em sua maioria, iguais ou superiores a 8, demonstrando desempenho semelhante entre os alunos. Ficou demonstrada a facilidade de manuseio da plataforma e semelhança de opiniões em torno da média, com valores próximos de excelência. Observou-se, ainda, que as respostas dos alunos revelaram qualidade no ambiente de estudo, com exceção nos procedimentos de conexão com a Internet, cuja avaliação foi de 6,7.

Tal desempenho, fruto de familiarização com o ambiente virtual de exploração de ferramentas, como Fórum, Biblioteca, Tira-dúvidas, Bibliografia, Arquivos para *download*, Mural de avisos, *Links* e Fotos, propiciaram participação nas diversas funcionalidades do MOODLE.

Por fim, a comparação de médias de avaliação obtida pelos alunos na disciplina ECTI, em sua parte de ensino presencial de 7,17 (DP 1,35) e a parte do ensino baseado em MOODLE de 7,95 (DP 1,44), resultou em diferença estatisticamente

significativa, segundo o teste estatístico t pareado (t -crítico = 2,0075; p = 0,0005).

DISCUSSÃO

A literatura científica aponta o uso das TIC como novo caminho para as metodologias de ensino-aprendizagem e nova possibilidade de educação em enfermagem, sustentada na construção do conhecimento pelo aluno e no desenvolvimento de capacidades como inovação, criatividade, autonomia, comunicação e colaboração⁽¹⁰⁻¹²⁾. Permite também maior interação e participação nas discussões de conteúdos propostos, pois o aluno deixa de ser um receptor passivo para se tornar ativo no processo ensino-aprendizagem⁽¹³⁾.

Essa postura de colaboração entre os envolvidos no ensino presencial é limitada pelo pouco tempo disponível em sala de aula; em contrapartida, a liberdade de participação se amplia pelo maior tempo disponível e acesso a diversos materiais sobre os temas em discussão. O MOODLE é mais do que um simples espaço de publicação de materiais: ele oferece ferramentas para estimular os alunos a buscar conhecimentos de acordo com sua necessidade e, em muitos casos, pudemos observar essa busca de novos domínios^(10,14).

De uma forma geral, os alunos revelaram que o processo de aprendizagem foi significativo, avaliando-se como sujeitos ativos imbuídos de compreensão em busca de novas informações e cujas motivações internas e conhecimentos prévios eram valorizadas, considerando que, a partir de sua postura ativa, construíam sua própria aprendizagem^(15,16). Sob a perspectiva dos alunos, o MOODLE possibilita uma boa comunicação, facilitando sua interação com o conteúdo e o professor responsável e facilitador no ensino-aprendizagem de ECTI, comprovadamente uma valiosa ferramenta de apoio ao ensino presencial. Destaca-se que o professor/tutor tem papel fundamental no sucesso do uso do MOODLE, pois é quem estimula a participação do aluno mediante interação, favorecendo o aprimoramento da construção do conhecimento, do estímulo ao raciocínio crítico e reflexivo, permitindo construir novos elos com a realidade⁽¹⁰⁾.

O estado do Pará tem a particularidade de sua grande extensão territorial, com alguns municípios contando apenas com acesso fluvial. Além disso, deve-se considerar a baixa qualidade de conexão de acesso à *internet*. Nesse particular, a avaliação dos alunos, com média de 6,7 pela baixa conexão de *internet*, é fato relevante e pertinente, configurando-se como um dos fatores que podem dificultar o uso da plataforma MOODLE no ensino, no contexto regional em questão.

Para conferir a eficácia do ensino por adoção do MOODLE, como uma TIC alternativa, a comparação de médias obtidas pelos estudantes na avaliação da disciplina, da parte de unidades modulares de ensino com uso do MOODLE com a de unidades de ensino sem seu uso, resultou em diferença

estatisticamente significativa. De fato, o método MOODLE permitiu que os alunos melhorassem seu desempenho como: conciliação da atividade curricular com outras atividades; acesso ao computador nos horários disponíveis para estudo; e habilidade e disponibilidade dos docentes, direcionando atividades e interações esclarecedoras sobre assuntos abordados. A liberdade em desenvolver estudos tende a potencializar as capacidades específicas de cada aluno, ajudando-o a obter crescimento intelectual e a consciência de que será um futuro profissional, de forma que se sinta impulsionado a buscar um aprendizado com qualidade⁽¹⁷⁾.

Embora o presente estudo tenha a limitação de ter se realizado em contexto de uma única testagem e restrito, tal resultado tem a corroboração de uma pesquisa experimental mais ampla, realizada em uma Faculdade de Enfermagem de São Paulo, com o mesmo objeto de estudo⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Na perspectiva dos alunos, o MOODLE se mostrou importante ferramenta de auxílio ao processo ensino-aprendizagem, por permitir maior interação dos alunos entre si e com os professores, promovendo a construção compartilhada do conhecimento. O MOODLE se configurou como espaço educativo alicerçado nos princípios da andragogia e da criatividade dos discentes, cuja interação dialética entre teoria e prática fortalecia a noção de que o aprendizado ocorre mais eficientemente em ambientes colaborativos.

Tal constatação de avaliação do MOODLE, como valiosa ferramenta de ensino da enfermagem, impõe-nos propor seu uso nas disciplinas, em 20% da carga horária de EAD permitida por lei, por contribuir para um ensino mais dinâmico, interativo e colaborativo, imprimindo um ensino alternativo e inovado das disciplinas de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Franco CP. A Plataforma Moodle como Alternativa para uma Educação Flexível. Rev EducaOnline. [Internet] 2010 [acesso em 2017 jan 18]; 4(1). Disponível em: <http://www.latec.ufrj.br/revistas/index.php?journal=educacionline&page=article&op=view&path%5B%5D=97>.
2. Souza APL, Silva DCS, Matos KC. A importância da utilização de ferramentas do MOODLE na educação a distância. Revista EDaPECI São Cristóvão (SE). 2015 set/dez; 15(3):656-69.
3. Prado C, Casteli COM, Lopes TO. The virtual environment of a research group: the tutors perspective. Rev Bras Enferm USP. 2012;46(1):246-51.
4. Avelino CCV, Borges FR, Inagaki CM, Nery MA, Goyata SLT. Desenvolvimento de um curso no Ambiente Virtual de Aprendizagem sobre a CIPE. Acta Paul Enferm. 2016; 29(1):69-76. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600010>
5. Alves ED, Ribeiro LSN, Guimaraes DCSM, Costa CMA, Peixoto HM, Martins EF et al. MOODLE - folio para o ensino em saúde e enfermagem: avaliação do processo educacional. Rev Eletr Enf [Internet]. 2012 [acesso 2015 set 20];14(3):473-82. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a03.htm>.
6. Nespoli G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. Interface (Botucatu). 2013 out/dez;17(47):873-84.
7. Costa PB, Prado C, Oliveira LFT, Peres HHC, Massarollo MCKB, Fernandes MFP et al. Fluência digital e uso de ambientes virtuais: caracterização de alunos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [online]. 2011 [acesso 2015 set 20];45(esp):1589-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/v45nspea08.pdf>.
8. Mallmann EM. Pesquisa-ação educacional: preocupação temática, análise e interpretação. Cadernos de Pesquisa. 2015; 45(155):76-98.
9. Peixoto HM. Avaliação de disciplinas semipresenciais de graduação e pós-graduação na área de promoção da Saúde na Universidade de Brasília [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2012.
10. Crivelaro LP, Garbin MC, Gallana LMR, Gambaro B, Pereira NR. O comportamento do aluno em um curso a distância dentro do ambiente MOODLE: contrapontos entre a ótica inicial e seu uso atual. In: Amaral SF, Souza MIF, Garbin MC. Ambientes virtuais de ensino-aprendizagem. Campinas (SP): FE/UNICAMP; 2010.
11. Lara EMO, Lima MFR, Mendes JDT, Lima VV, Petta HL. A arte de facilitar em um curso de especialização: tecendo com os fios das metodologias ativas. Rev Espac Saude. 2014; 15(1):870-1.
12. Nespoli G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. Interface (Botucatu). 2013 out/dez;17(47):873-84.
13. Cardoso PMO. O processo de interação na educação a distância na perspectiva do e-TEC Sergipe. In: VI Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade": [Internet]. Anais, 20 a 22 de setembro de 2012 [acesso 2015 set 20]; São Cristóvão (SE); 2012. p. 1-8. Disponível em: http://educonse.com.br/2012/eixo_08/PDF/63.pdf.
14. Grossi TH. O MOODLE como ferramenta de apoio ao ensino presencial em uma escola particular de ensino médio [dissertação]. Lavras (MG): Universidade Federal de Lavras, Minas Gerais; 2014.
15. Costa PB, Prado C, Oliveira LFT, Peres HHC, Massarollo MCKB, Fernandes MFP et al. Fluência digital e uso de ambientes virtuais: caracterização de alunos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [online]. 2011 [acesso 2015 set 20];45(esp):1589-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/v45nspea08.pdf>.
16. Alves ED. Ranços e avanços na utilização da internet para o ensino superior de enfermagem no Brasil. Rev Panam Enfermeria. 2004; 2(1):14-23.
17. Lillis S, Gibbons V, Lawrenson R. The experience of final year medical students undertaking a general practice run with a distance education component. Rural Remote Health. 2010;10(1):1268 [12-20].
18. DeDomenico EBL, Cohrs CR. Plataforma MOODLE na construção do conhecimento em Terapia Intensiva: estudo experimental. Acta Paul Enferm. 2016; 29(4):381-9.

ADESÃO ÀS MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA AO CATETER VENOSO CENTRAL

Alanna Gomes da Silva¹, Adriana Cristina de Oliveira²

Objetivo: verificar a adesão da equipe multiprofissional para as medidas de prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. **Metodologia:** estudo quase-experimental, realizado na unidade de terapia intensiva de um hospital de urgência e emergência. A população foi composta pelas equipes médicas e de enfermagem. A coleta de dados ocorreu em três fases distintas: Período pré-intervenção, Período de intervenção e Período pós-intervenção. As análises foram por meio de estatística descritiva e pelos testes χ^2 de Pearson e exato de Fisher. **Resultados:** verificou-se uma baixa adesão global pelos enfermeiros e técnicos, especialmente à higiene das mãos (22,7%) e desinfecção do hub (10,4%) e uma adesão de 100% da equipe médica ao utilizar a barreira máxima de precaução. **Conclusão:** mesmo com um resultado satisfatório para a inserção dos cateteres nos períodos pré e pós-intervenção, essas medidas não representam completa adesão pela equipe de enfermagem.

Descritores: Infecções Relacionadas a Cateter, Unidades de Terapia Intensiva, Cateteres Venosos Centrais.

ADHERENCE TO MEASURES TO PREVENT BLOODSTREAM INFECTION RELATED TO THE CENTRAL VENOUS CATHETER

Objective: To verify the multiprofessional staff adherence to measures to prevent bloodstream infection related to the central venous catheter. **Methodology:** A quasi-experimental study, carried out at an intensive care unit from emergency and urgency hospital. The population was composed by medical and nursing staff. Data collection took place in three distinct phases: Pre-intervention period, intervention period and post-intervention period. Analysis were made through descriptive statistics and Pearson's χ^2 and Fisher's exact tests. **Results:** There was a low overall adherence by nurses and technicians, especially to hand hygiene (22.7%) and hub disinfection (10.4%), and a 100% adherence from medical staff when using the maximum barrier of precaution. **Conclusion:** Even with a satisfactory result for catheters insertion in the pre- and post-intervention periods, these measures are not enough when the catheter maintenance measures are not fully adhered by the nursing team.

Descriptors: Catheter-Related Infections, Intensive Care Units, Central Venous Catheters.

ADHESIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO RELACIONADAS CON EL CATÉTER VENOSO CENTRAL

Objetivo: Determinar la adhesión de miembros del equipo multiprofesional para la prevención de infección del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter venoso central. **Metodología:** Estudio cuasi-experimental realizado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de emergencia y urgencia. La población estaba compuesta por el personal médico y de enfermería. La recolección de datos ocurrió en tres fases: periodo previo a la intervención; Período de intervención y después de la intervención. Los análisis fueron hechos por la estadística descriptiva y las pruebas de χ^2 de Pearson y la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** Se observó una baja de miembros en general por las enfermeras y los técnicos, especialmente higiene de las manos (22,7%) y la desinfección del hub (10,4%) y una membresía de 100% del personal médico usando la barrera máximo precaución. **Conclusión:** Incluso con un resultado satisfactorio para la inserción de catéteres en el pre y post-intervención, estas medidas no son suficientes cuando las medidas para el mantenimiento de los catéteres no se cumplen por completo por el personal de enfermería.

Descriptores: Infecciones Relacionadas con Catéteres, Unidades de Cuidados Intensivos, Catéteres Venosos Centrales.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. E-mail: alannagomessilva@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFMG.

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são definidas como uma condição local ou sistêmica resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou sua toxina, podendo se manifestar a partir de 48 horas após a internação⁽¹⁾.

Entre as IRAS mais frequentes está a infecção da corrente sanguínea e constitui umas das complicações relacionadas ao cateter venoso central (CVC) mais frequentes, dispendiosas, potencialmente letais, associando-se à elevada morbidade, com prolongamento do tempo de aumento dos custos de internação⁽²⁾.

No Brasil, dados referentes a 2015 reportam uma taxa de infecção da corrente sanguínea relacionada ao CVC em UTI de 5,1 para 1000 cateteres dia⁽³⁾; na Europa, 13,3 infecções para 1.000 cateteres dia⁽⁴⁾ e, nos Estados Unidos, estima-se em torno de 30.000 novos casos dessa infecção por ano⁽⁵⁾. A taxa de mortalidade por infecção relacionada ao CVC pode atingir até 69%⁽²⁾.

A redução das taxas de infecção requer uma abordagem global e multidisciplinar, incluindo intervenções comportamentais e educacionais de toda equipe envolvida na inserção e manutenção do CVC. O cumprimento das diretrizes é um passo essencial para melhoria das práticas de cuidado ao paciente em uso do CVC⁽⁶⁾.

Nesse contexto, monitorar a adesão às medidas para prevenção das infecções da corrente sanguínea relacionadas ao CVC dos profissionais pode ser uma estratégia que aponte lacunas e subsidie investimentos na melhoria das práticas assistenciais fundamentadas em treinamentos, educação continuada e *feedback* às equipes.

Com base no exposto, objetivou-se verificar a adesão da equipe multiprofissional às medidas para prevenção das infecções da corrente sanguínea relacionada ao CVC.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quase-experimental, realizado em uma UTI de 48 leitos de um hospital público de urgência e emergência de grande porte de Belo Horizonte, Minas Gerais, conduzido entre os meses de julho a novembro de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 53642016.1.0000.5149).

Foram elegíveis, como população de estudo, os profissionais que prestavam assistência direta ao paciente em uso do CVC (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), que concordassem participar do estudo após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu em três fases distintas:

Fase 1 - Período pré-intervenção: consistiu na observação direta das equipes médica e de enfermagem durante a inserção e manipulação do CVC. A observação foi feita por alunos de iniciação científica devidamente treinados, buscando amenizar o efeito Hawthorne. As sessões de observação foram distribuídas pelos turnos de trabalho diurno e noturno, de segunda a sexta-feira, com duração média de três horas por turno.

Fase 2 - Período de Intervenção: foi realizada uma intervenção lúdica por meio de um jogo de dados, contendo aspectos relacionados à inserção e à manutenção do CVC, sendo realizada pela própria pesquisadora. As intervenções ocorreram em grupo de três a seis profissionais. Aqueles que, por algum motivo, não conseguiram participar da intervenção, foram abordados em outra ocasião a fim de garantir que todos os profissionais tivessem recebido algum treinamento. Foram utilizados cartazes para comunicações visuais, afixados em pontos estratégicos do ambiente de trabalho para alertar os profissionais das medidas para prevenção da infecção da corrente sanguínea.

Fase 3 - Período pós-intervenção: objetivou avaliar o impacto das estratégias implementadas na fase 2 do estudo sobre a adesão às medidas para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionadas ao CVC. Foi realizado 60 dias após a intervenção, novamente conduzida por observação direta dos profissionais, utilizando o mesmo método e instrumento de observação da fase 1. No entanto, os dois alunos de iniciação científica que procederam essa observação foram diferentes daqueles que participaram da fase 1.

As análises foram realizadas com o auxílio do programa estatístico *Data Analysis and Statistical Software* (Stata), versão 14, por estatística descritiva. Para a comparação dos dados, foi realizado teste de Pearson quando o valor esperado foi >5 teste exato de Fisher para o valor esperado <5 . O nível de significância considerado para inferência estatística foi de 5% ($p = 0,05$) e o intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em consonância com as etapas da metodologia.

Fase 1 - Período pré-intervenção

Foram registradas 287 oportunidades ou indicações para prevenção das infecções da corrente sanguínea quanto aos cuidados durante a manutenção do CVC e a equipe médica foi observada em relação a oito inserções do CVC, sendo observadas oito inserções (Tabela 1).

Tabela 1 – Observação direta da equipe multiprofissional em relação às medidas para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao CVC no período pré-intervenção. Belo Horizonte, 2016

| Administração de medicamentos pelo CVC (Técnicos de Enfermagem) | Oportunidades globais = 192 n (%) |
|--|--|
| Higiene das mãos antes de administrar medicamentos (48 oportunidades) | |
| Higiene simples | 1 (2,1) |
| Desinfecção do hub (48 oportunidades) | 5 (10,4) |
| Uso de luva de procedimento (48 oportunidades) | 14 (29,2) |
| Higiene das mãos após administrar medicamentos (48 oportunidades) | |
| Higiene simples | 11 (22,9) |
| Fricção Alcólica | 2 (4,2) |
| Manipulação do curativo do CVC (Técnicos de Enfermagem) | Oportunidades globais = 39 n (%) |
| Higiene das mãos antes de manipular o curativo (13 oportunidades) | |
| Higiene simples | 1 (7,7) |
| Uso de luva de procedimento (13 oportunidades) | 10 (76,9) |
| Higiene das mãos após manipular o curativo (13 oportunidades) | |
| Higiene simples | 5 (38,5) |
| Troca do curativo do CVC (Enfermeiros) | Oportunidades globais = 56 n (%) |
| Higiene das mãos antes de trocar o curativo (14 oportunidades) | |
| Higiene simples | 6 (42,9) |
| Uso de luva estéril (14 oportunidades) | 11 (78,6) |
| Assepsia da pele do paciente (14 oportunidades) | 14 (100) |
| Higiene das mãos após trocar o curativo (14 oportunidades) | |
| Higiene simples | 6 (42,9) |
| Fricção Alcólica | 2 (14,3) |
| Inserção do CVC (Médicos) | Oportunidades = 8 n (%) |
| Preparo cirúrgico das mãos | 8 (100) |
| Uso da barreira máxima de precaução | 8 (100) |
| Assepsia da pele do paciente | 8 (100) |
| Higiene das mãos após inserção | |
| Fricção Alcólica | 4 (50) |

Observou-se uma baixa adesão às medidas para prevenção das infecções da corrente sanguínea relacionadas ao CVC. Das oportunidades observadas para higiene das mãos, a taxa de adesão total foi de 22,7% e, dessas, 20% foram higiene simples e 2,7% fricção alcólica.

Fase 2 - Período de Intervenção

Nessa fase, ocorreu o treinamento da equipe multiprofissional em relação às medidas para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao CVC. Participaram 138 funcionários. Desses, 24 (17,4%) eram médicos, 19 (13,8%) enfermeiros e 95 (68,8%) técnicos de enfermagem. O jogo de dados teve uma duração média de 25 minutos e foi realizado em grupos de três a seis profissionais, totalizando 41 sessões. Foram abordadas, durante a intervenção educativa, as medidas para prevenção da infecção no momento da inserção e manutenção do CVC.

Fase 3 - Período pós-intervenção

Após a intervenção, novamente, foram realizadas observações diretas da equipe médica e de enfermagem, totalizando 98 horas de observação, registrando-se 484 oportunidades para prevenção das infecções da corrente sanguínea quanto aos cuidados durante a manutenção do CVC. Pela equipe médica, foram observadas 10 inserções de CVC (Tabela 2).

Tabela 2 – Observação direta da equipe multiprofissional em relação às medidas para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao CVC no período pós-intervenção. Belo Horizonte, 2016

| Administração de medicamentos pelo CVC (Técnicos de enfermagem) | Oportunidades globais = 344 n (%) |
|--|--|
| Higiene das mãos antes de administrar medicamentos (86 oportunidades) | |
| Higiene simples | 3 (3,5) |
| Fricção Alcólica | 15 (17,4) |
| Uso de luvas de procedimento (86 oportunidades) | 34 (39,5) |
| Desinfecção do hub (86 oportunidades) | 11 (12,8) |
| Higiene das mãos após administrar medicamentos (86 oportunidades) | |
| Higiene simples | 6 (7) |
| Fricção Alcólica | 13 (15,1) |
| Manipulação do curativo do CVC (Técnicos de enfermagem) | Oportunidades globais = 36 n (%) |
| Higiene das mãos antes de manipular o curativo (12 oportunidades) | |
| Fricção Alcólica | 3 (25) |

| | |
|--|--|
| Uso de luvas de procedimento (12 oportunidades) | 7 (58,3) |
| Higiene das mãos após manipular o curativo (12 oportunidades) | |
| <i>Higiene simples</i> | 2 (16,7) |
| Troca do curativo do CVC (Enfermeiros) | Oportunidades globais = 104 n (%) |
| Higiene das mãos antes de trocar o curativo (26 oportunidades) | |
| <i>Higiene simples</i> | 6 (23,1) |
| <i>Fricção Alcólica</i> | 4 (15,4) |
| Uso de luva estéril (26 oportunidades) | 26 (100) |
| Assepsia da pele do paciente (26 oportunidades) | 26 (100) |
| Higiene das mãos após trocar o curativo (26 oportunidades) | |
| <i>Higiene simples</i> | 6 (23,1) |
| <i>Fricção Alcólica</i> | 1 (3,8) |
| Inserção do CVC (médicos) | Oportunidades = 10 (%) |
| Preparo cirúrgico das mãos | 10 (100) |
| Uso da barreira máxima de precaução | 10 (100) |
| Assepsia da pele do paciente | 10 (100) |
| Higiene das mãos após inserção | |
| <i>Higiene simples</i> | 3 (30) |
| <i>Fricção Alcólica</i> | 3 (30) |

Nessa fase, observou-se uma baixa adesão às medidas para prevenção das infecções da corrente sanguínea relacionadas ao CVC, especialmente no que se refere à administração de medicamentos pelo CVC e manipulação do curativo.

A comparação das observações diretas dos profissionais nos períodos pré e pós-intervenção está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Comparação das observações diretas dos profissionais nos períodos pré e pós-intervenção. Belo Horizonte, 2016

| Administração de medicamentos pelo CVC | Pré-intervenção n (%) | Pós-intervenção n (%) | Valor p |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Higiene das mãos antes de administrar medicamentos | | | |
| Sim | 1 (2,1) | 18 (20,9) | 0.003 |
| Não | 47 (98,9) | 68 (79,1) | |
| Uso de luvas de procedimento | | | |
| Sim | 14 (29,2) | 34 (39,5) | 0.230 |
| Não | 34 (70,8) | 52 (60,5) | |

| Manipulação do curativo do CVC | Pré-intervenção n (%) | Pós-intervenção n (%) | Valor p |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Desinfecção do hub | | | |
| Sim | 5 (10,4) | 11 (12,8) | 0.684 |
| Não | 43 (89,6) | 75 (87,2) | |
| Higiene das mãos após administrar medicamentos | | | |
| Sim | 13 (27,1) | 19 (22,1) | 0.516 |
| Não | 35 (72,9) | 67 (77,9) | |
| Higiene das mãos antes de manipular o curativo | | | |
| Sim | 1 (7,7) | 3 (25) | 0.322 |
| Não | 12 (92,3) | 9 (75) | |
| Uso de luvas de procedimento | | | |
| Sim | 10 (76,9) | 7 (58,3) | 0.319 |
| Não | 3 (23,1) | 5 (41,7) | |
| Higiene das mãos após manipular o curativo | | | |
| Sim | 5 (38,5) | 2 (16,7) | 0.378 |
| Não | 8 (61,5) | 10 (83,3) | |
| Higiene das mãos antes de trocar o curativo | | | |
| Sim | 6 (42,9) | 10 (38,5) | 0.787 |
| Não | 8 (57,1) | 16 (61,5) | |
| Uso de luva estéril | | | |
| Sim | 11 (78,6) | 26 (100) | 0.014 |
| Não | 3 (21,4) | 0 | |
| Higiene das mãos após trocar o curativo | | | |
| Sim | 8 (57,1) | 7 (26,9) | 0.060 |
| Não | 6 (42,9) | 19 (73,1) | |
| Higiene das mãos após inserção | | | |
| Sim | 4 (50) | 6 (60) | 1.000 |
| Não | 4 (50) | 4 (40) | |

Observou-se um aumento da adesão dos profissionais após a intervenção educativa entre as variáveis higiene das mãos antes de administrar medicamentos e uso de luvas na troca do curativo ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

A observação direta dos profissionais apontou para uma baixa adesão à higiene das mãos antes e após a administração de medicamentos, manipulação e troca do curativo, bem como no uso de luvas e desinfecção do hub, independente das fases do estudo.

A higienização das mãos é reconhecida como a prática mais efetiva na prevenção das IRAS. No entanto, apesar da sua importância, a adesão a essa prática permanece baixa nos serviços de saúde, com taxas mundiais de adesão de aproximadamente 38,7%⁽⁷⁾. Alguns estudos também confirmam esse resultado: uma revisão sistemática que incluiu 65 estudos realizados em UTI, a taxa média de adesão foi de 40%⁽⁸⁾. Em 446 oportunidades para higienização das mãos, a adesão dos profissionais em uma UTI no Brasil foi de 43,7%⁽⁹⁾. Com o objetivo de avaliar a adesão à higienização das mãos na prevenção de infecção da corrente sanguínea relacionada ao CVC, foi observado que a maioria dos profissionais não realizou a higienização das mãos antes e após as seguintes práticas avaliadas: troca do sistema de infusão (89,7%), administração de medicamentos (72,9%), troca e realização de curativo (73,1%)⁽¹⁰⁾. Quando a prática de higiene das mãos não acontece adequadamente favorece a transmissão cruzada de microrganismos, principalmente em pacientes críticos que apresentam maior possibilidade de serem colonizados ou infectados.

O uso de luvas entre os profissionais, para a realização dos procedimentos, foi maior que a higiene das mãos. Em estudo que avaliou a relação do uso de luvas com a adesão à higiene de mãos, foi observada menor higiene das mãos quando os profissionais faziam uso de luvas⁽¹¹⁾. De forma semelhante em outro estudo, foi observado que de 1.067 oportunidades de higienização das mãos, essa ocorreu em apenas 14,8% antes de usar luvas e, após a retirada das luvas, houve um aumento para 56,6%⁽¹²⁾. Desse modo, percebe-se que a higienização das mãos pode ser menos frequente quando o profissional faz uso de luvas.

A adesão à desinfecção do hub antes de administrar medicamentos pelo CVC também foi baixa. Em um estudo que avaliou as práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea, foi constatado que, de todas as medidas observadas durante a manipulação do cateter, a desinfecção do hub apresentou menor adesão (40%)⁽¹³⁾. Nos Estados Unidos, foi implementado um *bundle* de cuidados para o hub do cateter, sendo obtida, após sete meses de treinamento, uma adesão de 99% à desinfecção do hub antes da realização de medicamentos. Além disso, verificaram uma redução significativa em casos de sepse por Gram-negativo⁽¹⁴⁾. Os resultados reafirmam a importância do treinamento e educação continuada da equipe responsável pela manipulação do cateter, principalmente em relação a desinfecção do hub, visto que muitos profissionais desconhecem a técnica e sua finalidade.

Ressalta-se que, para inserção do CVC, a adesão ao preparo cirúrgico das mãos, uso da barreira máxima de precaução e assepsia da pele do paciente foram de 100% nos períodos pré e pós-intervenção. Tais resultados demonstram que a equipe médica seguiu corretamente o uso das medidas recomendadas para prevenção das infecções da corrente sanguínea durante a inserção do CVC.

No presente estudo, a intervenção educativa foi por meio de uma atividade lúdica com um jogo de dados, sendo uma proposta de treinamento

lúdico, justificado pelo fato de que os treinamentos devem ser dinâmicos e voltados, principalmente, para a sensibilização do profissional, com foco em normas e atitudes e não apenas na transmissão de informações. A educação aumenta o conhecimento, mas não necessariamente melhora a prática assistencial, não existindo uma associação direta de que a falta de conhecimento da equipe afeta o cumprimento das diretrizes⁽¹⁵⁾. Assim, o conhecimento é diferente da prática real do cotidiano, pois as pessoas agem de acordo com suas intenções e percepções, inspiradas por atitudes em relação ao comportamento e normas subjetivas⁽¹⁶⁾.

Quanto às limitações, pode-se apontar o seguimento prospectivo, devido às perdas, por férias e licenças saúde, durante as etapas da coleta de dados. O curto período para realização do estudo foi impeditivo para executar a etapa de educação continuada e analisar o seu impacto em longo prazo.

“foi observado que a maioria dos profissionais não realizou a higienização das mãos antes e após”

CONCLUSÃO

Durante a observação direta dos profissionais, a higiene das mãos antes e após a realização dos procedimentos e a desinfecção do hub antes de administrar medicamentos não foram aderidas complementemente pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Por outro lado, observou-se maior adesão da equipe médica ao utilizar todas as medidas de barreira

que são preconizadas durante a inserção do CVC, tanto no período pré-intervenção, quanto no pós-intervenção.

Diante dos achados, se reforça a importância de um maior investimento na discussão da prevenção da infecção da corrente sanguínea, bem como na educação continuada das equipes em suas fragilidades demonstradas no presente estudo, especialmente às medidas de manutenção do CVC.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. [Internet] 2011 [cited 2017 Jan 10]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf
2. Gahlot R, Nigam C, Kumar V, Yadav G, Anupurba S. Catheter-related bloodstream infections. *Int J Crit Illn Inj Sci* [Internet] 2014 [cited 2017 Jan 10]; 4(2):162-167. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093967/>
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Avaliação dos indicadores nacionais de infecção relacionada à assistência ano de 2014 e relatório de progresso. Brasília. 2015;6(11):1-37.
4. Mok O. How I diagnose and manage catheter-associated blood stream infections. *J Paediatr Child Health* [Internet] 2015 [cited 2017 Jan 10]; 25(5):243-244. 4(2):162-167. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093967/>
5. National Healthcare Safety Network. Patient Safety Component Manual. 2017 [cited 2017 Jan 5]. Available from: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020). Brasília. 2016;1:1-38
7. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva [Internet] 2009 [cited 2017 Jan 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
8. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet] 2010 [cited 2017 Jan 10]; 31(3): 283-294. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20088678>
9. Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Rev Gaucha Enferm* [Internet] 2015 [cited 2017 Dec 5]; 36(4): 21-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000400021&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Oliveira FJG, Caetano JA, Silva VM, Almeida PC, Rodrigues AB, Siqueira JF. O uso de indicadores clínicos na avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea. *Texto contexto enferm* [Internet] 2015 [cited 2017 Dec 5]; 24(4): 1018-1026. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000401018&script=sci_arttext&tlng=pt
11. Fuller C, Savage J, Besser S, Hayward A, Cookson B, Cooper B et al. "The dirty hand in the latex glove": a study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet] 2011 [cited 2017 Dec 5]; 32(12): 1194-1199. Available from: http://www.abih.net.br/wp-content/uploads/Fuller-et-al_-_ICHE-Dez2011.pdf
12. Ghorbani A, Sadeghi L, Shahrokhi A, Mohammadpour A, Addo M, Khodadadi E. Hand hygiene compliance before and after wearing gloves among intensive care unit nurses in Iran. *Am J Infect Control* [Internet] 2016 [cited 2017 Dec 5]; 44(11): 279-281. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655316304175>
13. Jardim JM, Lacerda RA, Soares NJD, Nunes BK. Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea em um hospital governamental. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet] 2013 [cited 2017 Mar 20]; 47(1): 38-45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100005
14. Sannoh S, Clones B, Munoz J, Montecalvo M, Parvez B. A multimodal approach to central venous catheter hub care can decrease catheter-related bloodstream infection. *Am J Infect Control* [Internet] 2010 [cited 2017 Feb 14]; 36(8): 424- 429. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655309009493>
15. Ward V, Smith S, House A, Hamer S. Exploring knowledge exchange: a useful framework for practice and policy. *Soc Sci Med* [Internet] 2012 [cited 2017 Feb 14];74(3):297-304. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611005922>
16. Comer A, Harris AD, Shardell M, Braun B, Belton BM, Wolfsthal, SD et al. Web-Based Training Improves Knowledge about Central Line Bloodstream Infections. *Infection Control and Hospital Epidemiology* [Internet] 2011 [cited 2017 Jan 12]; 32(12):1219-1222. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3331708/>

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À PRÁTICA DA DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

Ciro Félix Oneti¹, David Márcio de Oliveira Barreto², Elaine Lutz Martins²

Objetivo: analisar a produção científica acerca da percepção dos profissionais e estudantes de enfermagem diante da prática da distanásia e ortotanásia. **Metodologia:** realizou-se uma revisão integrativa de literatura, nas bases de dados Bireme, Medline, PubMed, com os descritores “enfermagem”, “eutanásia”, “cuidados intensivos” e “percepções”, nos idiomas português, inglês e espanhol, respectivamente. Foram encontrados 204 artigos, porém apenas 14 artigos responderam ao objetivo da pesquisa. A análise dos resultados ocorreu por meio da análise temática. **Resultados:** apontaram para a tomada de decisão do paciente e familiares; deficiência do ensino e na comunicação entre os profissionais sobre a temática: os sentimentos negativos vivenciados durante a assistência e medo de sofrer alguma sanção legal. **Conclusão:** é necessário investir mais na educação sobre o tema durante a graduação, estimular a comunicação entre os profissionais, além de valorizar seus sentimentos e preocupações.

Descritores: Enfermagem, Eutanásia, Direito de Morrer, Educação em Enfermagem, Percepção.

PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS BEFORE THE PRACTISE OF DISTHANASIA AND ORTHOTHANASIA

Objective: To analyze the scientific production on the perception of professionals and nursing students with the practice of disthanasia and orthothanasia. **Methodology:** An integrative review of literature was realized in databases as: Bireme, Medline, PubMed with these keywords “nursing”, “euthanasia”, “intensive cares” and “perceptions” in the languages Portuguese, English and Spanish. 204 articles were found, but only 14 articles responded to the objective of the research. The analysis of the results was carried out through thematic analysis, grouped into thematic units. **Results:** they pointed to decision making process of the patient and his family; Lack of education and communication among professionals on the subject; Negative feelings experienced during service and fear of suffering any legal sanction. **Conclusion:** It is necessary to invest more in education on the subject during graduation, stimulate communication between professionals, and enhance their feelings and concerns.

Descriptors: Nursing, Euthanasia, Right to Die, Nursing Education, Perception.

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA DISTANASIA Y ORTOTANASIA

Objetivo: analizar la evidencia científica acerca de la percepción de los profesionales y estudiantes de enfermería en la práctica de la distanasia y ortotanasia. **Metodología:** Se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura en las bases de datos Bireme, Medline, PubMed. Fueron utilizados los descriptores “enfermería”, “distanasia”, “vigilancia intensiva” y “percepciones” en los idiomas portugués, inglés e español. Fueron encontrados 204 artículos. Mas solamente 14 artículos han respondido a el propósito de la investigación. El análisis se llevó a cabo mediante análisis temático, agrupados en unidades temáticas. **Resultados:** Han apuntado a la toma de decisiones del paciente y su familia; la educación de la discapacidad y la comunicación entre los profesionales en la materia; los sentimientos negativos experimentados durante el servicio y el miedo a sufrir de una sanción legal. **Conclusión:** es necesario invertir más en la educación sobre el tema durante la graduación, estimular la comunicación entre los profesionales, y mejorar sus sentimientos y preocupaciones.

Descriptores: Enfermería, Eutanasia, Derecho a Morir, Educacion en Enfermería, Percepción.

¹Acadêmico de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Email: ciro_felixx@hotmail.com

²Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Escola de Enfermagem da UFAM.

INTRODUÇÃO

Nos ambientes de cuidados em saúde, a ocorrência da morte é enfrentada com dificuldade e desafia os recursos tecnológicos de diversas áreas terapêuticas, por nem sempre serem capazes de curar, mas apenas prolongar o tempo de vida dos enfermos. Esse fato levanta questionamentos bioéticos, pois existe um declínio da qualidade de vida com certos investimentos que não conseguem recuperar o paciente⁽¹⁾.

Essa realidade leva os profissionais de enfermagem a se questionarem “até que ponto a equipe multiprofissional deveria investir recursos assistenciais em determinado paciente?”, ou “qual a melhor decisão: parar de investir recursos e permitir ao paciente uma morte natural ou prolongar sua vida a qualquer custo, mesmo que isso repercuta em mais sofrimento?”. Tais questionamentos acabam convergindo para dois importantes dilemas éticos: a distanásia e a ortotanásia.

O termo *Distanásia* tem origem grega (*dis*: afastamento ou ato defeituoso e *thanatos*: morte) que se opõe à eutanásia por consistir no emprego de todos os meios terapêuticos possíveis, para atrasar ao máximo o momento da morte. Assim, o uso cada vez maior de tecnologia de ponta reflete no aumento da distanásia, tendo como cenário o contexto comercial-empresarial, no qual o procedimento terapêutico continua enquanto o paciente não morrer ou enquanto existir recursos para tal⁽²⁾.

Por outro lado, a *ortotanásia*, que também vem do grego, *orto*(certo) e *thanatos*(morte), significa para o paciente uma morte natural e com dignidade, no seu “tempo certo”, pois trata-se de um processo que exclui as intervenções médicas, exceto aquelas que têm como finalidade amenizar a dor e o sofrimento⁽³⁾.

Ressalta-se que no artigo 57 do Código de Ética Médica determina ser vedado ao médico “deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor da vida”. Em contrapartida, o artigo 130 também veda ao médico “realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em pacientes com afecção incurável ou terminal, sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais”⁽⁴⁾. Em outras palavras, proíbe ao médico tanto a omissão de socorro quanto à prática da distanásia.

Nesse contexto, percebe-se que os profissionais de enfermagem têm pouca participação no processo decisório, por não participarem das decisões médicas sobre os cuidados aos pacientes terminais⁽⁵⁾.

Analisando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, observa-se que este declara que “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões” e proíbe, em seu artigo 29, ao profissional de enfermagem “promover a

eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente”⁽⁶⁾. Entretanto, o aludido diploma normativo da enfermagem não regulamenta as questões acerca da distanásia e ortotanásia.

Diariamente, os profissionais de enfermagem lidam com a morte das pessoas. Assim, dilemas éticos, que envolvem questões de distanásia e ortotanásia, trazem à tona a importância de se avaliar o que os profissionais de enfermagem pensam a respeito. Sendo assim, este estudo apresentou como objetivo analisar as evidências científicas sobre a percepção dos profissionais e estudantes de enfermagem diante da prática da distanásia e ortotanásia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo⁷. Dessa forma, buscou-se investigar “qual a produção científica acerca do conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a distanásia e ortotanásia?”.

A busca de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2015, nas bases de dados Bireme, Medline, PubMed e nas bibliotecas virtual *Scielo* e *Cochrane*. Como descritores utilizou-se “enfermagem”, “eutanásia”, “cuidados intensivos” e “percepções”, além das combinações no idioma inglês e espanhol.

Inicialmente, foram encontrados 204 artigos, os mesmos foram analisados individualmente, conforme critérios de inclusão: estudos publicados a partir de 2001; disponibilidade de texto na íntegra; publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; trabalhos originais; e que respondessem à questão de pesquisa. Assim, após leitura exaustiva, realizada em pares, foram encontrados 14 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Os mesmos foram classificados em códigos para melhor compreensão dos resultados. Com a análise textual discursiva foi possível agrupar os resultados em núcleos temáticos e discutir com literatura especializada.

RESULTADOS

Dos 14 trabalhos incluídos no estudo, todos se encontram publicados em língua portuguesa e em periódicos brasileiros. Dentre eles, um (7,1%) foi publicado entre os anos 2001 a 2005, cinco (35,7%) foram publicados entre 2006 a 2010, e oito (57,1%) foram publicados entre os anos de 2011 a 2015. Dessa forma, observou-se que o tema vem ganhando importância no âmbito da pesquisa científica.

Para melhor entendimento do leitor e discussão dos resultados, organizamos a Tabela 1, que apresenta o código de classificação dos artigos selecionados, conforme o ano de publicação, referência, título e tipo de pesquisa.

Tabela 1: Artigos incluídos na revisão integrativa de literatura, segundo código, ano, referência, título do artigo e tipo de pesquisa.

| Código | Ano | Referência | Título | Tipo de pesquisa |
|--------|------|---|--|-----------------------------------|
| A1 | 2005 | Toffoletto, M.C.; et al. Acta paul. enferm.;18(3): 307-12. | A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros | Revisão integrativa de literatura |
| A2 | 2008 | Balla, A.; Brasil, R.; Hass, E. Bioethikos. - Centro Universitário São Camilo;2(2):204-213 | Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia | Qualitativa |
| A3 | 2009 | Menezes, M.B.; Selli, L. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 17(4) | Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem | Qualitativa |
| A4 | 2009 | Silva, F.S.; Pachemshy, L.R.; Rodrigues, I.G. Rev. bras. ter. intensiva; 12(2): 148-154 | Percepção de enfermeiros intensivistas sobre distanásia em Unidade de Terapia Intensiva | Qualitativa |
| A5 | 2009 | Santana, J.C.B.; et al. Bioethikos-Centro Universitário São Camilo;3(1):77-86 | Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem | Qualitativa |
| A6 | 2010 | Bisogno, S.B.B.C.; Quintana, A.M.; Camargo, V.P. REME - Rev. Min. Enferm.;14(3): 327-334 | Entre a vida enferma e a morte sadia: a ortotanásia na vivência de enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva | Qualitativa |
| A7 | 2012 | Vasques, T.C.S.; et al. Rev. Eletr. Enf. [Internet];15(3):772-9 | Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos e de sua implementação | Qualitativa |
| A8 | 2013 | Santos, LRG; Menezes, MP; Mayumiobanagradoohl, S. Ciência & Saúde Coletiva; 18(9): 2645-2651 | Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia | Qualitativa |
| A9 | 2013 | Santana, J.C.B.; et al. Rev. Bioét.; 12(2): 298-307 | Docentes de enfermagem e terminalidade em condições dignas | Qualitativa |
| A10 | 2013 | Brasil, N.M.; Oliveira, A.K.; Rocha, L. InterScientia; 1(3):93-102 | Distanásia: a percepção do enfermeiro quanto a sua prática em UTI | Qualitativa |
| A11 | 2013 | Felix, Z.C.; et al Ciênc. Saúde Coletiva; 18(9): 2733-2746 | Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa de literatura | Revisão integrativa de literatura |
| A12 | 2014 | Fernandes, A.S.; Brasil, S.; Coelho, P.F. Revista CUIDARTE; 5(2): 813-9 | Distanásia em unidade de cuidados intensivos e a visão de enfermagem: revisão integrativa | Revisão integrativa de literatura |
| A13 | 2015 | Matos, MC; Rosa, DOS; Anjos, K.F. Rev Rene; 16(6):817-25. | Conhecimentos de estudantes de enfermagem sobre distanásia | Qualitativa |
| A14 | 2015 | Santana, J.C.B.; et al. Enfermagem Revista;18(2): 29-41. | Vivências do cuidar de pacientes na terminalidade da vida: percepção de um grupo de acadêmicos de enfermagem | Qualitativa |

Ainda, a análise dos resultados permitiu identificar núcleos temáticos, como: “tomada de decisão”, “deficiência no ensino e na comunicação entre os profissionais sobre a temática”, “sentimentos negativos vivenciados durante a assistência e medo de sofrer alguma sanção legal”, explanados e discutidos a seguir.

DISCUSSÃO

Tomada de decisão

Um artigo (A12) evidenciou a importância da opinião do paciente na decisão sobre como a equipe deve proceder durante o seu estado terminal. Uma percepção sensata, pois indica a valorização da opinião de quem recebe os cuidados, demonstrando respeito e humanização.

Sabe-se que o modelo assistencial prioriza o cuidado de forma humanizada e integral, reconhecendo que o paciente tem o direito de manifestar sua vontade com antecipação quanto ao tratamento que irá receber, ou de simplesmente recusar ser tratado, pois preconiza o cuidado individualizado⁽⁶⁾.

Esse aspecto nos faz refletir sobre a autonomia dos pacientes durante a internação. Também é preocupante se seus desejos ou de seus familiares estão sendo considerados pela equipe que os atende, no que tange ao tratamento oferecido.

Refletindo sobre os aspectos bioéticos em saúde na tomada de decisão, percebe-se que o princípio ético da beneficência acaba ficando em segundo plano quando são utilizados tratamentos agressivos e sem garantia de sucesso nos pacientes terminais. Ainda, o princípio da autonomia, que pertence a todos os adultos em bom estado de consciência, parece também ser oculto, quando se adotam condutas terapêuticas diante da impossibilidade de comunicação do paciente⁽⁹⁾. Infelizmente, pouco se sabe sobre a autonomia desses pacientes acerca da tomada de decisões em cuidados paliativos⁽⁶⁾.

Referente à participação da família na tomada de decisão, um artigo (A8) expressou que a equipe de saúde valoriza a opinião do familiar quanto ao que será decidido sobre a terapêutica ideal, o que é muito positivo, pois demonstra que está sendo respeitada a autonomia da família e abertura para o diálogo e escuta ativa.

Corroborando com achados deste estudo, sabe-se que a participação da família ocorre em casos de supressão da capacidade de comunicação do paciente, assim, os familiares assumem a responsabilidade de decidir pelo futuro ou de comunicar suas decisões prévias⁽⁶⁾.

Deficiência no ensino e na comunicação entre os profissionais sobre a temática

Um aspecto preocupante deste estudo é o fato de algumas instituições de ensino superior não abordarem com

profundidade essa temática no ensino da bioética durante a graduação. Oito artigos (A1, A2, A3, A6, A7, A8, A13, A14) apontaram para essa deficiência no conhecimento. Além disso, acadêmicos revelaram desconhecer ou conhecer parcialmente o significado de termos como distanásia e ortotanásia, conforme os estudos evidenciaram. Certos profissionais, que já atuam há anos, também revelaram ter pouco domínio sobre esses termos e/ou pouca abordagem sobre bioética quando ainda eram graduandos.

Acredita-se que a carência na preparação bioética do profissional de enfermagem certamente é um dos principais fatores que proporcionam situações de desgaste emocional e despreparo para a tomada de decisões conjuntas, sobre como delinear a abordagem terapêutica de certos pacientes⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, seis estudos (A1, A3, A4, A6, A7, A11) evidenciaram a necessidade de educação continuada nos ambientes de trabalho para atualizar os profissionais de saúde. Sabe-se que a educação continuada consiste em aporte ou extensão do que foi ensinado na graduação, sendo desenvolvido no local de trabalho do profissional⁽¹¹⁾.

Outra evidência foi a necessidade de mais comunicação entre os profissionais, a qual apenas três artigos (A1, A4, A10) abordaram a comunicação dentro do ambiente de cuidados intensivos. Esses estudos indicaram que a falta de comunicação faz com que profissionais de diferentes turnos tomem condutas divergentes do que foi estabelecido no turno anterior, prejudicando muitas vezes o cuidado integral ao paciente.

Sentimentos negativos vivenciados durante a assistência e medo de sofrer alguma sanção legal

Outro elemento muito presente nos estudos investigados foram os sentimentos de fragilidade e angústia, por parte da equipe de enfermagem. Assim, seis artigos (A1, A7, A8, A9, A10, A14) revelaram que o enfermeiro acaba experimentando sentimentos angustiantes dentro de ambientes de alta complexidade, pois tais profissionais tendem a considerar a morte como um fracasso, uma derrota ou falha na qualidade de sua assistência.

Os sentimentos mais aflitivos se mostram em momentos que se presencia a iminência da morte dos pacientes mais jovens. Tem sido verificado que o sofrimento e a angústia produzidos no ambiente de trabalho acabam sendo levados para a casa ou que perduram por mais tempo⁽¹²⁾.

Fortalecer a espiritualidade (A14) foi indicada como uma estratégia pelos enfermeiros, visando diminuir o impacto emocional causado por presenciar mortes em seu ambiente de trabalho. Nesse sentido, associado com a espiritualidade, técnicas de enfrentamento emocional e social poderão auxiliar na diminuição da frustração, pois a perda de um

paciente pode representar um fracasso biomédico⁽¹⁰⁾. Já para o paciente, o apoio religioso apresenta mais resistência para enfrentar o advento da morte, serenidade e bem-estar para passar seus últimos momentos⁽¹³⁾.

Ainda, os sentimentos de angústia verbalizados pelos enfermeiros, muitas vezes, é devido à incerteza sobre qual é a melhor ação para um paciente sem chances de recuperação. Nesse sentido, um artigo (A6) evidenciou que os profissionais de enfermagem temem receber punições legais, por conta de atos cometidos no seu serviço envolvendo os ambientes de alta complexidade. A divergência de opiniões entre a equipe multiprofissional os levam a ficar inibidos de manifestar opiniões. No entanto, cabe ao profissional médico decidir sobre atos como reanimar ou não um certo paciente, conforme o prognóstico do mesmo.

Acredita-se que essa problemática presente nos serviços de saúde é devido à falta de atualizações de conhecimentos de alguns dos membros da equipe e também por deficiências de comunicação, pois existe um grande receio de sofrer punições legais por seus atos dentro de ambientes de alta complexidade e no cuidado aos pacientes terminais.

CONCLUSÃO

Após a realização desta revisão integrativa de literatura constatou-se aumento de publicações nos últimos anos no Brasil, porém a temática apresenta-se limitada no que tange à formação universitária e à atuação dos profissionais na assistência de enfermagem.

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de se fortalecer a prática de incluir o paciente e seus familiares no processo de tomada de decisão quanto ao tratamento, incentivar maior comunicação e troca de experiências entre os membros da equipe de saúde, reconhecer a existência de fragilidades emocionais dos profissionais e o receio que sentem de sofrer represálias ou sanções durante o exercício da função.

Ainda, identificou-se a necessidade de discussão e reflexão sobre a formação dos profissionais de enfermagem e a introdução dessa temática nos currículos acadêmicos de ensino médio e superior, visando a formação de profissionais capacitados para atuarem nessa fase do fim da vida de forma humana, obedecendo os princípios da bioética.

REFERÊNCIAS

1. Félix ZC, Costa SFG, Alves AMPM, Andrade CG, Duarte MCS, Brito FM. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(9): 2733-46.
2. Feio AGO, Oliveira CC. Responsabilidade e tecnologia: a questão da distanásia. *Rev. Bioética (impress)*. 2011; 19(3): 615-30.
3. Araguaia M. Ortotanásia. *Brasil Escola* [homepage na internet]. 2015. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/sociologia/ortotanasia.htm>. Acesso em: 23/01/2015.
4. Brasil. Código de Ética Médica e Normas Complementares. São Paulo: Edipro;2010.
5. Menezes MB, Selli L, Alves JS. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17 (4): 443-48.
6. Lopes ND, Almeida CS, Barreto DMO. Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas. *Legislação dos Profissionais de Enfermagem*. Manaus: Vitória; 2014.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4): 758-64.
8. Vieira RW, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3): 334-9.
9. Clotet J. Reconhecimento e institucionalização da autonomia do paciente: um estudo da the patient self-determination act. *Revista bioética*. 2009; 1(2): 157-63.
10. Almeida AS, Barle ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL. Produção científica da enfermagem sobre morte/morrer em unidades de terapia intensiva. *Rev. Enfermagem em foco*. 2013;4 (3,4) 179-183.
11. Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; 44(3): 597-604.
12. Martins JT, Robazzi MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(1): 52-58.
13. Brito FM, Costa ICP, Andrade CG, Lima KFO, Costa SFG, Lopes MEL. Espiritualidade na iminência da morte: estratégia para humanizar o cuidar em enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*. 2013; 21(4): 483-9.

CONTRIBUIÇÕES DA CRIAÇÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE OBSTETRÍCIA DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS

Vera Cristina Augusta Marques Bonazzi¹, Valdecyr Herdy Alves², Rita de Cássia Marques³, Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio⁴, Diego Pereira Rodrigues⁵, Estefânia de Oliveira Chereim⁶

Objetivo: conhecer o processo histórico de criação da Câmara Técnica de Obstetrícia e seus determinantes; identificar os motivos que ensejaram o apoio institucional oferecido à Enfermagem Obstétrica pela Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Metodologia: estudo sociohistórico, a partir de dados secundários e entrevistas semiestruturadas, analisados com base na análise de discurso. Resultados: a Câmara Técnica de Obstetrícia é um marco histórico de apoio à Enfermagem Obstétrica; suas ações proporcionaram avanços sociopolíticos no campo da autonomia. Conclusão: as Câmaras Técnicas de Obstetrícia/Saúde da Mulher apresentam papel relevante nas práxis, na regulação e na formação.

Descritores: Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Prática Profissional.

CONTRIBUTIONS OF THE CREATION OF THE MIDWIFERY TECHNICAL CHAMBER OF MINAS GERAIS REGIONAL COUNCIL OF NURSING

Objective: to know the historical process of the creation of the Midwifery Technical Chamber and its determinants; identifying the reasons that gave rise to the institutional support offered to Midwifery by the Technical Chamber of Minas Gerais Regional Council of Nursing (COREN-MG). Methodology: social-historic study, from secondary data and semi-structured interviews, which were analyzed based on discourse analysis. Results: midwifery Technical Chamber is a landmark in support to Midwifery; their actions provided sociopolitical advances in the field of autonomy. Conclusion: midwifery and Women's Health Technical Chambers play a major role in practice, regulation and training.

Descriptors: Nursing, Obstetric Nursing, Professional Practice.

CONTRIBUCIONES DE LA CREACIÓN DE LA CÁMARA TÉCNICA DE OBSTETRICIA DEL CONSEJO REGIONAL DE ENFERMERÍA DE MINAS GERAIS

Objetivo: conocer el proceso histórica de la creación de la Cámara Técnica de Obstetricia y sus determinantes; identificar los motivos que promovieron el soporte institucional ofrecido a la Enfermería Obstétrica por la Cámara Técnica del Consejo Regional de Enfermería de Minas Gerais (COREN-MG). Metodología: estudio socio-histórico, tomando como base datos secundarios y entrevistas semiestruturadas, analizado sen base alanálisis del discurso. Resultados: la Cámara Técnica de Obstetricia e sun marco histórico de soporte a la Enfermería Obstétrica; sus acciones proporcionaron avances sociopolíticos e nel campo de la autonomía. Conclusión: las Cámaras Técnicas de Obstetricia/Salud de la Mujer presenta nun papel clave en las praxis, en la regulación y en la capacitación.

Descritores: Enfermería, Enfermería Obstétrica, Práctica Profesional.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Diretora dos Serviços de Enfermagem do Hospital Sofia Feldman, Minas Gerais. Email: veracam@globo.com

²Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem-Cofen.

⁵Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Anhanguera, Rio de Janeiro.

⁶Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil. Hospital Sofia Feldman, Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

No final da década de 80, baseado em publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o movimento pela humanização do parto e nascimento propôs mudanças no modelo de atenção ao parto, então predominantemente hospitalar⁽¹⁾, legitimando práticas humanizadas baseadas em evidências científicas, recomendou o uso de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, modificações nas rotinas hospitalares e o incentivo à atuação de Enfermeiras Obstétricas no parto normal⁽²⁾.

Grandes polêmicas entre as organizações profissionais ocorreram ao longo dos anos, tais como: movimento para fechamento da Casa de Parto de Juiz de Fora, em 2007; esforço empreendido pelos médicos para a aprovação do Projeto de Lei 7.703/2006⁽³⁾ que dispunha sobre o Exercício da Medicina, ameaçando a autonomia e o exercício profissional de várias profissões, inclusive da Enfermagem Obstétrica. Frente a esse cenário, e também diante das questões demandadas pela Enfermagem/Enfermagem Obstétrica, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) criou, em 2007, a Câmara Técnica de Obstetrícia (CTO).

Desse modo, o estudo teve como objetivos: conhecer o processo histórico de criação da Câmara Técnica de Obstetrícia e seus determinantes; identificar os motivos que ensejaram o apoio institucional oferecido à Enfermagem Obstétrica pela Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de cunho sociohistórico com abordagem qualitativa, tendo como uma de suas vertentes o modelo dialético que, por estar situado no plano da realidade e no plano histórico, articula relações contraditórias que almejam a transformação social. O estudo foi realizado na sede do COREN-MG, especificamente na CTO, tendo sido submetido previamente ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, como prevê a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação conforme Protocolo nº 486.441/2013.

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental no CTO, localizando: registro das atas; relatórios de eventos e outros documentos. Além desses documentos, foram pesquisados os informativos do COREN-MG. As informações extraídas dos documentos selecionados foram catalogadas nas fichas apropriadas, descrevendo-se: tipo de documento, assunto, data da sua elaboração, local, autor, proprietário, descrição de aspectos/fatos relevantes, nome dos personagens e

espaço para observações que o pesquisador considerasse relevantes para a pesquisa.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duas enfermeiras obstetras da CTO e uma integrante da Diretoria do Conselho. A participação ocorreu voluntariamente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Visando o anonimato e o sigilo das informações, utilizou-se um código alfanumérico (EO 1, 2, 3), conforme a sequência de realização das entrevistas.

Os dados foram submetidos à técnica de análise crítica do discurso (ACD), proposta por Norman Fairclough⁽⁴⁾. A Análise Crítica do Discurso, enquanto prática discursiva, prioriza categorias como o contexto de produção, distribuição e consumo do discurso. O autor⁽⁴⁾ propõe alguns itens para essa análise: força dos enunciados, isto é, os atos de fala (promessas, pedidos, ameaças etc.); coerência dos textos, ou seja, como os consumidores compreendem o discurso, e; a intertextualidade dos textos, que diz respeito aos vários discursos que compõem o mesmo texto de forma manifesta, ou constitutiva (interdiscursividade), sendo esta última mais difícil de identificar⁽⁵⁾.

RESULTADOS

Para a Enfermagem Obstétrica de Minas Gerais e do país, em 2007, desencadearam-se vários conflitos e enfrentamentos com a categoria médica e entre os integrantes da própria categoria profissional, levando gestores e a própria sociedade a questionarem a legalidade das ações dessas profissionais no âmbito da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. A Diretoria do COREN-MG, sentindo-se pouco instrumentalizada para responder às questões apresentadas, buscou ajuda da própria categoria/especialidade para oferecer o apoio necessário à Enfermagem Obstétrica, ao criar uma Comissão de Obstetrícia para apoiar o Plenário do COREN-MG nas questões referentes à área de saúde da mulher/obstetrícia. Assim entendeu a entrevistada EO2. Em contrapartida, na sua visão, a criação da Câmara partiu da necessidade da categoria, e não do Conselho, conforme seu depoimento: *A Câmara de Enfermagem Obstétrica, a gente criou ela mais por uma necessidade mesmo da comunidade, foram surgindo problemas, por exemplo, a Câmara de Assistência tinha muitas demandas de consulta, e a gente não dava conta de responder porque a gente precisa ter uma especialidade, então formamos esta Câmara.* (EO2)

O discurso contraditório indica a necessidade de reflexão sobre o lugar que cada participante ocupava no contexto histórico dos fatos: *A Câmara surgiu em decorrência da questão da necessidade das discussões, do fechamento da Casa de Parto de Juiz de Fora, que foi um marco para a gente*

da obstetria esse fato ter ocorrido, e as questões foram surgindo e aí foi [...] teve a necessidade dessa criação, da criação dessa Câmara para poder estar discutindo, poder estar pontuando questões voltadas para a enfermagem obstétrica.(E01)

Dimensão 1 - Contexto da produção de textos

A identificação dos textos e documentos políticos citados na Ata permitiu a construção de uma Linha do Tempo (figura 1), indicando a trajetória da construção e revelando o contexto da produção do texto de referência.

Figura 1: Linha do Tempo 1 - Fórum em defesa do exercício profissional do Enfermeiro Obstetra: trajetória, conjuntura e influência sociopolítica na produção do evento

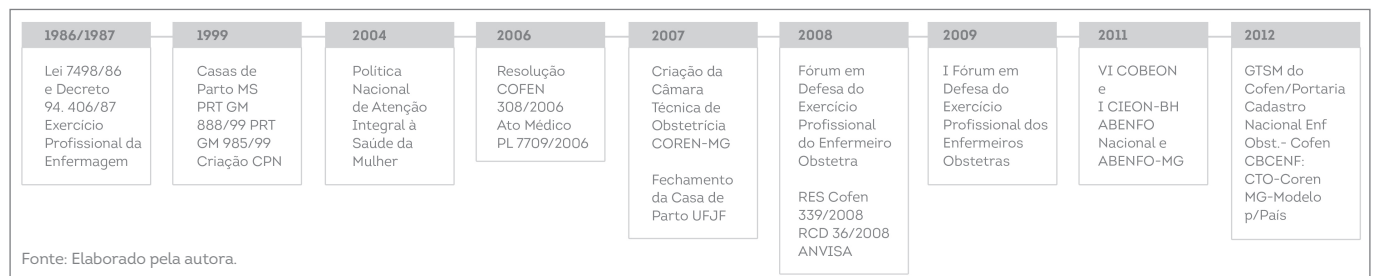


Dimensão 2 - Contexto da prática

Segundo Fairclough, no contexto da prática, o elemento de análise é a prática em si, os agentes que são evocados, as atividades propostas e a relação com as práticas discursivas e sociais. Assim, a partir do Fórum, teve início um movimento nacional em apoio à Enfermagem Obstétrica,

quando esta começa a ser ouvida e a ter maior visibilidade junto à Instituições como o Sistema COFEN/COREN, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO) e Instituições de Ensino da Enfermagem. Esse movimento desencadeou várias ações para atender às propostas deliberadas no Fórum, descritas na Ata.

Figura 2: Linha do Tempo 2 - Fórum em defesa do exercício profissional do enfermeiro obstetra: contexto da prática social e política desencadeado a partir do I Fórum.



O COREN-MG, frente às reivindicações da categoria, realizou ampla divulgação na mídia escrita e eletrônica sobre o parto normal e a atuação da Enfermeira Obstetra, como

as propagandas veiculadas na revista da TAM Linhas Aéreas (Imagem 3), Ano 02, nº 15, março de 2009, e nos sites do Sistema COFEN/COREN em comemoração à Semana da Enfermagem.

Revista "TAM NAS NUUVENS": Divulgação sobre parto normal e atuação da Enfermeira Obstétrica: Ano 02 nº 15, de 2009. p. 21



Fonte: COFEN, 2009.

Dimensão 3 - Consumo e Distribuição do Discurso

Na visão das participantes, o impacto social e político do apoio da CTO e do COREN-MG foi a mudança da opinião dos profissionais sobre o Órgão. Segundo a ACD, de Fairclough, a mudança ocorre por ser o discurso uma prática social que pode provocar ressignificações dos sujeitos, do seu papel em sociedade, da vida social e o estabelecimento de novas relações de poder e novas hegemonias.

Mudança percebida nos depoimentos: *de alguns anos para cá uma visibilidade cada vez maior, ela é importante nesses momentos, porque antes a gente não ouvia falar do enfermeiro obstetra, então, a Câmara Técnica trabalhou, os enfermeiros também trabalharam para que fossem reconhecidos e identificados como membros de uma equipe multiprofissional que presta uma assistência direta ao binômio mãe e filho, na família de forma geral. (...) eu percebo isso hoje na Secretaria de Estado, antes não se falava em enfermeiro obstetra, era enfermeiro, hoje já tem uma questão mais direcionada, é assunto materno infantil (EO1).*

Já para outra participante, o impacto sociopolítico da criação e as ações de mobilização da CTO, o apoio do COREN-MG, da ABENFO-MG, determinaram a ampliação dessas Câmaras Técnicas nos demais Conselhos e o fortalecimento da Enfermagem Obstétrica. Também, a participação desses órgãos de classe na definição das políticas públicas, tendo o Enfermeiro Obstetra como ator estratégico na mudança do modelo de atenção às mulheres. *Eu penso que a partir dessas questões que começaram acontecer, como fechamento de serviço, profissionais precisando do apoio do conselho e tal, eu acho que isso foi mobilizando uma ampliação dessas câmaras técnicas nos demais conselhos e fortalecendo a enfermagem obstétrica nesse cenário e junto com uma mudança maior no Brasil, de participação desses órgãos de classe na definição das políticas públicas. (...) a gente teve o conselho sendo chamado para inúmeros eventos que se discutiu o papel da enfermagem obstétrica, a inserção do enfermeiro obstetra na área atual, não é, dentro da formação, das políticas de formação. O conselho começou a ser demandado como um órgão que representa essa classe como uma formação de políticas públicas, então eu acho que isso começou a acontecer em vários conselhos no Brasil, foi tudo mais ou menos nessa época e no COFEN. A representação do COFEN dentro do ministério da saúde, dentro das políticas públicas no MEC, as políticas de formação. Eu acho que as coisas aconteceram juntas, na medida que ocorreram as políticas para incentivar a formação, possibilitar a inserção dos enfermeiros nas equipes, os enfermeiros foram se formando (...). Então eu acho que ocorreu tudo bem simultaneamente, a medida que uma coisa começa a demandar outra e a fortalecer. (EO3)*

DISCUSSÃO

A criação da CTO do COREN-MG iniciou o movimento em defesa do exercício profissional da Enfermagem Obstétrica

em Minas Gerais e no país, objetivando a autonomia e o reconhecimento dessas profissionais na mudança de modelo assistencial ao parto normal e na redução dos altos índices de cesarianas vigentes no país.

Para análise, foi escolhido como documento base a "Ata do I Fórum em Defesa do Exercício Profissional dos Enfermeiros Obstetras"⁽⁶⁾, que ocorreu em 30 de janeiro de 2008. Realizado em Belo Horizonte (MG), na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, contou com a participação de representantes do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de vários conselhos regionais, de unidades de saúde nas quais as enfermeiras obstetras tinham autonomia profissional e de cursos de Enfermagem da Região Sudeste, totalizando 80 participantes⁽⁶⁾.

A Plenária Final presidida por um Conselheiro Federal, representando o Presidente do COFEN, contou com a participação da Presidente do COREN-MG e da Conselheira Coordenadora da CTO do mesmo Órgão. O representante do COFEN enfatizou à época que o órgão financiaria pesquisas na área de Enfermagem e Enfermagem Obstétrica, assim como a criação do Grupo de Trabalho em Obstetrícia⁽⁶⁾.

A análise de influências considerou a conjuntura da elaboração do documento e os fatores que ensejaram a realização do Fórum. Ficou evidente que a criação da CTO teve vários fatores determinantes, todos interligados. A comunidade e a categoria de enfermagem buscavam, no Conselho, esclarecimentos sobre a atuação do Enfermeiro Obstetra, profissional pouco conhecido na sociedade, que começava a despontar na atenção ao parto normal em um modelo humanista⁽⁶⁾. Ao mesmo tempo, os enfrentamentos da Enfermagem Obstétrica ao Projeto de Lei que dispunha sobre o Exercício da Medicina, que ameaçava a autonomia desses enfermeiros obstetras, levava-os a buscar apoio das Instituições que os representavam⁽⁷⁾. A intensificação dos conflitos entre a Enfermagem e a categoria Médica, levou a CTO, com apoio da diretoria do COREN-MG, a realizar o Fórum objetivando discutir as dificuldades de atuação e inserção do Enfermeiro Obstetra no cenário de parto. A indignação e a necessidade de responder aos movimentos contrários à atuação e à autonomia da Enfermagem Obstétrica desencadearam o sentimento de defesa e o posicionamento do COFEN, perante os seus profissionais, na luta contra a hegemonia médica.⁽⁸⁾

Na Linha do Tempo, a Lei Federal 7.498, de 25 de junho de 1986⁽⁹⁾, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, e o Decreto Lei 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, em seus Artigos 8º e 9º ampliam esse entendimento, oferecendo aos Enfermeiros Obstétricos o respaldo legal para atuação na assistência à mulher, recém-nascido e família, e embasando a luta desses profissionais pela liberdade e dignidade de exercer suas atribuições na assistência ao parto⁽¹⁰⁾.

Outro documento apresentado e com grande influência na construção do texto analisado foi a Portaria GM/MS nº 985/1999, que criou o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito

do SUS⁽¹¹⁾, e definindo os recursos humanos necessários ao seu funcionamento, a saber: um enfermeiro com especialidade em obstetrícia, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância. Essa Portaria embasou a Resolução COFEN nº 308/2006, que normatizou as responsabilidades do Enfermeiro quanto ao funcionamento de CPN e/ou Casas de Parto⁽¹²⁾. Essa transformação do discurso gerou conflitos prejudiciais aos Enfermeiros Obstetras levando à solicitação, pelos participantes dos grupos de trabalho no Fórum, de sua alteração como propostas de ações do sistema COFEN/COREN.

Diante do exposto, percebe-se que o conceito de intertextualidade, proposto por Fairclough, aponta para a produtividade dos textos, que podem transformar textos anteriores e reestruturar as convenções existentes^(5,12), implicando em uma dupla relação - dos textos na história e da história nos textos.

Outro documento relevante foi o Projeto de Lei (PL) nº 7.703/2006⁽⁷⁾, que levou os Enfermeiros Obstetras a proporem a formação de um Grupo de Trabalho (GT) para subsidiar a Câmara Técnica Assistencial do COFEN. Esse Projeto, conhecido como "Ato Médico", trouxe discussões e conflitos entre as profissões de saúde que se sentiram ameaçadas em sua autonomia, levando à necessidade de união para a luta/enfrentamento contra a hegemonia médica⁽¹³⁾. O GT propôs alterações para solucionar conflitos apontados e encaminhar aos conselhos regionais as argumentações contrárias, a fim de que fossem apresentadas e discutidas em reunião com o COFEN.

A criação de um Grupo de Trabalho para discutir e alterar a Resolução COFEN nº 308/2006 foi outra consequência desse Fórum. O primeiro encontro desse Grupo ocorreu no COREN-MG, culminando com a elaboração da Resolução COFEN nº 339/2008, normatizando a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas

de Parto, assim revogando a Resolução COFEN nº 308/2006⁽¹³⁾.

A partir da Análise Crítica de Discurso⁽⁴⁾, concebeu-se o discurso em um modelo tridimensional de maneira simultânea, não priorizando um em relação a outro. As três dimensões: contexto de influência/conjuntura, contexto da produção de textos e contexto da prática, associadas à escolha da "Ata do I Fórum em Defesa do Exercício Profissional dos Enfermeiros Obstetras"⁽⁶⁾, permitiram compreender o tipo de discurso, o contexto de sua elaboração, as concepções ideológicas e a hegemonia presentes no texto, mas, sobretudo, indicaram a necessidade de aprofundamento maior dessas concepções.

O impacto social e político que o apoio da CTO à Enfermagem Obstétrica tem provocado mostra a maior visibilidade desse profissional e o reconhecimento da sua atuação pela equipe de Saúde, pelos gestores e, principalmente, pela sociedade. A criação da CTO também alterou a visão dos profissionais sobre o próprio Conselho como Órgão fiscalizador que os representa e apoia nos momentos em que se põe em dúvida a legalidade de suas ações e também a sua autonomia profissional.

CONCLUSÃO

Compreender o processo histórico de criação da CTO do COREN-MG e analisar o significado dos avanços sociais e políticos do apoio oferecidos à Enfermagem e aos Enfermeiros obstétricos, à luz da percepção dos entrevistados e dos documentos analisados, permitiram constatar sua importância, pois mobilizou o Sistema COFEN/COREN, ABENFO Nacional e suas Seccionais, Instituições de Ensino e de Serviço, Ministério da Saúde e a própria sociedade, promovendo ações que permitiram a visibilidade e o reconhecimento do trabalho dos Enfermeiros Obstétricos como estratégia para a mudança de qualidade do modelo assistencial à mulher, recém-nascido e família, visando a redução das taxas de cesariana e o alcance dos Objetivos do Milênio estabelecidos pela OMS, como redução da mortalidade materna e infantil.

REFERÊNCIAS

1. Porto AAS, Costa LP, Velloso NA. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. Rev. Ciência e Tecnologia. 2015; 1(1), 12-19.
2. Ministério da Saúde (BR). Diretriz nacional de assistência ao parto normal - relatório recomendado. Brasília (DF): MS; 2016.
3. Prata JA, Progianti JM, Pereira ALF. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. Rev. Enferm UERJ. 2012; 20(1): 105-10.
4. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília (DF): UnB; 2016.
5. Santos, EC, Bispo, DA, Dourado, DP. A Utilização da teoria Social do Discurso de Fairclough nos estudos organizacionais. Rev. Interdisciplinar. Gestão Soc.(RIGS). 2015; 4(1): 55-73
6. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (MG). Ata do Fórum em defesa do exercício profissional dos enfermeiros obstetras. Dispõe sobre o evento realizado pela instituição e seus desdobramentos. Brasília (DF): Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais; 2008.
7. Congresso Nacional (BR). Projeto de Lei 7703/2006. Dispõe sobre o exercício da medicina. Brasília (DF): Congresso Nacional; 2006.
8. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Nota de esclarecimento sobre autonomia da Enfermagem Obstétrica. Dispõe o esclarecimento da atuação do enfermeiro obstetra. Brasília (DF): COFEN; 2016.
9. Progianti JM, Hauck FT. A implantação do modelo humanizado de assistência ao parto na cidade de Juiz de Fora. Rev. Enferm UERJ. 2013; 21(3): 324-9.
10. Kurebayashi LFS, Mecone MCC, Matos FGOZ, Mendoza IY, Monteiro BA, Pinho PG, et al. Propostas de emendas à Lei nº 7498/86, do exercício profissional de enfermagem. Rev. Min. Enferm. 2008; 12(4): 573-9.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal. Brasília (DF): MS; 1999.
12. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 308/06. Dispõe sobre a Regulamentação e Responsabilidades do Enfermeiro em Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto. Brasília (DF): COFEN; 2006.
13. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 339/2008. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2008.

COMPORTAMENTO INFORMACIONAL DE GESTORES DE UMA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

Tamires Rezende Passos¹, Wanesia Saldanha Costa¹, Jessica Silva Oliveira¹, Humberto Ferreira de Oliveira Quitês², Regina Consolação dos Santos³, Ricardo Bezerra Cavalcante²

Objetivo: compreender o comportamento informacional de gestores em uma Superintendência Regional de Saúde. **Metodologia:** estudo de caso, de abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico o comportamento informacional de Wilson. Realizaram-se entrevistas com gestores de uma superintendência em Minas Gerais, analisadas a partir da Análise de Conteúdo. **Resultados:** as necessidades e busca por informações estavam atreladas às demandas de soluções emergenciais. Dentre as várias fontes, as pessoas foram reconhecidas em um fluxo informacional verticalizado. Informações de baixa qualidade foram utilizadas, gerando incerteza para as decisões. **Conclusão:** o comportamento informacional dos gestores é assistemático e possui fragilidades que podem dificultar o planejamento e a tomada de decisões assertivas.

Descritores: Comportamento de Busca de Informação, Gestão da Informação em Saúde, Gestão em Saúde.

INFORMATIONAL BEHAVIOR OF MANAGERS IN REGIONAL SUPERINTENDENCE OF HEALTH

Objective: to understand the informational behavior of managers in a regional superintendence of health. **Methodology:** Case study with qualitative approach that used Wilson behavior as a theoretical reference. Interviews were conducted with managers of a superintendency in Minas Gerais, and analyzed from the Content Analysis. **Results:** the necessities and pursuit for information was linked to the demands of emergency solutions. Among the various sources, people were recognized in a vertical information flow. Low quality of information were used generating uncertainty in decisions. We conclude that the informational behavior of managers is unsystematic and potentially damaging to the management of information.

Descriptors: Search Behavior Information, Health Information Management, Health Management.

COMPORTAMIENTO INFORMATIVO DE GERENTES DE UNA SUPERINTEDECENCIA REGIONAL DE SALUD

Objetivo: Estudio de caso con enfoque cualitativo. Buscado entender el comportamiento informativo de los gestores en Salud. Utilizamos la teoría del comportamiento de información de Wilson. Entrevistamos a los gestores de una superintendencia de salud en Minas Gerais. Se utilizó el Análisis de Contenido para analizar los datos. Las necesidades y búsqueda de información estaba vinculada a las demandas de soluciones emergenciales. Las personas fueron reconocidas como fuentes en un flujo de información vertical. Hubo baja calidad de la información que genera decisiones inciertas. Se concluye que el comportamiento de información de los gestores no es sistemática y potencialmente dañino para la gestión de la información.

Descriptores: Comportamiento de Búsqueda de Información, Gestión de Información Sanitaria, Gestión de la Salud.

¹Enfermeira. Membro do Nucleo de Estudos e Pesquisas em Avaliação da Universidade Federal de São João Del Rei - NEPAG-UFSJ.

²Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Membro do NEPAG-UFSJ. ricardocavalcante@ufsj.edu.br

³Enfermeira. Mestre em Biotecnologia. Membro do NEPAG-UFSJ

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, reconhecendo a necessidade de avançar no contexto da utilização da informação com vistas a uma gestão qualificada em saúde, propôs em sua agenda de prioridades de pesquisa, dentre outros, os temas: estudos sobre o uso da informação nos processos decisórios do Sistema Único de Saúde (SUS) e estudos voltados para a determinação das necessidades de informação⁽¹⁾.

O comportamento informacional é a totalidade do comportamento humano em relação às fontes e canais de informação, incluindo informação ativa e passiva, busca e uso da informação⁽²⁾. Também se refere ao modo como os indivíduos lidam com a informação, incluindo a busca, o uso, a alteração, a troca, o acúmulo e, até mesmo, o ato de ignorar os informes^(3,4). Nessa ótica, o sujeito é quem determina sua relação com a informação, sendo influenciado por fatores como cultura, memória, educação e outros.

Estudos sobre comportamento informacional estão em desenvolvimento na área da saúde e demonstram a necessidade de práticas de gestão da informação mais sistemáticas e que proporcionem suporte à gestão dos serviços e à assistência a saúde⁽⁵⁻⁹⁾. As necessidades informacionais dos profissionais estão relacionadas com suas práticas clínicas e demandas de programas governamentais, sendo suas fontes de informação, predominantemente, livros, sistemas de informação e opiniões de outros profissionais mais experientes.

Apesar da existência de alguns estudos sobre comportamento informacional, no contexto da saúde, as pesquisas são focadas nos profissionais de saúde em suas atividades assistenciais, sendo necessários estudos sobre o comportamento informacional de gestores, visto a sua importância em decisões estratégicas no contexto da organização de toda a rede de atenção em saúde. Contudo, surge o seguinte questionamento: como ocorre o comportamento informacional de gestores de uma Superintendência Regional de Saúde em relação ao seu cotidiano de trabalho? Assim, este estudo teve como objetivo compreender o comportamento informacional

de gestores relacionado ao cotidiano de trabalho em uma Superintendência Regional de Saúde (SRS) do estado de Minas Gerais (MG).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, norteado pelo referencial teórico de Wilson⁽²⁾ sobre comportamento informacional. O cenário escolhido intencionalmente foi a SRS responsável pela Região Ampliada Oeste de Saúde de Minas Gerais. A SRS tem, por finalidade, apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde, fortalecendo a governança regional entre 54 municípios e a Secretaria de Estado de Saúde (SES). Foram convidados a participar da pesquisa todos os 12 (doze) profissionais da SRS que ocupam cargos de diretoria, superintendência e coordenação, sendo esses denominados gestores. Desses, apenas um recusou-se a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas, contendo questões relacionadas ao comportamento informacional. Como uma segunda fonte de evidências, foi utilizada a Técnica de Incidente Crítico (TIC) descrita por Flanagan⁽¹⁰⁾ visando compreender o comportamento informacional dos gestores.

Os dados coletados foram organizados e analisados a partir da análise de conteúdo, modalidade temático-categorial⁽¹¹⁾. Foi realizada primeiramente a pré-análise a partir da leitura flutuante das entrevistas. Posteriormente, as unidades de registro foram codificadas e segregadas formando os núcleos de sentido. Em um terceiro momento, os núcleos de sentido foram agrupados em categorias que os representavam.

Este estudo obedeceu aos princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, segundo parecer número 578.073/2014.

RESULTADOS

Necessidades, busca e fontes de informações

Inicialmente percebemos que as necessidades de informações estão atreladas à busca por resolução de problemas que emergem no trabalho. (...) De acordo com as

“necessários estudos sobre o comportamento informacional de gestores, visto a sua importância em decisões estratégicas no contexto da organização de toda a rede de atenção em saúde.”

dificuldades que se apresentam no meu dia-dia de trabalho, é que eu busco de fato, pra achar solução (...) (E1).

Nesse contexto, independente do grau de dificuldade, há uma busca pelo entendimento do problema, partindo daí a busca por informações que possam facilitar a compreensão e responder aos questionamentos, como, por exemplo, o surgimento de uma doença: (...) *Como que essa doença chegou aqui? Ela não tem costume de tá aqui, então como ela chegou aqui?*(E8).

Dentre as fontes de informação utilizadas pelos gestores em suas atividades, destacam-se as normas legislativas, necessárias para a realização do cotidiano de trabalho (...) *a legislação do Ministério da Saúde, quanto à legislação do estado, então é a legislação de forma geral, ela é fundamental.* (E10); (...) *É que a gente trabalha em cima de legislação então a gente tem que ficar atenta a essas informações.* (E5)

As pessoas, apesar de não serem muitas vezes reconhecidas como fontes oficiais de informações, são legitimadas pelos profissionais que fazem parte do fluxo informacional: (...) *os profissionais dos municípios, que também é uma fonte de informação, embora ela não seja oficial, mas ela é uma fonte de informação importante por que, é quando as pessoas trazem informações.* (E1)

Outra fonte reconhecida pelos gestores são os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Alguns gestores entendem que os SIS possuem informações consistentes e são indispensáveis ao cotidiano de trabalho: (...) *Hoje a fonte mais consistente são os sistemas oficiais de informação. Não diria que ela é a mais importante, diria que ela é mais consistente. Pra tomada de decisão sem dúvida nenhuma é o que a gente utiliza* (E1).

As notificações também emergiram como fonte de informação. (...) *Com maior frequência é a notificação de agravos. A gente monitora toda semana, enquanto os agravos são controlados.* (E8); (...) *Hoje a nossa principal informação é a notificação de risco.* (E3). (...) *informações de jornais, revistas, imprensa* (E1); (...) *pela internet. Têm fóruns de discussão, tem o email institucional.* (E2).

Avaliação da qualidade das informações

Não há um processo ou uma rotina explícita de avaliação da qualidade das informações. Os gestores acreditam que

o conhecimento prático adquirido por suas experiências anteriores são capazes de respaldar a avaliação da qualidade da informação coletada. (...) *A gente avalia com base no conhecimento prático que a gente já tem. E a gente tem condição de fazer uma crítica se aquela informação, ela tá correta ou não.* (E1). Entretanto, reconhecem essa situação como uma dificuldade que desqualifica a informação: (...) *A dificuldade que a gente tem com relação à informação é da qualidade da informação na ponta* (E1).

O parâmetro utilizado sobre a qualidade das informações é baseado no contexto dos acontecimentos e dependente das pessoas que criam esses parâmetros: (...) *Se tá numa epidemia, a gente sabe que a notificação está sendo pequena, não tá sendo total. Entendeu? A gente já espera que tenha sido, é esquecido por aí alguns casos*(E8).

Mesmo reconhecendo a baixa qualidade das informações, os gestores dão sequência na sua utilização e assumem o risco de sua infidedignidade: (...) *Eu tenho que acreditar no técnico, eu tenho que confiar na equipe. Então vai no próprio senso do risco que ele teve de trazer pra mim e diante do que ele traz eu tenho que tomar decisão* (E3).

O fluxo de informações entre as esferas de gestão

Os gestores enfatizaram a existência de um fluxo vertical de informações que tem origem na SRS para SES, onde as trocas de informações acontecem

por serem normatizadas: (...) *Nós temos que encaminhar para o nível central (SES), os relatórios, o consolidado da situação de aprovação do relatório anual de gestão, do plano municipal de saúde e outras informações que eles nos demandam.* (E6).

Há também um fluxo de informações entre a SRS e os municípios descrita como casual em função da necessidade de consulta ou demanda: (...) *em alguma situação específica, eles perguntam: olha a gente precisa saber isso. Aí a gente compartilha a informação, né?!* (E1); (...) *a gente faz visita no município, faz orientação direta no local, nas equipes, onde é solicitado* (E10).

Entretanto, outros relatos sugerem inconsistência desse fluxo de informações: (...) *É muito fraca minha interação junto, por exemplo, com a atenção a saúde, com atenção primária, com a gestão micro*(...) (E3); (...) *não é o meu*

“Os gestores enfatizaram a existência de um fluxo vertical de informações que tem origem na SRS para SES, onde as trocas de informações acontecem por serem normatizadas”

trabalho compartilhar! E pra que? Se vierem me perguntar eu compartilho ... (E8).

Utilização das informações e a tomada de decisões

De forma geral, as informações divulgadas a partir de portarias ministeriais e de programas governamentais são responsáveis por direcionar as atividades da SRS e também dos municípios. (...) *a gente utiliza informações pra todas as decisões que a gente vai tomar em relação ao monitoramento ou a realização do apoio técnico, são orientações.* (E8).

Há também a dependência dos gestores da SRS de informações (autorizações) centralizadas na SES. (...) *A gente demanda da secretaria (SES) o tempo inteiro de autorizações até mesmo para tomada de ações.* (E4). Nesse contexto, há o anseio de que as decisões definidas pela SES sejam cumpridas, e isso dispara um processo de responsabilização pelo cumprimento da decisão:

(...) Porque se há mudanças e se você não toma frente, as mudanças não acontecem, aí você não corresponde aos anseios que o nível central espera (SES). (E5).

Além disso, algumas informações provenientes da SES não são discutidas, sendo informadas e impostas cabendo o seu cumprimento na SRS: (...) *os terceirizados daqui não registravam pontos, (...) aí veio a informação que a partir da data tal, todos passariam a fazer o registro eletrônico! Então você tem que tomar atitude, sair e dizer: ó pessoal agora vai ser assim* (...) (E5).

As decisões também são disparadas a partir de um problema verificado, conformando-se como uma informação que se desvia de um padrão de normalidade: (...) *É necessário fazer uma visita naquele município (...) pra ver qual é a necessidade dele, qual é a dificuldade, o que está acontecendo* (...) *Com base na informação que eu receber tomo a decisão* (E10).

Apesar de sugerir uma sistemática de utilização de informações para a tomada de decisão, reconhecem-se decisões emergenciais e sem planejamento: (...) *Eu fico apagando fogo toda hora* (...) *Não tem uma estratégia a longo prazo, chegou? Apaga! Todas! Porque como é denúncia e todas são prioridades, não tem como planejar!* (E3)

DISCUSSÃO

Os achados referentes às necessidades e buscas de informação pelos gestores apontam, prioritariamente, para a necessidade de suprir demandas emergenciais, de repasses financeiros, as pactuações intergestoras e ao cumprimento de metas da SES. Assim, não estão definidas as necessidades informacionais prioritárias na SRS, a fim de subsidiar as práticas de trabalho local desses gestores. Quando não há a determinação das necessidades informacionais específicas, a tendência é que todo o comportamento informacional fique assistemático, podendo comprometer a qualidade do serviço prestado^(2,4).

Foram reconhecidas várias fontes de informações utilizadas pelos gestores, entretanto, é importante salientar que a simples existência dessas fontes e seu acesso não garantem o uso adequado dessas informações⁽¹²⁾. De forma geral, as informações precisam ser transmitidas a pessoas certas, de uma forma que despertem atenção, sejam compreendidas e com possibilidade de uso⁽⁴⁾.

Outro aspecto relacionado a essa temática foi a dependência das pessoas como fontes de informações. Verificou-se que há um conhecimento tácito emanado dessas pessoas que auxilia no cotidiano de trabalho. Este é considerado importante para as organizações, sendo originado das experiências pessoais, dos debates, das opiniões, dos valores

individuais advindos de um contexto próprio. Porém, é difícil de ser articulado em uma linguagem formal e de complexa administração^(13,14), como a gestão burocratizada da SRS, justificada pela necessidade de controle, estabilidade e coesão, o que pode desencadear prejuízos nesse tipo de conhecimento⁽¹⁴⁾.

Não há um cuidado explícito quanto à avaliação e à qualidade das informações desenvolvidas. Tal prática reforça a opção por um processo assistemático de gestão da informação, que desfavorece o ambiente organizacional⁽²⁾, inviabilizando o uso da informação como um recurso favorável ao planejamento e a tomada de decisões assertivas⁽¹⁾.

Contudo, as informações mais utilizadas seguem um fluxo vertical: o ministério define uma norma a ser cumprida no estado e municípios, uma normativa legitimada *a priori*.

“Apesar de sugerir uma sistemática de utilização de informações para a tomada de decisão, reconhecem-se decisões emergenciais e sem planejamento”

Esse processo verticalizado e burocratizado das informações submete profissionais e gestores no lócus assistencial a coletas de dados e elaboração de relatórios/consolidados sem sentido e com pouca aplicabilidade⁽¹⁵⁾. É importante destacar que tal fluxo tem gerado um compartilhamento de informações incipiente, tendo em vista que a troca de informações é involuntária⁽²⁾. Há também a incompreensão da necessidade de compartilhamento das informações, falta de afinidade entre algumas pessoas, entre outros aspectos que obstaculizam o fluxo de informações. Nesse contexto, é essencial potencializar nas pessoas um comportamento informacional voltado para o compartilhamento de informações, bem como desenvolver ações que impactem nos fluxos informacionais⁽²⁾.

Corroborando com o exposto até aqui, a utilização das

informações não favorece uma tomada de decisão baseada na deliberação e na análise prévia das informações. O caráter normativo burocrático inviabiliza o processo de análise, planejamento e, conseqüentemente, o distancia de decisões mais resolutivas.

CONCLUSÃO

No cenário analisado, o comportamento informacional é assistemático e possui fragilidades que podem dificultar o planejamento e a tomada de decisões assertivas. Não se estimula o compartilhamento de informações e nem a avaliação de sua qualidade, o que gera incertezas no trato com a informação. Considera-se que este estudo não permite generalizações, sendo aplicável ao cenário e gestores participantes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde/Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Wilson TD. Human Information Behavior. Special Issue on Information Science Research. 2000; 3(2): 49-55.
3. Nan Xiao, Raj Sharman, H.R. Rao, Shambhu Upadhyaya. Factors influencing online health information search: An empirical analysis of a national cancer-related survey. *Decision Support Systems* 2014 Jan; 57: 417-27.
4. Davenport TH. Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. 1.ed. São Paulo: Futura; 1998.
5. Nogueira GD; Neves JTR. Estratégia Para a Gestão da Informação no Programa Saúde da Família do Governo Brasileiro. *Estratégia e Negócios* 2009; 2(1):1-24.
6. Dickmann, P; Wittgens, K; Keeping, S; Mischler, D; Heudorf, U. Rethinking risk communication: information needs of patients, health professionals and the public regarding MRSA--the communicative behaviour of a public health network in Germany responding to the demand for information. *Public Health* 2016 Feb; 131:56-62.
7. Durieux, Nancy; Pasleau, Françoise; Piazza, Aurelie; Donneau, Anne-Françoise; Vandenput, Sandrina; Maillart, Christelle. Information behaviour of French-speaking speech-language therapists in Belgium: results of a questionnaire survey. *Health Info Libr J* 2016 Mar; 33(1): 61-76.
8. Tabosa HR, Pinto VB. Caracterização do comportamento de busca e uso de informação na área da saúde: o modelo de Ellis aplicado ao estudo do comportamento informacional de pacientes. *Inf. & Soc* 2016 Mai/ Ago; 26(2): 225-38.
9. Wellichan DSP. Comportamento informacional de profissionais no domínio da saúde: um estudo junto ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Dissertação [mestrado] - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Filosofia e Ciências; 2015.
10. Flanagan, JC. The critical incident technique. *The Psychological Bulletin* 1954; 51(4):327-58.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 70. ed. Lisboa: Ltda; 2015.
12. Samuel, Senait; Bayissa, Getachew; Asaminewu, Selam; Alaro, Tesfamichael. Electronic Information Sources Access and Use for Healthcare Services in Governmental and Non-Governmental Hospitals of Western Oromia, Ethiopia: A Cross Sectional Study. *Ethiop J Health Sci* 2016 Jul; 26(4): 341-50.
13. Becerril-Montekio, Victor; Alcalde-Rabanal, Jacqueline; Darney, Blair G; Orozco-Nuñez, Emanuel. Using systematized tacit knowledge to prioritize implementation challenges in existing maternal health programs: implications for the post MDG era. *Health Policy Plan* 2016 Oct; 31(8):1031-8.
14. Lemos B, Joia LA. Fatores relevantes à transferência de conhecimento tácito em organizações: um estudo exploratório. *Gest. Prod* 2012; 19(2):233-46.
15. Cavalcante RB, Bernardes MFVG, Gontijo TL, Guimarães EAA, Oliveira VC. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades e subutilização no processo decisório. *Cogitare enferm* [periódico na Internet]. 2013 Set [citado 2016 Nov 07]; 18(3): 460-467. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000300006&lng=pt.

A ENFERMAGEM EM OBRAS CLÁSSICAS DA LITERATURA: ESTUDO COM BASE SOCIOLINGUÍSTICA

Onã Silva¹, Mauricio Apolinário², Taka Oguisso³

Objetivo: a história de uma profissão pode ser contada por quem a vivencia na prática, a analisa ou a imagina. Historicamente, alguns escritores incluíram a enfermagem em suas obras literárias. **Objetivo:** analisar o ofício da enfermagem, em obras literárias clássicas, utilizando a técnica sociolinguística. **Metodologia:** estudo histórico com aplicação de análises sociolinguísticas em nove obras literárias que descrevem a enfermagem. **Resultados:** diálogos das obras referentes à enfermagem, extraídos das narrativas sobre as personagens criadas pelos escritores selecionados, forneceram análises sociolinguísticas. **Conclusões:** a literatura é um campo histórico importante para o desenvolvimento de estudos que permitirão aprofundar análises sobre a identidade profissional da enfermagem.

Descritores: Enfermagem, História da Enfermagem, Literatura.

NURSING IN CLASSICAL LITERARY COMPOSITIONS: A STUDY BASED ON SOCIOLINGUISTIC METHOD

Objective: A story of a profession may be told by those who live it in practice, analyzes it or imagines it. Historically, some writers have included nursing in their literary compositions. **Objective:** to analyze the nursing service through classical literature compositions, utilizing the socio-linguistic technique. **Method:** historical study through application of the sociolinguistic analysis within nine literary compositions that have described nursing. **Results:** dialogues from the compositions related to nursing, extracted from those narratives about the characters created by selected writers, have provided a very interesting sociolinguistic analysis. **Conclusion:** literature is a very important historical field for the development of studies which will allow further analysis on the identity of the nursing professional.

Descriptors: Nursing, Nursing History, Literature.

LA ENFERMERÍA EN OBRAS CLÁSICAS DE LITERATURA: UN ESTUDIO CON BASE SÓCIO-LINGÜÍSTICA

Objetivo: La historia de una profesión puede ser contada por quien la vivencia en la práctica, la analiza, o la imagina. Historicamente, algunos escritores han incluido la enfermería en sus obras literarias. **Objetivo:** analizar el trabajo de enfermería en obras literarias clásicas, utilizando-se la técnica sociolinguística. **Método:** estudio histórico con utilización de análisis sociolinguísticas en nueve obras literárias que describen la enfermería. **Resultados:** diálogos de las obras referentes a la enfermería, extraídos de las narrativas sobre los personajes creados por los escritores seleccionados, han ofrecido análisis sociolinguísticas. **Conclusiones:** la literatura es un campo histórico importante para el desarrollo de estudios que permitirán aprofundar análisis sobre la identidad profesional de enfermería.

Descriptor: Enfermería, Historia de la Enfermería, Literatura.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Secretaria de Estado de Saúde. Brasília, DF. E-mail: onatil.silva@gmail.com

²Professor de Português e Literatura. Especialista em História do Brasil e Região. Escritor. Brasília, DF

³Enfermeira e advogada. Professora Titular. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (aposentada). São Paulo, SP.

INTRODUÇÃO

Em pesquisa histórica, faz-se importante recorrer ao tempo pretérito, pois os fatos acontecidos – ou narrados – contribuem na explicação do presente. Pensando assim, os autores reportaram-se às literaturas clássicas para conhecer o imaginário dos escritores acerca da enfermagem e/ou ofício do enfermeiro, nos séculos passados.

Nota-se, pelas publicações, que os estudos para historicizar a profissão de enfermagem têm sido, majoritariamente, de autoria dos próprios profissionais, voltados às histórias biográficas e institucionais⁽¹⁻⁵⁾.

Inegavelmente que os estudos citados – e outros publicados – são contributos à profissão do cuidar. Entretanto, no percurso histórico, observou-se que são raras as produções literárias criadas no campo do saber da enfermagem – romances, contos, novelas, por exemplo – abordando os fatos e as vivências pelo olhar daqueles que realmente estão na lida cuidativa.

Problematiza-se que essa carência da literatura no campo saber-enfermagem deve-se ao fato de a profissão ter a sua base tecnicista, comprometendo a reatualização do *habitus* dos seus agentes, para as novas atuações, incluindo a produção científica escrita utilizando as linguagens literárias. Poucos agentes da enfermagem, na trajetória profissional, têm reatualizado o *habitus* e investido em produções literárias⁽⁵⁻⁶⁾.

Destarte, considerando a relevância de estudos que abordam a história da enfermagem sob o ponto de vista literário – e que esses oportunizam o desenvolvimento científico e a construção de referencial histórico das profissões – os autores trabalharam na construção deste artigo. Idealizou-se como objetivo: analisar o ofício da enfermagem em obras clássicas literárias utilizando a técnica da sociolinguística.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo histórico, desenvolvido com aplicação de técnicas da análise sociolinguística, em obras literárias que retratam a enfermagem. Utilizaram-se como fontes primárias nove obras literárias clássicas, escritas por autores brasileiros e portugueses do período do Romantismo e Realismo-Naturalismo, com alguma referência à enfermagem ou ao seu ofício.

Na coleta de dados, identificaram-se seis escritores, cujas obras foram lidas e analisadas, extraindo-se os diálogos ou extratos textuais relativos à enfermagem ou ao ofício de cuidar prestado pelos personagens.

RESULTADOS

A enfermagem nas obras clássicas da literatura

A célebre definição de Florence Nightingale sobre a enfermagem tem aspectos literários e de arte:

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Algumas obras de autoria de profissionais de enfermagem, tais como romances, poesias e outros gêneros, estão sendo desenvolvidas e publicadas, nos últimos anos⁽⁵⁻⁶⁾.

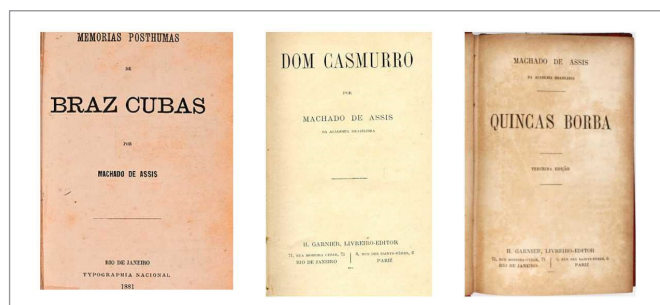
Identificou-se na literatura brasileira que alguns escritores criaram em suas obras personagens no ofício de enfermeiro. Dentre esses, cita-se o escritor cearense José de Alencar (1829-1877), considerado o precursor do romantismo no Brasil. Nas obras *Luciola* (1862) e *O Gaúcho* (1870)⁽⁷⁻⁸⁾, existem cenas e diálogos referenciando a enfermagem prática (Figura 1).

Figura 1 - Imagens das capas das obras de autoria de José de Alencar.



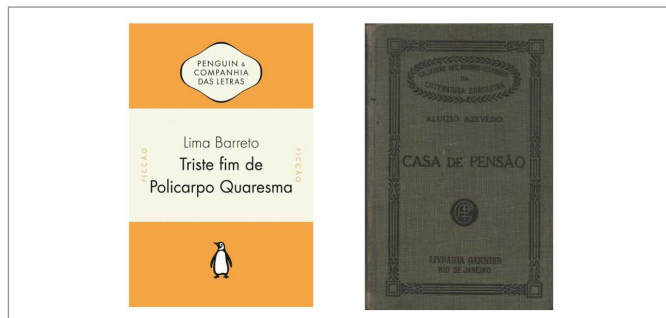
No período do Realismo-Naturalismo, outros escritores retrataram a enfermagem. Machado de Assis (1839-1908), grande escritor – fundador e Presidente da Academia Brasileira de Letras –, fez referência à enfermagem nestas obras: *Memórias póstumas de Brás Cubas* (1881), *Quincas Borba* (1891), *Dom Casmurro* (1915)⁽⁹⁻¹¹⁾ e no conto *O Enfermeiro* (Figura 2).

Figura 2 - Imagens das capas das obras de autoria de Machado de Assis.



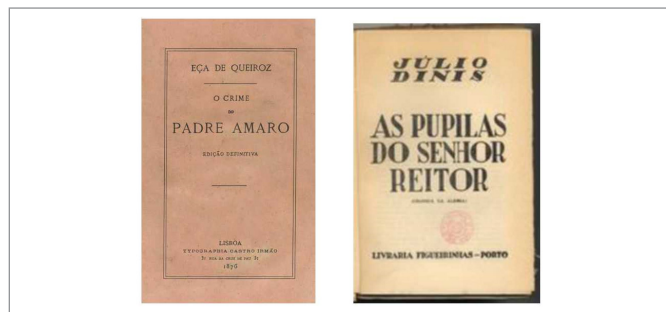
Lima Barreto (1881-1922), escritor do período do Realismo, faz alusão ao ofício do enfermeiro, na obra *Triste fim de Policarpo Quaresma* (1915)⁽¹²⁾. O maranhense Aluizio Azevedo (1857-1913), pioneiro do Naturalismo, ao escrever *Casa de Pensão* (1884)⁽¹³⁾, incluiu cenas retratando a enfermagem prática (Figura 3).

Figura 3 - Imagens das capas das obras de autoria de Lima Barreto e Aluizio Azevedo.



Na literatura portuguesa, alguns escritores também incluíram a enfermagem nas páginas de seus livros, tais como Eça de Queiroz (1845-1900), que a abordou em *O crime do Padre Amaro* (1875)⁽¹⁴⁾; enquanto que Júlio Dinis (1839-1871)⁽¹⁵⁾ a retratou em *As pupilas do senhor reitor* (1867) (Figura 4).

Figura 4 - Imagens das capas das obras de autoria de Eça de Queiroz e Júlio Dinis



DISCUSSÃO

Análise sociolinguística de obras da literatura brasileira

Sociolinguística pode ser definida como o estudo do comportamento linguístico dos membros de uma comunidade e de como ele é determinado pelas relações sociais, culturais e econômicas existentes⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. O estudo dos aspectos sociolinguísticos na obra literária é fundamental para a análise sociocultural das personagens, pela verificação do vocabulário que marcou a classe social, os tipos sociais ou, no caso, determinada profissão em sua época⁽¹⁸⁾.

No plano textual, têm-se a forma (elemento físico) e o conteúdo (representação abstrata); o conteúdo está ligado à forma e dela é interdependente. A análise semântico-lexical e semântico-gramatical da linguagem utilizada pelo escritor – na

literatura existente em sua aplicação escrita e lida –, realizada sob o enfoque do comportamento linguístico influenciado pelos fatores socioculturais, apresenta-nos a profissão no contexto da personagem. No entanto, o texto, como produto da atividade verbal humana e, dessa forma, possuidor de caráter social, está caracterizado não só por seu estrato semântico, mas também pelo comunicativo, cuja construção sintática se articula com base na sua integração em um contexto e – em relevância neste trabalho – na dependência das intenções do narrador e da personagem⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Machado de Assis buscou, em sua obra, nivelar a narração e os diálogos “por cima”, evitando, geralmente, a transcrição do nível coloquial. Interessante notar que, com exceção de *Dom Casmurro*⁽¹¹⁾, em que foi Capitu quem serviu de enfermeira, assim como no conto *O enfermeiro*, também nos romances *Memórias póstumas de Brás Cubas* e *Quincas Borba*⁽⁹⁻¹⁰⁾, quem pratica tal serviço são dois homens, ainda que, no primeiro romance citado, ele compare o ofício de enfermeira ao de mãe ou de irmã, qualificando-o como um “ofício feminino”, ou seja, função exercida apenas por mulheres.

Outra aparente contradição relacionada a tal ofício é que, enquanto em *Quincas Borba* e no conto *O enfermeiro* Machado de Assis não deixa de sinalizar, ainda que subliminarmente, a importância de seu papel em servir aos enfermos, em *Memórias póstumas de Brás Cubas* o narrador-personagem ousa dizer que “estava só, em casa, com um simples enfermeiro”, ocorrendo o adjetivo “simples” no domínio do substantivo “enfermeiro” como atributo, a ele anteposto, colocação em que passa a ter a significação de mero, comum, que se encontra em nível pouco elevado de uma escala hierárquica; o oposto de “enfermeiro simples”, no sentido de modesto.

Em José de Alencar, por sua vez, a função é exercida por ambos os gêneros: tem-se, no romance *Lucíola*⁽⁷⁾, a Sr.^ª Jesuína, mulher de 50 anos, na função de enfermeira, e, em *O gaúcho*⁽⁶⁾, Manuel Canho, ainda um moço. O mesmo ocorre em *Casa de pensão*⁽¹³⁾, de Aluizio Azevedo, em que, na ausência da mulata que cuidava do enfermo, um copeiro fazia as vezes de enfermeiro.

Dos autores brasileiros e portugueses pertencentes ao Romantismo e ao Realismo/Naturalismo, citados neste trabalho, apenas Lima Barreto e Eça de Queiroz situam o enfermeiro no hospital – no primeiro, atuando junto a um médico –, como se pode observar nos trechos abaixo, extraídos, respectivamente, dos romances *Triste fim de Policarpo Quaresma*⁽¹²⁾ e *O crime do Padre Amaro*⁽¹⁴⁾ – já com ares de profissionalização:

Já era médico do Hospital Sírio, onde ia três vezes por semana e, em meia hora, via trinta e mais doentes. Chegava, o enfermeiro dava-lhe informações, o doutor ia, de cama em cama, perguntando: “Como vai?”

Uma tarde, que fora visitar uma prima enfermeira no hospital...

Nos romances e no conto analisados, o ofício de enfermeiro é exercido por parentes do enfermo, por conhecidos, criados da casa, ou pessoas contratadas da sociedade, em sua maioria de nível social médio.

Enquanto para a gramática tradicional a Morfologia é a parte que estuda as classes de palavras, seus paradigmas de flexões com suas exceções, para a linguística é o estudo da constituição das palavras e dos processos pelos quais elas são construídas a partir de suas partes componentes, os morfemas. A Sintaxe, por sua vez, é, segundo a gramática normativa, a parte que estuda as palavras enquanto elementos de uma frase, as suas relações de concordância, subordinação e ordem, e, para a linguística, o componente do sistema linguístico que determina as relações formais que interligam os constituintes da sentença, atribuindo-lhe uma estrutura⁽¹⁶⁾.

O substantivo (termo determinado) permite a representação linguística “objetivada” seres, objetos, relações, processos, propriedades. É, portanto, uma classe gramatical “nomeadora”, cuja função principal é a de exprimir o mundo extralinguístico⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O adjetivo (termo modificador) é a classe de lexema que, semanticamente, designa qualidades, propriedades ou relações, valores semânticos que não ocorrem de forma independente da realidade. Conforme o plano lexical ou semântico, os adjetivos podem ser divididos em duas subclasses: os adjetivos qualificativos – que denotam uma qualidade inerente às coisas, e os únicos que podem ser usados atributiva e predicativamente –, e os adjetivos relacionais – que indicam a relação da coisa designada pela palavra de relação com outra. O valor qualificativo ou relacional depende, muitas vezes, do contexto em que o adjetivo ocorre⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O verbo é a unidade de significado categorial que configura os processos da realidade objetiva no seu enquadramento temporal, caracteriza-se por ser um molde pelo qual organiza o falar seu significado lexical, e pode ser distinguido, com base no significado genérico dos lexemas verbais, em verbo de ação, verbo de processo e verbo de estado⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

José de Alencar, tanto em *Lucíola* quanto em *O gaúcho*, refere-se à enfermagem como uma profissão não institucionalizada:

Achei instalada em sua casa, como enfermeira, uma tal Sr.ª Jesuína...

Manuel passou a noite, como o dia, fazendo o ofício de enfermeiro.

No primeiro enunciado, tem-se o adjunto adverbial de conformidade “[trabalhando] como enfermeira”, e, no segundo, o verbo de ação “fazer” no sentido de “executar”, seguido da locução adjetiva “de enfermeiro”.

Repete-se a hipótese nos seguintes textos de Eça de Queiroz, sendo que no primeiro enunciado, o verbo “ocupar”

caracteriza-se por dois actantes: “os serviços de enfermeira” como sujeito-agente – “de enfermeira” uma locução adjetiva – e a forma pronominal “na” como objeto direto da frase ativa. No segundo, o grupo adjetivado “de enfermeiro” atua como pós-determinante nominal do substantivo nuclear “zelo”. E, no terceiro, tem-se uma estrutura nominal, com o verbo “ser” [foi] indicando estado, seguido do atributo “enfermeira da velha”.

Demais, os serviços de enfermeira ocupavam-na... / ... ficando com ele até à uma hora da noite num zelo de enfermeiro. Que rapaz! (O crime do Padre Amaro)

Durante um ano Juliana, roída de ambição, foi a enfermeira da velha. (O primo Basílio)

A mesma hipótese de profissão não institucionalizada pode-se depreender nos textos de Machado de Assis, Camilo Castelo Branco e Júlio Diniz:

...quis que Capitu lhe servisse de enfermeira” (Dom Casmurro)

Durou o cargo de enfermeiro mais de cinco meses, perto de seis. (Quincas Borba)

...e queria que ela fosse a enfermeira do meu doente... / Fazerem-na enfermeira dum doente... (Amor de perdição)

Durante a moléstia, foi Margarida desvelada e incansável enfermeira... (As pupilas do Senhor Reitor)

Nos cinco enunciados acima, observam-se, respectivamente: a) o verbo de ação “servir” é transitivo e tem dois actantes: o sujeito-agente da frase ativa “Capitu”, o objeto indireto “lhe”, seguido do adjunto adverbial de conformidade “de [como] enfermeira”; b) o sintagma nominal “o cargo de enfermeiro” é o agente da ação do verbo “durar”, sendo “de enfermeiro” um modificador do termo nuclear “cargo”; c) o verbo de estado “ser” (fosse), seguido do grupo adjetival “a enfermeira do meu doente” e “desvelada e incansável enfermeira”, funcionando como atributos dos sujeitos “ela” e “Margarida”; e, d) uma estrutura verbo-nominal com o verbo “fazer” como verbo transitivo direto pronominal e indireto predicativo (TDpIPred), sendo “enfermeira” atributo dado ao objeto direto “na” [ela], e “dum doente” o actante beneficiário da ação verbal.

O uso de adjetivos qualificativos e verbos de ação e de estado encontra-se presente em alguns autores, ao se referirem ao ofício de enfermeiro. Segundo Machado de Assis, no conto *O enfermeiro*, tal função deve ser exercida por “pessoa entendida, discreta e paciente”. No romance *Quincas Borba*, o autor descreve Rubião como “paciente, risonho, múltiplo” no exercício da enfermagem. Júlio Diniz, em *As pupilas do Senhor Reitor*, retrata Margarida no papel de enfermeira como “desvelada e incansável”, além de “carinhosa” para com a enferma. Todas essas qualificações Eça de Queiroz resume, em *O crime do Padre Amaro*, na expressão “zelo de enfermeiro”.

Verbos de ação e de estado também estão presentes nessas

obras. Em *Luciola*, José de Alencar destaca que “a Sr.^a Jesuína tinha sempre um remédio a dar, um travesseiro a endireitar, uma recomendação a fazer” – o verbo “ter”, acompanhado do advérbio de tempo “sempre”, denota obrigação ou dever de executar a ação expressa nas orações relativas atributivas restritivas *a dar, a endireitar, a fazer*, aqui reduzidas de infinitivo, e apresentadas de forma tríplice, como forma de reforçar a ação da enfermeira. Em *Quincas Borba*, de Machado de Assis, encontra-se o enfermeiro “ouvindo as ordens do médico, dando os remédios às horas marcadas, saindo a passeio com o doente, sem esquecer nada...” – *ouvindo/dando/saindo*, no gerúndio, indicam ação contínua, que nunca termina.

A literatura também mostra os transtornos que surgem durante o processo do cuidar, o que é retratado por Machado de Assis, no conto *O enfermeiro*: “... uma vida de cão, não dormir, não pensar em mais nada, recolher injúrias, e, às vezes, rir delas, com ar de resignação e conformidade...”. Tais percalços, no entanto, são minimizados – pelo autor e a personagem – na utilização dos substantivos abstratos “resignação” e “conformidade”, designando o estado vivenciado dia a dia pelo enfermeiro.

Cotejando a história da enfermagem com as obras analisadas – no tempo originário das publicações, fim do século XIX –, encontraram-se resultados deveras significativos, pois os escritores criaram personagens fictícios no ofício de enfermagem atuando de forma prática, sem formação profissional, conforme a análise sociolinguística efetuada.

O material histórico encontrado referente às personagens é coerente com a época da publicação das obras. Ou seja, pela história e tratamento analítico realizado, as personagens literárias, nas cenas romanceadas, realizam apenas ofício de enfermagem – serviço prestado à comunidade, sem definição de regras–; e não exerciam a profissão – atividade composta de corpo profissional que possui título da formação, exerce atividade semelhante, tem organização associativa e código de ética e deontologia⁽¹⁾; as obras mostram a enfermagem anterior à formação acadêmica.

CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou dados históricos e significativos sobre a enfermagem, pelo olhar de escritores de literatura, que construíram distintas personagens praticando ações do cuidar, contextualizadas no período de não institucionalização e formação profissional.

Da análise sociolinguística, desvelaram-se ações praticadas pelas personagens – o típico ofício –, associadas ao cuidado pré-profissional, apresentando questões importantes para a história da enfermagem.

As obras literárias revelaram-se materiais históricos valiosos para a enfermagem – a despeito de evidenciar as personagens atuando de forma prática e fictícia –, mas tais ações relacionadas ao cuidar, nas páginas de obras literárias clássicas, constituem registros da importância da enfermagem desde os tempos pretéritos.

REFERÊNCIAS

- Oguisso T, Souza Campos PFS, Moreira A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. *Enferm. Foco*. 2011. [Acessado em 3 out 2016]; 2(sup):68-72.
- Oguisso T, Souza Campos PF, Moreira A. Por que e para que estudar história da enfermagem? *Enferm Foco*. 2013. [Acessado em 21 out 2016]; 4(1): 49-53.
- Soares MI, Vieira NF, Souza Júnior DI, Silva NCM, Resck ZMR. A produção do conhecimento na enfermagem à luz do modelo *nightingaleano*: uma revisão narrativa. *Hist. Enf. Rev. Eletr (HERE)*. [Internet]. 2014. [Acessado em 11 nov 2016]; 5(2): 239-248. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num2artigo6.pdf>
- Silva O, Alves ED, Rodrigues MCS. Liricidad y toque de arte para la producción del conocimiento estético de enfermería – una reflexión poética inspirada en la Teoría de la Complejidad. *Cultura de los Cuidados* [internet]. 2014. [Acessado em 15 out 2016]; 18(39):14-29. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/40063/3/Cultura_Cuidados_39_03.pdf
- Pinheiro FT, Mendes F. (2012). As enfermeiras e a enfermagem na época vitoriana segundo a obra de Anne Perry. *Hist. Enf. Rev. Eletr (HERE)*. [Internet]. 2012. [Acessado em 20 dez 2016]; 3 (2): 97-108. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num2artigo1.pdf>
- Oguisso T, Silva O. Literatura y enfermería: Fuentes y saberes para investigación en historia. *Cultura de los Cuidados*. [Internet]. 2017. [Acessado em 10 mai 2017]; 21(47): 129-148. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/65770/1/CultCuid_47_11.pdf
- Alencar J. *O gaúcho*. São Paulo: Martin Claret;2014.
- Alencar J. *Luciola*. 5ª ed. São Paulo: Melhoramentos;2012.
- Assis M. *Memórias póstumas de Brás Cubas*. Rio de Janeiro: Penguin Companhia;2014.
- Assis M. *Quincas Borba*. Rio de Janeiro: Penguin Companhia;2012.
- Assis M. *Dom Casmurro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;2007.
- Barreto L. *Triste fim de Policarpo Quaresma*. Porto Alegre: L&PM Editores, 2010.
- Azevedo A. *Casa de pensão*. São Paulo: Editora Ateliê;2014.
- Queiroz E. *O crime do Padre Amaro*. São Paulo: Editora Ática;1989.
- Dinis J. *As pupilas do Senhor Reitor*. 8ª ed., São Paulo: Editora Ática, 1987.
- Preti D. *Sociolinguística: os níveis da fala, um estudo sociolinguístico do diálogo literário*. 9ª ed. São Paulo: Edusp; 2003.
- Houaiss A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva;2009.
- Silva MS. O estudo da variação linguística no diálogo de ficção. *ANTHESIS: Revista de Letras e Educação da Amazônia Sul-Ocidental*. [Internet]. 2014. [Acessado em 7 dez 2016]; 3(5): 1-22. Disponível em: <http://revistas.ufac.br/revista/index.php/antthesis/article/download/161/69>
- Vilela M, Koch IV. *Gramática da língua portuguesa*. Coimbra, PT: Almedina;2001.
- Bechara E. *Moderna gramática portuguesa*. Rio de Janeiro: Lucerna; 2015.

ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS E SOBREVIVENTES DA TRAGÉDIA KISS: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA REDE DE SAÚDE

Dione dos Santos Camaran¹, Denise Marcuzzo¹, Janaina Cervo Pilecco², Adriana Dall'Asta³, Juliana Colomé⁴, Dirce Stein Backes⁵

Objetivo: analisar depoimentos de profissionais da saúde e autoridades públicas, publicados em jornais de circulação regional e estadual, para conhecer potencialidades e fragilidades vivenciadas por ocasião da tragédia Kiss. Metodologia: estudo documental, retrospectivo, qualitativo, realizado a partir de 52 depoimentos de profissionais da saúde e de três autoridades públicas, publicados nos jornais: A Razão, Diário de Santa Maria e Zero Hora, na versão *online*. Resultados: após análise dos depoimentos, foram criadas duas unidades de análise: potencialidades e fragilidades vivenciadas na rede de saúde, destacadas pelos atores envolvidos na rede. Conclusão: articulação entre os profissionais e serviços da rede de Saúde, agilidade na captação de recursos humanos e materiais, centralização de materiais e medicamentos, qualidade da assistência prestada pelos profissionais, bem como o apoio solidário de grupos de voluntários foram fundamentais para a minimização da dor e do trabalho exaustivo dos profissionais que atuaram no socorro às vítimas da tragédia Kiss.

Descritores: Tratamento de Emergência, Intoxicação por Monóxido de Carbono, Incêndios Urbanos, Profissionais de Saúde.

THE HEALTH SUPPORT FOR VICTIMS AND SURVIVORS OF THE KISS TRAGEDY: POTENTIALITIES AND THE FRAGILITIES OF THE HEALTH NETWORK

Objective: to analyze the testimonies of health professionals and public authorities, which were published in regional and state newspapers, in order to know the potentialities and the fragilities that were experienced by the occasion of the Kiss tragedy. Methodology: A documental study, retrospective, of qualitative character, conducted from 52 testimonies of health professionals, and three public authorities, that were published in regional and state newspaper, A Razão, Diário de Santa Maria and Zero Hora journals, respectively, an online version. Results: After the analysis of the testimonies, two units of analysis were created. Conclusion: The articulation between professionals and the health network service, centralization of the materials and medicines, quality of the assistance provided by the health team, as well as the solidary support of the volunteer groups, which were fundamental to minimize the pain and the exhausting work of the professionals who worked in the rescue of the victims of the tragedy.

Descriptors: Emergency Treatment, Carbon Monoxide Poisoning, Urban Fires, Health Professionals.

ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS Y SOBREVIVIENTES DE LA TRAGEDIA KISS: FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA RED DE SALUD

Objetivo: analizar testimonios de profesionales de la salud y las autoridades públicas, publicados en periódicos de circulación regional y estatal, para señalar los puntos fuertes y débiles experimentadas durante la tragédia Kiss. Método: Se trata de un documental, retrospectivo, cualitativa, realizada entre el 52 testimonios de profesionales de la salud y tres autoridades públicas, publicados en los periódicos: La Razón, Diario de Santa María y en Zero Hora versión en línea. Resultados: Después de la recopilación y análisis de los estados seleccionados, se le dieron dos unidades de análisis. Conclusión: Se concluye que la relación entre los profesionales de la salud y servicios de red, la agilidad en la captura de los recursos humanos y materiales, la centralización de los suministros y medicamentos, la calidad de la atención prestada por el personal de salud, y el apoyo y la solidaridad grupos de voluntarios fueron fundamentales para minimizar el dolor y exhaustivo trabajo de los profesionales que han trabajado para ayudar a las víctimas de la tragedia Kiss.

Descritores: Tratamento de Emergência, Intoxicação Monóxido de Carbono, Profissionais de la Saúde.

¹Enfermeira formada pelo Centro Universitário Franciscano.

²Enfermeira. Mestranda em Saúde Materno Infantil do Centro Universitário Franciscano.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida do Centro Universitário Franciscano.

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil e do Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida do Centro Universitário Franciscano.

INTRODUÇÃO

Em diferentes épocas e diferentes lugares do mundo, registraram-se grandes e inesquecíveis tragédias, que imprimem marcas profundas na vida de pessoas, famílias e/ou comunidades^(1,2). No Brasil, destacam-se tragédias, como em 1961, em Niterói, Rio de Janeiro, quando no incêndio do "Gran Circo Norte-Americano", 503 pessoas morreram, sendo sete crianças em cada dez mortos⁽³⁾. Outra tragédia ocasionada por incêndio ocorreu em São Paulo, no edifício Andraus, provocando 16 mortes e 330 feridos. Dois anos depois, em 1974, outro incêndio, também em São Paulo, matou 188 pessoas e deixou 345 feridas⁽³⁾.

Já em 1976, em Porto Alegre, 41 pessoas morreram e mais de 60 ficaram feridas, em incêndio de prédio comercial; no Rio de Janeiro, em 1986, outro incêndio em prédio comercial vitimou 23 pessoas, com mais de 40 feridas. Em 2000, doze crianças entre dois e quatro anos morreram quando um aquecedor incendiou uma creche em Uruguaiana, no Rio Grande do Sul. No Canecão Mineiro, em Belo Horizonte, incêndio provocado por queima de fogos, resultando na morte de sete pessoas, e cerca de 300 feridos⁽⁴⁾.

Nesse estudo, no entanto, o foco de análise será a tragédia da Boate Kiss, ocorrida em 27 de janeiro de 2013, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, decorrente de incêndio, provocado por efeitos pirotécnicos durante apresentações musicais, vitimando 242 pessoas e outras centenas feridas, predominantemente estudantes universitários. O fogo iniciou por volta das duas horas, na espuma do isolamento acústico do teto, alastrando-se rapidamente, devido ao material inflamável que produziu fumaça preta e tóxica⁽⁵⁾.

Devido à inalação da fumaça, resultante da combustão incompleta de produtos, houve lesão inalatória, seguida de processo inflamatório das vias aéreas superiores e inferiores, causando obstrução e bronco espasmo nas vítimas. O processo inalatório evoluiu rapidamente para insuficiência respiratória, edema e infecção pulmonar, o principal responsável pelas mortes, decorrente de intoxicação sistêmica, associada a queimaduras pelo corpo⁽⁴⁾. A lesão inalatória relacionada à extensão da queimadura aumentou em torno de 20% os óbitos. A intoxicação ocorreu, mais especificamente, por monóxido de carbono (cianeto), causando tosse e queimaduras na região retroesternal^(6,7). Logo, a organização e a atuação da rede de saúde local e regional foram essenciais para evitar uma catástrofe ainda maior.

Com base no exposto e considerando a atuação proativa do enfermeiro na rede de atenção às Urgências e Emergências, objetivou-se analisar depoimentos de profissionais da saúde e autoridades públicas, publicados em jornais de circulação regional e estadual, para conhecer potencialidades e fragilidades vivenciadas por ocasião da tragédia Kiss.

Considera-se que a análise desses depoimentos permite a ampliação do entendimento de conceitos e processos de trabalho, possibilitando a compreensão dos avanços e dos desafios a serem superados para a qualificação de Rede Urgência Emergência local e regional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, de caráter qualitativo. Esse tipo de estudo fundamenta-se em informações documentais consideradas fontes primárias de dados, ou seja, matéria prima cujo conteúdo textual não fora analisado previamente⁽⁸⁾. Um documento, em outras palavras, é um suporte que contém informação registrada, formando uma unidade, que pode servir para consulta, análise, estudo ou prova^(9,10).

O processo de investigação e análise seguiu as seguintes etapas: 1) busca dos depoimentos nos *sites* dos três jornais de circulação regional e estadual; 2) análise preliminar e flutuante dos depoimentos; 3) seleção dos documentos relacionados ao objetivo proposto; 4) identificação das potencialidades e fragilidades; 5) construção das unidades de análise; e 6) realização de julgamentos e interpretações⁽¹¹⁾.

Os documentos que compuseram o *corpus* deste estudo foram depoimentos de profissionais da equipe de saúde que atuaram por ocasião da tragédia Kiss e depoimentos de autoridades públicas, locais, estaduais e nacionais, relacionados à atuação em rede, publicados entre setembro/2015 e março/2016, em três jornais: A Razão, Diário de Santa Maria e Zero Hora nas versões *online*. Foram excluídos depoimentos de voluntários, familiares e/ou expectadores. Para os depoimentos, foram atribuídos codinomes, de acordo com a sequência das buscas no *site* dos referidos veículos de comunicação, como (D1, D2...D52 e A1, A2, A3).

No total, foram selecionados e analisados 52 depoimentos de profissionais da equipe de saúde e de três autoridades públicas diretamente envolvidas no processo. Após o agrupamento dos significados dos depoimentos selecionados, foram criadas duas unidades de análise e interpretação, a seguir apresentadas.

RESULTADOS

Potencialidades vivenciadas na rede de saúde

As potencialidades vivenciadas na rede de saúde estão relacionadas a sua organização, total desempenho e envolvimento em todos os pontos. Apesar do choque inicial, todos os profissionais se mobilizaram por uma causa comum: *"Era chocante, cadáver para lá, para cá, três ou quatro filas. Tenho certeza que o pessoal se chocou. Mas pensava: Não posso me dar esse direito, tenho que trabalhar e fazer alguma coisa para ajudar"* (D1). *"Quando cheguei ao local, o cenário*

parecia de guerra, de terror, mas uma guerra organizada [...] tudo teve uma engrenagem, uma fluência que não consigo entender e explicar” (D3).

A articulação dos profissionais de saúde entre si e com os órgãos governamentais constituiu-se em outra potencialidade. Essa percepção fica evidente no depoimento de um médico, quando destaca que atender vítimas de um incêndio dessa proporção é desafiador para qualquer profissional, tendo buscado informações com médicos de outras regiões que vivenciaram realidades semelhantes: *“Estamos usando a experiência do 11 de Setembro; mas lá não foi incêndio. Buscamos parcerias.” (D9).*

Segundo a Secretária Estadual da Saúde, todas as entidades federativas articularam-se. A parceria entre os diversos serviços e hospitais foi bem sucedida aos pacientes com queimaduras, pois o objetivo dessa fase era *“garantir a integralidade do cuidado em Saúde às vítimas do incêndio da Kiss, através do monitoramento da atuação da rede e do planejamento da continuidade do atendimento a médio e longo prazo” (A1).* Além das parcerias firmadas entre os serviços de saúde local, houve expressivo apoio da comunidade em geral, conforme declara o Prefeito Municipal: *“É uma tragédia tão grande, que não temos como explicar. Mesmo diante de toda a dor, não tem faltado leite, medicamento, sangue. As pessoas estão saindo de casa para ajudar como e com o que podem.” (A2).* Nessa mesma direção, um profissional da saúde destaca: *“Além dos serviços móveis de Urgência e Emergência, também motoristas particulares e taxistas apareceram para auxiliar às vítimas” (D40).*

Para uma enfermeira, a centralização da distribuição de medicamentos decorreu da necessidade de agilidade, evitando o deslocamento de pacientes até a 4ª Coordenadoria Regional da Saúde, como os demais pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) do município: *“A liberação de medicamentos segue um fluxo previsto em lei e isso foi revisto. Criamos um especial para liberar mais rapidamente” (D46).*

Além da rede local, estadual e nacional, o governo do Rio de Janeiro disponibilizou, para o Governo do Rio Grande do Sul, a Força Estadual de Saúde e o Hospital de Campanha. Avaliações de acompanhamento aos sobreviventes foram realizadas: *“A Força atuou aqui nos primeiros dias, depois esteve aqui durante os mutirões [até maio de 2013] e agora, como é do papel da própria Força, faz conosco as avaliações de acompanhamento dos sobreviventes” (D47).*

Outra potencialidade está relacionada ao conhecimento clínico dos profissionais no tratamento dos feridos, conforme relato de um profissional médico que, ao lado de sua equipe, tornou-se referência no tratamento dos feridos no incêndio: *“Usamos o broncoscópio flexível para o tratamento inicial. Através do nariz ou boca, ele consegue visualizar os brônquios do pulmão. Em um primeiro momento, usamos uma substância*

para soltar a fuligem que se aglomerou nos brônquios” (D51). O compartilhamento de saberes e práticas, com a presença voluntária de especialistas da área, de diversas partes do país, foi fundamental no atendimento às vítimas e sobreviventes.

Além das potencialidades, foram destacados gestos de solidariedade por parte das autoridades públicas e da comunidade em geral. De imediato, a Presidente Dilma Rousseff e ministros ofereceram recursos não só no resgate dos corpos, como no tratamento rápido e eficiente dos feridos. Além disso, a Presidente decretou luto oficial de três dias no país e o governador Tarso Genro, em homenagem à memória das vítimas da tragédia, decretou luto de sete dias no Rio Grande do Sul, prestando todo apoio necessário.

Fragilidades destacadas pelos atores envolvidos na rede

As fragilidades vivenciadas pelos profissionais da saúde na tragédia Kiss foram evidenciadas em poucos relatos, estando associadas ao despreparo profissional no atendimento a grandes tragédias, falta de leitos e de estrutura física e tecnológica adequada e suficiente, falta de liderança dos profissionais para organização dos grupos de voluntários, demora na liberação dos medicamentos necessários ao atendimento imediato, dentre outros.

O despreparo profissional para o atendimento de grandes tragédias ficou evidente na fala de um dos médicos: *“A falta do antídoto específico (hidrocobalamina) no país e o despreparo clínico para tratamento de intoxicados contribuiu para o prognóstico dos sobreviventes. Os pacientes receberam de forma infundada “Rubranova” uma forma da vitamina B12 (cobalamina) que contém “ciano”, estabelecendo um duplo erro nos cuidados aos intoxicados. Sendo assim, o uso da (hidrocobalamina) não foi eficaz nos pacientes devido ao início tardio” (D10).*

Em outro relato, ficou evidente que, embora a profissão exija preparação para enfrentar situações adversas, o médico não imagina um quadro tão singular e, ao mesmo tempo, chocante como o da tragédia Kiss, reconhecendo sua própria condição de vulnerabilidade: *“Foi uma situação de choque. Tantos jovens, com traumas tão graves. Foi uma tristeza inexplicável porque poderia ser algum familiar. Tantos com idades tão parecidas com a minha filha. Mas aí lembrei que precisava trabalhar para poder fazer alguma coisa” (D16).*

A falta de leitos e a inadequação das estruturas física e tecnológica, insuficientes para atender a demanda, marcaram o depoimento de outro profissional da saúde: *“Não tínhamos espaço e condições para acomodar todas as vítimas. Vários locais tiveram que ser improvisados e os pacientes tiveram que ser realocados. Não tínhamos ventiladores para todas as vítimas e por isso muitos tiveram que ser transferidos para Porto Alegre... não estávamos preparados para uma tragédia desta proporção” (D28).* As vítimas, na sua maioria, precisavam

de unidade de terapia intensiva, procedimentos especiais, cirurgias plásticas, intervenções medicamentosas e outros: *“Sentí uma sensação de impotência... não sabia por certo onde me focar”* (D32); *“Percebi a fragilidade do nosso sistema de saúde. Não estamos preparados e instrumentados para tragédias desta dimensão”* (D41).

A cobertura sensacionalista da mídia nacional, que provocou sentimentos adversos, sobretudo em familiares das vítimas, constituiu-se em outra fragilidade apontada por um profissional e uma autoridade: *“O que não deveria acontecer é uma turba de jornalistas apontando câmeras para o rosto de uma mãe que acabou de perder seu filho, exigindo saber como ela estava se sentindo. Freud já disse que o pesar é um processo íntimo* (D49). *Mas a mídia brasileira está transformando esta tragédia em um ‘reality show’* (A3).

DISCUSSÃO

A consolidação das redes se constitui em tarefa complexa, no entanto, possível e potencializadora de ações integradas de atenção à saúde, pela oferta de condições estruturalmente mais adequadas para a efetivação da integralidade da atenção e a redução dos custos dos serviços por imprimir uma racionalidade sistêmica pactuada pela solidariedade, conforme a experiência vivenciada na tragédia Kiss. Nesse caso, em especial, a atuação em rede mostrou-se eficiente e eficaz, contribuindo para a integralidade e a resolutividade da atenção à saúde. Reconhece-se que são esses processos associativos entre os diferentes serviços e desses com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção potencializem o processo de trabalho, independentemente do contexto e/ou realidade⁽¹²⁾.

O impacto da atuação profissional em rede, estimulado há vários anos pelo SUS, pode ser constatado, na prática, por ocasião da tragédia Kiss. Iniciativas como a Política Nacional de Humanização, a Política de Educação Permanente, dentre outras, têm contribuído no fomento de um novo pensamento na área da saúde⁽¹³⁾. O SUS tem propiciado o exercício da cidadania, pela corresponsabilização da sociedade na condução de práticas solidárias, apoiadas em um sistema de gestão colegiada, conforme demonstrado no apoio e na solidariedade da tragédia Kiss, pela comunidade e por parte do poder público.

Reconhece-se, gradativamente, que o SUS induziu novos arranjos de organização e gestão da rede, que visam ampliar a corresponsabilização dos usuários em geral e o fomento de processos de descentralização, pelo estímulo às parcerias e movimentos intersetoriais^(14,15). Mesmo reconhecendo, no entanto, que as iniciativas de expansão no acesso e para redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação no cuidado à saúde deveriam ser uma constante, seu fortalecimento, em geral, ocorre em grandes tragédias, como a da Boate Kiss. Arranjos de interlocução e pactuação

ficaram evidentes, sobretudo, na medida que diferentes profissionais, serviços, setores e órgãos federativos se uniram, potencializando o atendimento integral e continuado às vítimas dessa tragédia.

A atuação profissional em rede, uma das principais potencialidades evidenciadas, pode estar relacionada aos investimentos, por parte do SUS, no que se refere ao estabelecimento de arranjos e pactos sustentáveis. Tais arranjos envolvem trabalhadores e gestores do SUS e a participação efetiva da população, a partir de iniciativas dialógicas e compartilhadas. Assim, medir o alcance e a falibilidade da ação humana no enfrentamento de uma situação adversa – tragédia Kiss – que foge ao controle da tecnologia e da previsão; discutir possibilidades sociais e o compromisso médico diante do desprovimento de recursos físicos e psicológicos; direcionar uma atitude terapêutica sob os riscos de uma realidade inesperada e de complexidade extrema são alguns dos desafios vivenciados pelos profissionais da saúde em tragédias de grande dimensão⁽¹⁶⁾.

Evidenciou-se, por outro lado, fragilidades nessa mesma rede, associadas ao despreparo dos profissionais, às deficiências estruturais e organizativas e, ainda, à atuação invasiva da imprensa. É necessário, nessa direção, que se mobilizem processos de reflexão-ação coletiva que transcendam o momento/movimento pontual – tragédia – para alcançar um pensamento complexo/sistêmico. Não basta o reconhecimento dos problemas da rede de atenção à saúde, mas o estímulo à capacidade criativa, solidária e dialógica dos sujeitos, por meio da cooperação e das interações que sensibilizam para valores e benefícios coletivos. Ampliar espaços coletivos de integração em rede parece reforçar, nessa lógica, a dialogicidade entre os diferentes atores envolvidos e estimular mudança de valores com incorporação da aliança, comprometimento e solidariedade⁽¹⁶⁾.

É importante, com base na experiência realizada, que os profissionais de saúde, aqui em especial a Enfermagem, se engajem efetivamente na construção de novas maneiras de se relacionar e intervir no contexto da saúde. Além do desenvolvimento de competências e habilidades de liderança, capazes de contribuir para o fomento de processos dialógicos e interacionais, sobretudo, em situações adversas, é importante que o enfermeiro identifique lacunas do conhecimento, contribuindo para o fomento de políticas preventivas e de proteção à saúde dos indivíduos⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

A análise dos depoimentos demonstra a potencialidade da articulação entre os profissionais e serviços da rede de saúde, da agilidade na captação de recursos humanos e materiais, da centralização de materiais e medicamentos, da qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde, do apoio solidário

de grupos de voluntários, e da solidariedade da sociedade em geral. As fragilidades, por sua vez, estão associadas ao despreparo dos profissionais em fazerem frente à dimensão da tragédia, à insuficiência da estrutura física e tecnológica, à falta de liderança na organização de voluntários e à demora na liberação de medicamentos.

Conclui-se que a articulação entre os profissionais e serviços da rede de saúde, agilidade na captação de recursos humanos e materiais, centralização de materiais e medicamentos, qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde, como o apoio solidário de grupos de voluntários foram

fundamentais para minimizar a dor e o trabalho exaustivo dos profissionais que atuaram no socorro às vítimas da tragédia Kiss.

Recomenda-se, com base no estudo realizado, que cursos de formação da área da saúde, em geral, se engajem proativamente na formulação de políticas públicas, contribuindo para o enfrentamento de catástrofes; para os profissionais de enfermagem, em particular, para que compreendam o seu papel social e transformador das práticas instituídas. É preciso que o enfermeiro seja protagonista de novas abordagens de intervenção social, centradas na promoção e na proteção da saúde em seu sentido amplo e sistêmico.

REFERÊNCIAS

- Jacobi Pedro Roberto, Cibim Juliana. The necessary understanding of the enhanced consequences of a disaster. *Ambient. soc.* [Internet]. 2015 Dez [citado 2017 Mar 21]; 18(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2015000400001&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4422ASOCeditorialV1842015>.
- Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo; 2010.
- Camargo Z. Fantástico relembra piores tragédias por incêndios no Brasil. [Internet]. 2013 [acesso em 2015 jun 08]. Disponível em: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2013/01/fantastico-relembra-piores-tragedias-por-incendios-no-brasil.html>.
- Bassi E, Miranda LC, Tierno PFGMM, Ferreira CB, Cadamuro FM, Figueiredo VR, Damasceno MCT, Malbouisson LMS. Assistance of inhalation injury victims caused by fire in confined spaces: what we learned from the tragedy at Santa Maria. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(4):421-429.
- Roratto G, Baffa A. Tragédia em boate no RS: o que já se sabe e as perguntas a responder. [Internet]. 2013 [acesso em 2015 jun 08]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2013/01/tragedia-em-santa-maria-o-que-ja-se-sabe-e-perguntas-responder.html> e <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2013/01/relembra-outros-incendios-que-causaram-tragedias-em-boates.html>.
- Fachini PG. A tragédia de Santa Maria. *Estudos de Psicanálise*. [Internet]. 2014 [acesso em 2017 mar 20]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372014000100014&lng=pt&tlng=pt.
- Falk MLR, Gonçalves AVF, Santos DS, Oliveira FJAO, Fagundes LB, Ramos MZ, Sikilero RHAS. Depoimentos de profissionais de saúde sobre sua vivência em situação de tragédia: sob o olhar da Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2014; 18 (Supl 1):1119-24.
- Pereira MG. A seção de método de um artigo científico. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Mar 21]; 22(1): 183-184. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100020&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100020>.
- Augusto AC, Souza JP, Dellagnelo EHL, Cario SAF. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Rev de Economia e Sociologia Rural*. 2013; 51(4):745-6.
- Taquette SR, Minayo MCS, Rodrigues AO. The perceptions of medical researchers on qualitative methodologies. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(4):1-11.
- Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 2009; v.1, n.1, p.1-15.
- Motta BFB, Perucchi J, Filgueiras MST. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. *Rev. SBPH* [Internet]. 2014 Jun [citado 2017 Mar 21]; 17(1):121-139. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100008&lng=pt.
- Martins CP, Luzio CA. Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2014; 18(2014): 1099-106.
- Gomes D, Ramos FRS. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Mar 25]; 19(52): 9-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0412>.
- Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(3):427-432. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>.
- Hamel K, Backes DS, Giovanella L, Büscher A. Familiengesundheitsstrategie in Brasilien: Profilierung der Pflege in der Primärversorgung. *Pflege und Gesellschaft*, v. 21, p. 35-50, 2017.
- Charão A. Medicina solidária, altruísta, dos voluntários MSF. [Internet]. 2014 [acesso em 2017 mar 20]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=831>
- Amestoy SC, Backes VMS, Thofehn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(2):79-85.

DESENVOLVIMENTO DE UM WEBSITE EDUCACIONAL PARA O ENSINO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CARDIOLOGIA

Francisco Railson Bispo de Barros¹, Claudevan Viana Amâncio², Márcia Danielle da Silva Ferreira³

Objetivo: descrever o processo de criação de um *Website* educacional para acadêmicos e profissionais enfermeiros contendo informações sobre o Processo de Enfermagem em Cardiologia. **Metodologia:** pesquisa experimental descritiva, baseada no modelo teórico de Tronchim para a construção de *Website*, composta das fases de conceitualização, desenvolvimento, implementação e avaliação. **Resultados:** o site possui 50 páginas contendo informações, orientações, fotos e ilustrações, estruturadas em tópicos com os conceitos básicos da anatomia e fisiologia cardíaca, coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. **Conclusão:** a criação e desenvolvimento do *Website* foram descritos, podendo ser acessados no www.webcardio.net.br, na opção pesquisa.

Descritores: Internet, Ensino, Processos de Enfermagem, Cardiologia.

DEVELOPMENT OF AN EDUCATIONAL WEBSITE TO TEACH CARDIOLOGY IN THE NURSING PROCESS

Objective: To describe the process of creating an educational website for nursing and professional academics with information on the Nursing Process in Cardiology. **Methodology:** descriptive experimental research, based on the theoretical model of Tronchim to build websites, consisting of stages of conceptualization, development, implementation and evaluation. **Results:** The site has 50 pages containing information, directions, photos and illustrations, structured topics with the basics of anatomy and cardiac physiology, data collection, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation. **Conclusion:** the creation and development of the website have been described and can be accessed at www.webcardio.net.br the search option.

Descriptors: Internet, Education, Nursing Process, Cardiology.

DESARROLLO DE UN SITIO WEB EDUCATIVO PARA LA ENSEÑANZA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

Objetivo: Describir el proceso de creación de un sitio web educativo para enfermeras académicos y profesionales con información sobre el Proceso de Enfermería en Cardiología. **Metodología:** la investigación experimental descriptivo, basado en el modelo teórico de Tronchim para construir sitios web, que consiste en las etapas de conceptualización, desarrollo, implementación y evaluación. **Resultados:** el sitio tiene 50 páginas que contienen información, direcciones, fotos e ilustraciones, temas estructurados con los fundamentos de la anatomía y la fisiología cardíaca, la recopilación de datos, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. **Conclusión:** la creación y desarrollo de la página web se han descrito y se puede acceder en www.webcardio.net.br la opción de búsqueda.

Descriptorios: Internet, Educación, Proceso de Enfermería, Cardiología.

¹Enfermeiro. Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica. Fundação de Medicina Tropical. Email:raylsonbarros@hotmail.com

²Enfermeiro. Especialista em UTI. Centro Universitário do Norte - UNINORTE/Laureate.

³Enfermeira. Mestre em Ciências Aplicadas à Hematologia. UNINORTE/Laureate.

INTRODUÇÃO

A aprendizagem do processo de enfermagem tem sido uma preocupação constante no cenário da enfermagem, uma vez que é um método amplamente aceito e tem sido sugerido como um método científico para orientar e qualificar a assistência de enfermagem. O processo tem sido definido como forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados de enfermagem, sendo realizado por meio de cinco etapas interligadas, começando pela coleta de dados, seguido de avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação⁽¹⁾.

De acordo com as normas americanas e canadenses, a prática de enfermagem exige a utilização eficiente do processo de enfermagem e participação dos profissionais em atividades que contribuam para o desenvolvimento permanente de conhecimentos sobre essa metodologia. Na prática, porém, nem todas as etapas são sistematicamente aplicadas, sendo que estudos têm revelado dificuldades no estabelecimento e na utilização do processo de enfermagem nas instituições durante os últimos anos, especialmente no Brasil⁽¹⁻²⁾.

Estudos mostram que o processo de enfermagem apresenta fragilidade em sua aplicabilidade quando direcionado aos portadores de doenças cardiovasculares, seja por fatores estruturais do ambiente de trabalho, déficits do conhecimento do próprio processo como um todo ou em partes, e até mesmo da anatomia, fisiologia e patologias do sistema cardiovascular. Para que se pense em melhorias desse quadro, aluno e profissional necessitam atualizarem-se no âmbito teórico-prático, utilizando, entre outros meios, a internet, que se tornou um dos mais importantes veículos de transmissão de informações⁽³⁾.

Ensinar alunos e profissionais enfermeiros e mantê-los atualizados têm sido grandes desafios no meio acadêmico e hospitalar, que tem encontrado no ambiente digital de aprendizagem uma importante ferramenta de apoio. A divulgação de documentos eletrônicos e sites na web ganha espaço, destacando-se esses como fontes virtuais de hipertexto que funcionam como recursos para estudos e veículos de divulgação de informações, colocando o aluno ou profissional no controle do processo de aprendizagem⁽⁴⁻⁵⁾.

O desenvolvimento de um *Website* voltado para o ensino

do processo de enfermagem pode ser classificado como uma proposta inovadora de educação que visa atualizar o profissional enfermeiro, aproximar a teoria da prática, bem como a criação e a manutenção de processos assistenciais administrativos que garantam a qualidade do atendimento e a segurança do paciente, haja vista que é notória a fragilidade do modelo tradicional de ensino na construção de um saber mediano no protagonismo do aluno⁽⁶⁾. Portanto, este estudo teve como objetivo descrever um modelo de desenvolvimento de um *Website* educacional sobre o processo de enfermagem em Cardiologia.

METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se em uma pesquisa experimental descritiva. Para a evolução do estudo, foi adotado o modelo geral de criação de *Websites* sugerido por Trochim. Esse modelo envolve quatro grandes fases que são: conceituação; desenvolvimento; implementação e avaliação⁽⁷⁻⁹⁾.

Fase 1: Conceituação

Nessa fase determina-se o público-alvo, o objetivo, a análise e a definição do conteúdo que será abordado⁽⁸⁾. Este estudo foi direcionado a acadêmicos e profissionais da área de enfermagem. Para a identificação dos artigos que constituíram o referencial teórico do *Website*, realizou-se, em agosto de 2015, uma busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS, com descritores em

português e inglês, tais como: Internet (*Internet*), Ensino (*Teaching*), Educação (*Education*), Processos de Enfermagem (*Nursing Process*), Cardiologia (*Cardiology*), procurando por publicações na temática escolhida.

Após a reunião dos artigos e materiais de interesse para a elaboração do *Website*, foi feita a definição do conteúdo que contemplaria os objetivos previamente definidos para que as informações providenciassem o conhecimento necessário, capaz de auxiliar no processo ensino-aprendizagem e na qualidade sistemática da assistência de enfermagem.

Fase 2: Desenvolvimento

Essa fase diz respeito à criação, estruturação e teste do *website*. Nessa fase, foram escolhidos o logotipo, o *layout*, a cor, a forma de apresentação e os links⁽¹⁰⁾. Para a sua criação, foram necessários conhecimentos gerais de informática,

“Ensinar alunos e profissionais enfermeiros e mantê-los atualizados têm sido grandes desafios no meio acadêmico e hospitalar”

edição de páginas web, além de recursos materiais, tais como: recursos de *hardware*, periféricos e recursos de *software*.

Antes da construção das páginas web, as mídias (texto, imagens e animações) que fizeram parte do conteúdo foram previamente preparadas com o uso de editor de texto, digitalizador (scanner) e editor de imagens. Para a construção das páginas web, foi utilizado como plataforma um *software* utilizado para criação/edição e exibição de apresentações gráficas (PowerPoint 2007 da Microsoft Corporation ®), evitando-se maior gasto de tempo com a escrita integral por códigos na linguagem *HyperText Markup Language* (HTML)⁽¹⁰⁾.

O *Website* foi desenvolvido em um computador com o sistema operacional Windows 8.1 da Microsoft Corporation ®. Para a criação do hiperdocumento, foi escolhido o programa Word do pacote Office 2007 da Microsoft Corporation ®, pela sua facilidade e sua flexibilidade com o editor de página web adotado⁽¹⁰⁾.

Como editor de página da web, foi selecionado o *software* Dreamweaver MX da Macromedia ®, que é um editor visual profissional que cria e gerencia sites e páginas da web. Com esse programa, é fácil criar páginas compatíveis com diversos navegadores e plataformas. O Dreamweaver MX® oferece ferramentas avançadas de desenho e *layout*, bem como facilita a utilização dos recursos do HTML dinâmico, como os comportamentos e camadas⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Fase 3: Implementação

Essa fase envolveu a publicação do *Website* na rede mundial de computadores. Assim, são descritos os processos de registro de domínio, contratação dos serviços de um provedor comercial, publicação e a atualização das informações a serem disponibilizadas⁽¹¹⁾.

Fase 4: Avaliação

Após a publicação do *Website* na rede mundial de computadores, avaliou-se seu desempenho estrutural, ou seja, velocidade de busca, abertura de páginas e subsequentes, navegação nos *frameset* e interligação com os links referências do conteúdo abordado, subsidiando maior explanação do assunto proposto e treinamento do olhar clínico com estudos de caso⁽⁷⁾.

RESULTADOS

Devido à temática do Processo de Enfermagem em Cardiologia, o título colocado no *Website* foi WebCardio; "Web", referindo-se à palavra "Web site" e "Cardio", da palavra "coração". A construção do WebCardio resultou em um hiperdocumento composto por 50 páginas, sendo uma para a página inicial, 44 distribuídas em oito seções do conteúdo temático e cinco para apresentação do site, termos

e condições de uso, mapa do site, página do *facebook* e referências. O tempo total gasto na construção do site foi, aproximadamente, de quatro meses.

O acesso ao Website deve ser feito pelo endereço: www.webcardio.net.br, na opção pesquisa. A página inicial (home) foi elaborada dentro de um *frameset* duplo que auxilia na navegação de todo o site constituído de duas páginas:

1. *topo.htm*, contendo o banner personalizado para o *website*, englobando o logotipo do WebCardio.

2. *menu.htm*, contendo dez opções de menu, que foram criados com o Adobe Dreamweaver MX (arquivos gerados em páginas HTML [*Hypertext Markup Language*]);

Na definição do *frameset*, o conjunto dessas duas páginas, formou a página *index.htm*, ou seja, a página inicial do *website*. A partir da página inicial, o usuário tem acesso a todo o conteúdo do site por meio do frame lateral esquerdo, contendo dez opções de menu.

Descrição dos principais conteúdos do WebCardio

Na página inicial Index, no *topo* está contido o logotipo do WebCardio. Por intermédio do *frameset* lateral esquerdo, está disponibilizado o menu, onde o usuário inicia o acesso ao conteúdo didático-científico do site. Nessa página, no frame superior, estão apresentados um link para os termos e condições de uso e um link para o mapa do site. No frame direito, encontram-se os links da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Arritmia Cardíaca, *American Heart Association*, e *European Society of Cardiology*.

No frame lateral esquerdo, estão disponibilizadas dez opções de menu, assim distribuídas: O que é o WebCardio; Anatomia do Coração; Fisiologia do Coração; Coleta de Dados; Diagnósticos de Enfermagem; Planejamento; Implementação; Avaliação; Eletrocardiograma; Referências. Os hiperlinks do site serão apresentados a seguir.

Selecionando a opção *O que é o web site* no *frameset* lateral esquerdo, abre a página contendo informações sobre o autor, a finalidade do estudo, o conteúdo do *website*, os objetivos das informações disponibilizadas, o público alvo e indicações para a leitura dos termos e condições de uso do *website* antes de acessar o conteúdo do mesmo.

No link *Anatomia do Coração*, o usuário poderá visualizar o conteúdo sobre noções básicas das estruturas que compõem o coração, assim como o conceito do mesmo e termos da área cardiológica. Encontram-se no rodapé os hiperlinks: parede cardíaca, átrios, ventrículos, valvas, coronárias, sistema de condução, fontes e referências.

A opção *Fisiologia do Coração* tem por função apresentar a funcionalidade da bomba cardíaca, do relaxamento (diástole) à contração (sístole) e o percurso do sangue venoso e arterial. Descendo a barra de rolagem, o usuário encontrará hiperlinks

no rodapé com as seguintes informações: circulação sistêmica, circulação pulmonar e fontes e referências.

A primeira etapa do Processo de Enfermagem está no link *Coleta de Dados*, correspondente ao levantamento de dados do método científico. Os hiperlinks no rodapé correspondem às seguintes informações: identificação, doença e tratamento, exame físico, aspectos psicossociais, fontes e referências.

No link *Diagnóstico de Enfermagem*, o usuário poderá visualizar a segunda etapa do PE que objetiva apresentar a padronização da linguagem de enfermagem fundamentada na *Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, a forma de montagem e trabalhos realizados no Brasil sobre o perfil diagnóstico dos pacientes cardiopatas. Os hiperlinks no rodapé correspondem às seguintes informações: título, fatores relacionados, características definidoras, fatores de risco, definição, Diagnósticos de Enfermagem (DE) de cardiopatas, fontes e referências.

A opção *Planejamento* apresenta a terceira etapa do PE, onde o usuário aprende a estabelecer as prioridades para os problemas diagnósticos, a fixação de resultados, o registro escrito de DE, dos resultados esperados e das prescrições de enfermagem de modo organizado. Os hiperlinks no rodapé correspondem às seguintes informações: prioridades, resultados, exemplo, fontes e referências.

No link *Implementação*, quarta etapa do PE, estabelecida as prioridades dos diagnósticos na etapa de planejamento, são apresentados os critérios para prescrição dos cuidados de enfermagem, assim como, definição de quem vai fazer o que e quando fazer.

Por último, no link *Avaliação*, é apresentada a definição e a importância de se avaliar o que foi feito, assim como os critérios a serem adotados, sejam eles para substituição ou manutenção do plano de cuidados. Estabelecido diagnóstico, planejamento e implementação. É nessa etapa que será definido se os critérios estabelecidos foram satisfatórios ou não.

O link *Eletrocardiograma* tem a função de apresentar os princípios básicos de sua funcionalidade, traçado eletrocardiográfico normal e critérios de avaliação e interpretação. Os hiperlinks no rodapé correspondem às seguintes informações: derivações, derivações periféricas, derivações precordiais, papel milimetrado, ondas e complexo,

segmentos e intervalos, análise do ECG e fontes e referências.

Na opção *Referências* é apresentado o referencial teórico consultado para cada tema. Vale ressaltar que em cada hiperlink, no rodapé, constam o link das fontes e referências, objetivando a consulta imediata do mesmo caso o usuário queira se aprofundar no tema abordado em questão.

As páginas *Termos e condições de uso* e *Mapa do site* têm o propósito de respaldar o autor no que diz respeito ao conteúdo, finalidade e objetivos do *Website* e guiar o usuário na navegação dos hiperlinks respectivamente. Uma vez clicado no link de escolha no mapa do site, o usuário será automaticamente direcionado ao conteúdo do mesmo.

DISCUSSÃO

Considera-se que o ambiente digital abre espaço para integrar diferentes teorias de aprendizagem, colocando-as lado a lado, complementando e aproveitando, o que

há de melhor em cada uma delas, além de favorecer o processo ensino-aprendizado. Vários teóricos são citados e utilizados como referencial no desenvolvimento de ferramentas educacionais para o ambiente virtual, porém nenhum deles encerra em si as possibilidades que o ambiente abre ao processo ensino aprendizagem.

Dessa forma, observa-se que a Internet e o ambiente digital de aprendizagem, constituem-se em uma poderosa ferramenta para

o apoio do processo de ensino-aprendizagem. Seu uso crescente na área do ensino à saúde vem sendo avaliado como um importante facilitador, por acrescentar significado e concretude aos conteúdos que precisam ser aprendidos e que são abstratos e impossíveis de serem mostrados na prática, sendo o PE é um exemplo dessa dificuldade⁽⁶⁻⁸⁾.

A utilização da tecnologia da informação, como uma ferramenta de apoio ao processo de ensino aprendizagem na área da enfermagem, é recente, porém, diversas iniciativas têm contribuído para mudar esse quadro^(4,11).

A atividade de criação pelo método de desenvolvimento visual demonstrou ser de fácil execução, pois o que era produzido na área de trabalho do *software* tinha imediata visualização, sem a necessidade de simulação em ambiente do navegador. Por meio desse método, a atividade de desenvolvimento foi mais rápida e efetiva, se comparada com

“Considera-se que o ambiente digital abre espaço para integrar diferentes teorias de aprendizagem”

o método de programação por códigos HTML⁽⁹⁾.

A forma de apresentação de um determinado conteúdo em página web é um assunto em constante discussão. Diversos fatores estão envolvidos no complexo processo que ocorre quando uma pessoa acessa *Website*. A maioria dos usuários não lê todo o conteúdo de uma página web. O fenômeno que acontece diante da tela do monitor é o escaneamento da informação que interessa à pessoa que a acessa⁽³⁾.

Ao avaliar a qualidade do conteúdo didático-científico do site sob a perspectiva do usuário, é importante considerar que páginas extensas e que precisam de barra de rolagem lateral não são favoráveis quando se pretende obter uma boa frequência ao *Website*⁽⁴⁾. Entretanto, ao considerar o caráter educativo do WebCardio, optou-se pela apresentação do conteúdo em forma de seções com navegação página a página, a partir de ligações (*hyperlinks*) no seu rodapé, algo que induz o usuário a usar a barra de rolagem e a escanear o conteúdo das páginas mais extensas⁽⁵⁾.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados descritos e das observações realizadas durante a elaboração do WebCardio, em suas fases de conceituação, de desenvolvimento e de implementação, conclui-se que: a primeira fase foi a que empreendeu o maior gasto de tempo, por exigir exaustiva pesquisa bibliográfica para a composição e elaboração de seu conteúdo teórico científico.

Nesse processo, a adoção do modelo de web site sugerido por Trochim foi de grande utilidade. Durante a fase de desenvolvimento, pode-se dizer que o trabalho de criação com o método de desenvolvimento visual foi uma atividade prazerosa e de grau fácil e que exigiu conhecimentos básicos de informática. A partir dessa conclusão, é possível afirmar que a atividade pode ser executada por outros enfermeiros, seja qual for a área a ser abordada, basta ter um básico conhecimento de microinformática.

Sendo assim, os pesquisadores se propõem a atualizar o conteúdo deste Website periodicamente, sendo acrescido de novas informações relevantes ao assunto e/ou substituição das consideradas ultrapassadas.

REFERÊNCIAS

1. Rangel RF, Backes DS, Ilha S, Zamberlan C, Siqueira HCH, Costenaro RGS. Formação para o cuidado integral: percepção de docentes e discentes de enfermagem. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* 2017; 9(2): 488-94.
2. Silva RS, Almeida ARLP, Oliveira FA, Oliveira AS, Sampaio MRFB, Paixão GPN. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe. *Enferm. Foco.* 2016; 7(2): 32-36.
3. Kobayashi RM, Leite MMJ. As competências tecnológicas no ensino de enfermagem cardiológica. *Rev. Esc Enferm USP.* 2015; 49(6): 971-77.
4. Prado C, Peres HHC, Leite MMJ. Tecnologia da informação e da comunicação em enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2011.
5. Salvador PTCO, Martins CCF, Alves KYA, Pereira MS, Santos VEP, Tourinho FSV. Tecnologia no ensino de enfermagem. *Rev. Baiana Enferm.* 2015; 29(1): 33-41.
6. Martins MCT, Chianca TCM. Construção de um software com o processo de enfermagem em terapia intensiva. *J. Healt Inform.* 2016; 8(4): 119-25.
7. Góes FSN, Fonseca LMM, Camargo RAA, Hara CYN, Gobbi JD, Stabile AM. Elaboração de um ambiente digital na educação profissionalizante em enfermagem. *Cienc. Enferm.* 2015; 21(1): 81-90.
8. Trochim WMK. *Evaluating websites.* New York: Cornell University; 1996.
9. Long JD, Gannaway P, Ford C, Doumit R, Zeeni N, Sukkarieh-Haraty O, et al. Effectiveness of a technology-based intervention to teach evidence-based practice: the EBR tool. *Worldviews Evid. Based. Nurs.* 2016; 13(1): 59-63.
10. Votre VP. *C++: explicado e aplicado.* Rio de Janeiro: Alta Books Editora; 2016.
11. Tibes CM, Dias JD, Westin UM, Domingues AN, Zem-Mascarenhas SH, Évora YDM. Desenvolvimento de recursos educacionais digitais para o ensino de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE.* 2017; 11(3): 1326-34.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLOSTOMIA

Marília de Sousa Leite¹, Lia Cardoso de Aguiar²

Objetivo: conhecer os diagnósticos de enfermagem dos pacientes submetidos à colostomia. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada nos meses de julho e agosto de 2015. A amostra foi constituída de 15 pacientes colostomizados de um hospital de referência oncológica do estado do Maranhão. **Resultados:** os diagnósticos de NANDA identificados e mais citados foram padrão de sono prejudicado, baixa autoestima situacional, negação ineficaz, motilidade gastrointestinal disfuncional e padrão de sexualidade ineficaz. Ainda foram identificadas necessidades humanas básicas através da teoria de Wanda Horta. **Conclusão:** sugere-se promoção de meios que favoreçam a prática do processo de enfermagem, visando uma assistência planejada com métodos que promovam a qualidade do serviço.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Colostomia, Cuidados de Enfermagem.

DIAGNOSIS IN NURSING PATIENTS SUBJECTED TO COLOSTOMY

Objective: to know the diagnostic of nursing patients undergoing colostomy **Methodology:** it is a descriptive survey, quantitative approach conducted in July and August 2015, with 15 colostomy patients of a reference hospital on oncology in the state of Maranhao. **Results:** as for the diagnoses from NANDA, the most cited were disturbed pattern of sleep, low situational self-esteem, ineffective denial, dysfunctional gastrointestinal motility and ineffective pattern of sexuality. Yet they have identified basic human needs by Wanda Horta's theory. **Conclusion:** it is indicated the development of methods that favor the practice of nursing process to a planned tour with methods that promote the quality of service.

Descriptors: Nursing Diagnosis, Colostomy, Nursing care.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A LA COLOSTAMIA

Objetivo: conocer los diagnósticos de enfermería de pacientes sometidos a colostomía. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, llevado a cabo en julio y agosto de 2015, la muestra consistió en 15 pacientes de colostomía un hospital de referencia oncológica en el estado de Maranhao. **Resultados:** diagnósticos NANDA identificados y más citadas fueron el sueño perturbado estándar, baja autoestima situacional, la negación ineficaz, la motilidad gastrointestinal disfuncional y estándares de sexualidad ineficaces. Sin embargo, se han identificado las necesidades humanas básicas de la teoría de Wanda Horta. **Conclusión:** se sugiere medios de promoción que favorezcan la práctica del proceso de enfermería a un proyecto de gira con los métodos que promueven la calidad del servicio. **Conclusión:** se sugiere medios de promoción que favorezcan la práctica del proceso de enfermería a la asistencia a los métodos y la calidad de servicio previstas.

Descriptors: Diagnóstico de Enfermería, Colostomía, Los Cuidados de Enfermería.

¹Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Terezinha - Cest. MBA em Gestão da Saúde e Controle de Infecção Hospitalar - Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa de São Paulo em andamento. Aluna de pós-graduação em Obstetrícia e neonatologia - Instituto Florence de Ensino Superior. Docente do Instituto Ana Neri Curso Profissionalizante. Colaboradora da Liga Acadêmica do Ostomizado - LAO. E-mail: enf.marilialeite@yahoo.com.br

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Aluna do Doutorado de Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Coordenadora da Residência Multiprofissional do HUUFMA. Docente da Faculdade Santa Terezinha-Cest. Preceptora da Liga Acadêmica do Ostomizado - LAO.

INTRODUÇÃO

A neoplasia de cólon e reto, por algum motivo real ou clínico, leva à necessidade da realização de cirurgias que podem resultar na confecção do estoma (colostomia). Pode ser de caráter temporário ou definitivo, aumentando, assim, a sobrevida do paciente e possibilidades do tratamento. O procedimento cirúrgico para confecção de uma colostomia altera não apenas a fisiologia gastrointestinal, mas também a autoestima, imagem corporal e as atividades de vida diária e estilo de vida. Essas alterações constituem-se em um desafio para o cuidado pelo enfermeiro^(1,2).

Estimativas de novos casos de câncer no Brasil para o ano de 2014, que valeram também para 2015, apontaram 576 mil casos no país, sendo um dos mais incidentes o câncer de cólon e reto (33 mil casos). Os dados epidemiológicos apontam um número elevado de casos no ano de 2014; no Brasil, foram 302.350 mil casos de neoplasias para cada 100 mil habitantes. Na Região Nordeste, foram registrados 12.930 casos. Foram registrados 3.900 (39%) casos de câncer de cólon e reto para o sexo masculino; desses, 80 (6,90%) no estado do Maranhão e 30 (2,82%) casos na capital. Para o sexo feminino, foram registrados 2.220 (13,55%) no estado e 70 (3,94%) casos na capital^(3,4).

Os dados acima permitem mensurar a dependência de cuidados de enfermagem para esses pacientes, considerando o tratamento que o câncer exige como, por exemplo, um procedimento de colostomia para resolutividade da alteração intestinal por causa oncológica⁽⁴⁾. Diante do exposto, propõe-se a condução do Processo de Enfermagem - PE a partir da teoria de Wanda Aguiar Horta, fundamentada na Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para assistência do indivíduo submetido à colostomia⁽⁵⁻⁷⁾.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA constituem linguagem específica da enfermagem com reconhecimento internacional; tem como objetivo universalizar os diagnósticos e planejamento do cuidado em enfermagem. Os cuidados de enfermagem são subsidiados pela taxonomia de NANDA, sendo relevante e fundamental para sistematização da assistência do enfermeiro perante um paciente colostomizado⁽⁷⁾.

Assim, o PE aplicado pelo diagnóstico da NANDA- I revoluciona a qualidade de assistência e planejamento dos cuidados, a partir das características definidoras apresentadas pelo paciente colostomizado à medida que possibilita, ao profissional enfermeiro, melhores condições e tempo da assistência, maximizando o planejamento e a qualidade do cuidar. O uso do Diagnóstico da NANDA é benéfico não somente ao enfermeiro e paciente/família, mas também para a instituição hospitalar, que agregará resultados e informações precisas sobre o quadro clínico

do indivíduo⁽⁵⁻⁷⁾.

O interesse pela pesquisa surgiu tanto pela experiência como membro de Liga Acadêmica do Ostomizado (LAO), que trabalha com distintos pacientes oncológicos, como pela deficiência na implementação das etapas do PE nos setores de enfermagem em enfermarias clínicas e cirúrgicas de um hospital de referência oncológica no estado do Maranhão. À enfermagem cabe diagnosticar, cuidar e acompanhar, promovendo o autocuidado e inserção social do portador. Quanto à colostomia, a enfermagem troca bolsas, orienta quanto ao cuidado com o dispositivo e hábitos de vida. Logo, a enfermagem visa o manejo da colostomia com total profissionalismo e embasamento técnico-científico, somando com outros profissionais e objetivando a melhor qualidade de vida do indivíduo enfermo⁽⁸⁾.

Nesse sentido, a relevância desta pesquisa ratifica-se diante do grande índice de pacientes colostomizados e da deficiência na aplicabilidade do PE e de cuidados ao paciente submetido à colostomia. Assim, visa contribuir para ampliação do cuidado técnico/científico, social e familiar do indivíduo. Tem como objetivo geral conhecer os possíveis diagnósticos de enfermagem dos pacientes submetidos à colostomia; e, como específico, identificar as necessidades humanas afetadas nos pacientes colostomizados.

METODOLOGIA

É um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido nas enfermarias clínica cirúrgica e médica feminina e masculina do Hospital do Câncer Aldenora Bello, localizado no município de São Luís, Maranhão. A amostra foi constituída de 15 pacientes internados. Como critérios de inclusão, estabeleceu-se pacientes adultos submetidos à colostomia por causa oncológica como neoplasia de colón e reto. Como critérios de exclusão, pacientes direcionados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), neoplasias distintas da descrita acima, pacientes em estado vegetativo, colostomia por causa não neoplásica ou por traumas.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2015, às segundas, quartas e sextas, no turno vespertino, em caráter de visita de enfermagem.

Inicialmente, foi apresentado, aos participantes, a finalidade do estudo e seu objetivo, explicando a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Após a assinatura do sujeito, era aplicado o instrumento de coleta.

Foi utilizado, como instrumento, um Roteiro de Visita de Enfermagem semiestruturado, aplicado durante a visita no pós-operatório mediato e imediato com finalidade de identificar possíveis diagnósticos de NANDA. O instrumento foi estruturado com variáveis relacionadas aos dados

sociodemográficos e às etapas do PE, como histórico de enfermagem, exame físico (considerando apenas as informações sobre a área do estoma), necessidades humanas básicas (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais) e diagnóstico da NANDA.

Foi nitidamente observado, durante a visita, que as necessidades humanas básicas dos pacientes colostomizados participantes estavam afetadas; ainda assim, os mesmos ficaram à vontade para responder ao questionamento do histórico de enfermagem, possibilitando realizar as etapas do PE de forma planejada e sistemática.

As necessidades humanas básicas foram coletadas no decorrer da aplicação do histórico de enfermagem, sendo possível estabelecer um vínculo com o paciente, o que foi facilitador para identificação de suas necessidades e diagnósticos. Foi nesse momento que o paciente esteve à vontade para nos fornecer informações pessoais e contar todo sentimento vivenciado nesse período e nova condição de vida.

Nas etapas do PE, foram identificados 20 problemas de enfermagem, sendo comentados somente aqueles de resultado maior ou igual a 20%, relacionados às necessidades humanas básicas. Posteriormente, foram elencadas as necessidades de maior incidência de ambos os sexos e organizadas como psicobiológicas (13 problemas) e psicossociais (sete problemas). Os dados foram organizados, segundo as variáveis, em tabelas utilizando o programa *Microsoft Office Excel 2010*[®]. Visto a identificação das necessidades humanas básicas dos participantes, elaborou-se uma tabela dos diagnósticos de enfermagem baseados na Taxonomia II proposta pela NANDA, elencando as características definidoras e fatores de risco.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Domingos sob CAAE nº 43207615.0.0000.5085 em 21/05/2015.

RESULTADOS

A idade dos pacientes submetidos à colostomia variou entre 25 e 74 anos, prevalecendo a faixa dos 50 anos idade (5). Quanto ao sexo, oito eram homens e sete mulheres. Quanto à cor de pele, a maioria dos pacientes autodeclarou-se de cor parda (10) prevalecendo sobre a cor branca (5). Quanto ao estado civil, maioria dos pacientes participantes eram casados (11) e quatro eram solteiros.

Sobre nível de escolaridade, três tinham o ensino fundamental incompleto, quatro o ensino médio completo e seis o ensino médio incompleto. Nenhum dos participantes da pesquisa possuía o ensino superior e dois eram analfabetos. Quanto à ocupação, quatro referiram atividades do lar, um estava empregado, quatro desempregados e seis estavam aposentados. A maioria dos participantes era oriunda do interior do estado (11) e quatro residiam na capital.

As necessidades psicobiológicas encontradas foram: hidratação (26,67%), nutrição (46,67%), eliminação (13,33%), sono e repouso (53,33%), exercício e atividade física (33,33%), sexualidade (26,67%), mecânica corporal (26,67%), motilidade (40%), cuidado corporal (6,67%), integridade cutânea-mucosa (20%), integridade física (6,67%), locomoção (26,67%) e dolorosa (13,33%).

Entre as psicossociais, apresentaram-se as seguintes necessidades afetadas: segurança (33,33%), amor (20,00%), liberdade (80%), comunicação (13,33%), lazer (46,67%), aceitação (46,67%) e autoestima (13,33%).

Foram encontrados 20 diagnósticos de enfermagem. Observa-se, na tabela abaixo, que apenas 12 diagnósticos tiveram frequência igual ou maior que 20%, destacando-se o padrão de sono prejudicado (46,67%), a baixa autoestima situacional (40%) e a negação ineficaz (40%). Estilo de vida sedentário, motilidade gastrointestinal disfuncional, mobilidade física prejudicada e padrão de sexualidade ineficaz corresponderam a 33,33%. Dor aguda e desesperança equivaleram a 20,00%.

Tabela: Diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes colostomizados. São Luís, Ma. 2015.

| DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS | Dominios | N | % |
|---|-------------------------|----|--------|
| Estilo de vida sedentário | D1 - Promoção da Saúde | 05 | 33,33% |
| Atividade de Recreação deficiente | D1 - Promoção da Saúde | 02 | 13,33% |
| Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais | D2 - Nutrição | 06 | 40% |
| Motilidade Gastrointestinal disfuncional | D3 - Eliminação e troca | 05 | 33,33% |
| Constipação percebida | D3 - Eliminação e troca | 04 | 26,67% |
| Padrão de sono prejudicado | D4 - Atividade/repouso | 07 | 46,67% |
| Privação de sono | D4 - Atividade/repouso | 01 | 6,67% |
| Deambulação prejudicada | D4 - Atividade/repouso | 02 | 13,33% |
| Mobilidade física prejudicada | D4 - Atividade/repouso | 05 | 33,33% |

| | | | |
|------------------------------------|---|----|--------|
| Manutenção do lar prejudicada | D4 - Atividade/repouso | 04 | 26,67% |
| Desesperança | D6 - Autopercepção | 03 | 20,00% |
| Risco de solidão | D6 - Autopercepção | 01 | 6,67% |
| Baixa autoestima situacional | D6 - Autopercepção | 06 | 40,00% |
| Processos familiares disfuncionais | D7 - Papéis e relacionamentos | 02 | 13,33% |
| Relacionamento ineficaz | D7 - Papéis e relacionamentos | 01 | 6,67% |
| Padrão de sexualidade ineficaz | D8 - Sexualidade | 05 | 33,33% |
| Negação ineficaz | D9 - Enfrentamento/tolerância ao estresse | 06 | 40,00% |
| Religiosidade prejudicada | D10 - Princípios da vida | 02 | 13,33% |
| Conforto prejudicado | D12 - Conforto | 02 | 13,33% |
| Dor aguda | D12 - Conforto | 03 | 20,00% |

DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nos pacientes colostomizados de um hospital de referência oncológica do estado do Maranhão. Esses diagnósticos, porém, foram subsidiados pelas necessidades de cuidado de cada paciente, com o propósito de elencar os diagnósticos dos indivíduos submetidos à colostomia.

A pesquisa mostrou que a incidência entre os sexos masculino e feminino é quase que proporcional, não havendo tanta diferença entre números. Mostrou ainda que a idade que mais prevaleceu foi 74 anos e que a maioria dos pacientes participantes era oriunda do interior do estado, vindo em busca do tratamento na capital, devido à deficiência ou até mesmo a não existência de suporte avançado no tratamento do câncer nos interiores e regiões adjacentes.

Necessidades humanas básicas são importantes para o cotidiano do indivíduo e é um somatório para o completo bem estar de saúde. Essas implicam no sorrir, no amor e na própria recuperação da doença⁽⁹⁾. Sobre as necessidades humanas básicas da teórica Wanda Horta de Aguiar, foram encontradas necessidades psicobiológicas e psicossociais. Sono e repouso são de suma importância e configuram um processo fisiológico do indivíduo, partindo assim de uma necessidade do ser humano, importante para o ideal funcionamento orgânico e psicológico do corpo. As necessidades psicobiológicas são tidas como fisiológicas e orgânicas, dependendo do conjunto corpo, organismo e sujeito para funcionarem em harmonia, o que resulta no bem estar da saúde do indivíduo⁽⁹⁻¹¹⁾.

As dúvidas dos pacientes submetidos à colostomia são inúmeras e o impacto que o estoma causa na sua vida agrega sentimentos de impotência, medo e outros. Esses pacientes passam a vivenciar essa nova condição de vida adaptando-se a habilidades frente à colostomia, como hábitos de vida sociais, psicológicos e pessoal⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A pesquisa mostrou que cinco dos participantes,

anteriormente e durante o tratamento, eram sedentários, sendo esse uma das causas para o câncer. Baixa autoestima situacional e desesperança são relevantes, pois muitos dos participantes relataram a falta de comunicação dos profissionais com os mesmos, falta de carinho e apoio de familiares e parceiros, o que é primordial para sua recuperação e tratamento. Nutrição desequilibrada dos pacientes estava associada à falta de apetite, diarreias e cólicas intestinais. Também houve associação com a disfuncionalidade na motilidade gastrointestinal⁽⁹⁻¹¹⁾.

As dores abdominais e disfunção do intestino, que no período de tratamento passava a funcionar de forma involuntária, impossibilitava aos pacientes de caminhar pelos corredores do ambiente hospitalar e dificultava possíveis trabalhos domésticos e nos possibilitou identificar as necessidades como dor aguda, mobilidade física e manutenção do lar prejudicada. A negação e desesperança de alguns pacientes foi evidenciada quando os mesmos referiam que vivenciar esse processo não era para eles, questionando-se quanto ao porquê de aquilo estar acontecendo consigo; a negação foi ainda relacionada com falta de apoio emocional e por não admitirem o medo da morte. A sexualidade dos participantes foi considerada ineficaz, devido a relações com parceiros alteradas por causa da doença⁽¹¹⁻¹³⁾.

Foi possível perceber o receio dos participantes de transitar pela sociedade, devido à bolsa coletora de colostomia; foi percebido também que esses pacientes tinham déficit de informações quanto à nova rotina de vida pós colostomia e carência dos cuidados de enfermagem⁽¹²⁻¹⁴⁾. Pacientes submetidos à colostomia necessitam de uma abordagem psicológica e social para sua reinserção social, pois a sociedade ainda os recebe como pessoas diferentes de forma preconceituosa, devido à involuntariedade da função intestinal^(15,16).

A colostomia funciona de forma involuntária e, por isso, causa transtornos sociais e insegurança. O paciente precisa estar atento à bolsa coletora e observar sempre

seu enchimento para, então, higienizá-la, evitando possíveis transtornos como flatos odores desagradáveis em público e outras situações pessoais de desconforto⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. A partir desses diagnósticos é possível sistematizar e planejar assistência de enfermagem o que direciona um raciocínio clínico do enfermeiro^(19,20).

CONCLUSÃO

A assistência do enfermeiro deve ser arquitetada de forma metodológica, utilizando-se de teorias de enfermagem que fundamentem o cuidado e lhe deem suporte científico. A teoria de Wanda Horta é a que melhor se enquadra nas distintas formas de cuidar em enfermagem, utilizando-se ainda o PE como recurso de como fazer e de como executar o cuidado. A Taxonomia II da NANDA, com

linguagem própria e universal da ciência de enfermagem, nos respalda cientificamente de como cuidar, delegar e diagnosticar, gerando assim a qualidade da assistência e o planejamento de como cuidar.

Visto a lacuna da sistematização da assistência ao colostomizado e até mesmo aos distintos pacientes, seria importante se as instituições promovessem estratégias a favor da prática do PE, proporcionando uma assistência planejada com métodos da enfermagem que objetivassem a qualidade do serviço. Ressaltamos ainda a importância da visita de enfermagem que nada mais é que um método para aplicação do PE que nos mostra as necessidades afetadas do indivíduo e nos leva ao raciocínio clínico de diagnosticar possíveis problemas e, assim, levar ao plano de cuidados, contribuindo para a recuperação da saúde do cliente.

REFERÊNCIAS

1. Cruz SCGK, Matsui, Oliveira SC. Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem - livro do aluno: oncologia. São Paulo: FUNDAP, 2011. p. 272.
2. Brunner NSM. Prática de enfermagem. 9.ed. vol.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koobon, 2012.
3. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. Revista Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis-Santa Catarina. 2012 Jul-Set; 21 (3): 600-7. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-600.pdf>. Acesso em: 28 agosto. 2016.
4. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer - INCA estimativa 2014 - Incidência do Cancer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer, 2014.
5. Horta WA. Enfermagem essencial, Processo de Enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.
6. Maurício VC, Souza NVDO, Lisboa MTL. O enfermeiro na reabilitação da pessoa com estoma. Escola Anna Nery (impr.) 2013 jul - set; 17 (3): 416 - 422. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Norma-Souza2/publication/262743930_The_nurse_and_her_participation_in_the_process_of_rehabilitation_of_the_person_with_a_stoma/links/559139d208ae1ef9baebd9a.pdf. Acesso em: 28 agosto. 2016.
7. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014/ [NANDA Internacional]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et al.]. - Porto Alegre: Artmed, 606 p.; 2013.
8. Rodrigues DC, Gemelli LMG, Moraes A, Cavalheiri JC. Assistência de enfermagem ao paciente ostomizado. III Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas - III CONAPE. Francisco Beltrão/PR, outubro de 2014. Disponível em: http://cacph.unioeste.br/eventos/conape/anaeis/iii_conape/Arquivos/Artigos/Resumos/MEDICINA/3.pdf. Acesso em: 27 agosto. 2016.
9. Galdino YLS, Castro ME, Pereira MLD, Lima SSO, Silva FAA, Guedes MVC. O cotidiano da pessoa Estomizada frente às Necessidades Humanas Básicas Alteradas. Revista da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. v 14, n 2. 2012. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/77>. Acesso em: 30 ago. 2016.
10. Mendes JOS, Leite MMAM, Batista MRFF. Sentimentos Vivenciados pelo Homem Adulto Colostomizado. Revista Interdisciplinar. V. 7, n. 1, p. 58-67, Jan. Fev. Mar. 2014. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/111/pdf_100. Acesso em: 02 ago. 2016.
11. Ferreira MA. Enfermagem: arte e ciência do cuidado. Esc. Anna Nery vol. 15 no 4. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400001 Acesso em: 14 abril. 2015.
12. Lima RA, Paulino EFR, Silva VMR et al. Analisando Produções Científicas Acerca da Educação do Enfermeiro Estomaterapeuta na última Década do Século XXI. Revista Enfermagem Profissional. 2014. Jul/Dez. 1(2): 462-470. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3313/pdf_1402. Acesso em: 03 ago. 2016.
13. Rocha J.J. Estomas intestinais (ileostomias e colostomias) e anastomoses intestinais. Revista de Medicina. Ribeirão Preto, 2011; p. 44-51.
14. Silva MJP. Ciência da Enfermagem. Acta Paulista. Enferm. Vol 25 no 4. São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400001 Acesso em: 20 maio. 2015.
15. Castro ABS, Benício CDAV, Carvalho DC, Monte NF, Luz MHBA. Conhecimentos e Práticas de Pesos Estomizadas: Um Subsídio para o cuidar em enfermagem. Revista da Associação Brasileira de estomaterapia: estomias, feridas e incontinências. V. 12, n.4. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Norma-Souza2/publication/262743930_The_nurse_and_her_participation_in_the_process_of_rehabilitation_of_the_person_with_a_stoma/links/559139d208ae1ef9baebd9a.pdf. Acesso em: 30 ago. 2016.
16. Souza PCM, Costa VRM, Maruyama SAT, Costa ALRC, Rodrigues AEC, Navarro. As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: individual, social e político. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):50-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.7928>. Acesso em: 27 agosto. 2016.
17. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - Inca. Abordagens básicas para o Controle do Câncer - ABC do Câncer. 2.ed. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer, 2012.
18. Hoff PMG. Tratado de oncologia. 1.ed. Atheneu. São Paulo. 2013.
19. Zanardo AM, Zanardo AM, Kaefer CT. Sistematização da assistência de enfermagem. Revista Contexto & Saúde. Ijuí Editora Unijui. V. 10 n. 20 Jan/jun. 2011 p 1371-1374. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1811/1517>. Acesso em: 29 agosto. 2016.
20. Sousa CF, Brito DC, Branco MZPC. Depois da colostomia...vivências das pessoas portadoras. Revista Enfermagem em Foco. 2012; 3(1): 12-15. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/213/134>. Acesso em: 03 ago. 2016.

PROCESSO ÉTICO DE ENFERMAGEM NO ESTADO DO CEARÁ: REFLEXÃO PARA PRÁTICA PROFISSIONAL

Francisco Antônio da Cruz Mendonça¹, Marli Veloso de Menezes², Santana Cruz Amorim³, Francisca Darlene Martins de Moraes⁴, Evarilda Maria Nobre Feitosa⁵, Carolina Maranhão Marques Lacerda⁶

Objetivo: analisar os processos éticos de enfermagem relacionados à prática profissional. **Metodologia:** estudo descritivo, documental, retrospectivo. Aplicou-se formulário com as informações: assunto/denúncia do processo, categoria do profissional de enfermagem envolvido no processo ético e desfecho com a penalidade recebida pelo Conselho Regional de Enfermagem. Em março a maio de 2016, analisou-se 59 processos éticos; desses, 20 foram arquivados e 39 julgados, divididos em categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. **Resultados:** as infrações que sobressaíram foram o exercício ilegal da profissão 16 (27,1%) e o irregular 11 (18,6%). Quanto à categoria profissional, evidenciou-se o enfermeiro em 29 (49,1%), o auxiliar de enfermagem em 19 (32,2%) e o técnico de enfermagem em 11 (18,6%). **Conclusão:** é necessário estimular a reflexão dos profissionais de enfermagem quanto aos erros cometidos, infrações e penalidades atribuídas.

Descritores: Enfermagem, Ética em Enfermagem, Códigos de Ética.

ETHICAL NURSING PROCESSES IN STATE OF CEARA: REFLECTION FOR PROFESSIONAL PRACTICE

Objective: This study aimed to analyze the ethical nursing processes for professional practice. **Method:** This is a descriptive, retrospective and documentary study. A form was applied with the information subject/report procedure, professional category of nursing involved in the ethics process and outcome with the penalty received by the Regional Council of Nursing. In March-May 2016, 59 ethical procedures were analyzed, between these 20 were filed and 39 were judged, composed in categories: nursing, nursing technician and a health aide. **Results:** the violations that stood out were, the illegal practice of the occupation 16 (27.12%) and irregular practice of the profession 11 (18.64%). In relation to the professional category, highlighted the Nurse in 29 (49.15%), the health aide in 11 (18.6%). **Conclusion:** It is fundamental to encourage the reflection of nursing professionals about the mistakes, violations and penalties awarded.

Descriptors: Nursing, Nursing Ethics, Codes of Ethics.

PROCESO DE ÉTICA DE ENFERMERÍA EN EL ESTADO DE CEARÁ: REFLEXIÓN PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Objetivo: Analizar los procesos de enfermería éticos para la práctica profesional. **Métodos:** Estudio, documental, retrospectivo. Formulario aplicado a la queja la información está sujeta/proceso, categoría profesional de enfermería que participan en el proceso de la ética y el resultado con la pena recibida por el Consejo Regional de Enfermería. En marzo-mayo el año 2016, analizaron 59 procedimientos éticos, éstos se presentaron 20 y 39 juzgados, divididos en categorías: enfermera, técnico de enfermería y auxiliar de enfermería. **Resultados:** Los delitos que se destacaron fueron la práctica ilegal de 16 (27,1%) e irregular 11 (18,6%). En cuanto a la categoría profesional, se evidenció enfermeras 29 (49,1%), auxiliar de enfermería 19 (32,2%) y técnica 11 (18,6%). **Conclusión:** estimular la reflexión de los profesionales de enfermería acerca de los errores, las violaciones y las exclusiones que se.

Descriptores: Enfermería, Ética en Enfermería, Códigos de Ética.

¹Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará. Email: francisco.mendonca@estacio.br

²Enfermeira. Pós-Graduada em Auditoria pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.

³Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.

⁴Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UECE. Assistencial do Hospital Distrital Gonzaga Mota-José Walter.

⁵Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Assistencial do Hospital Geral de Fortaleza.

⁶Enfermeira. Especialista em Auditoria em Serviços Públicos e Privado pelo CEQUALE. Auditora do Hospital Geral de Fortaleza - Exército Brasileiro.

INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem é regida pela Lei nº 5.905/73, que criou o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselho Regional de Enfermagem (Coren) em cada estado. Constitui-se uma autarquia vinculada ao Ministério do Trabalho e à Previdência Social, com a missão de órgão disciplinador do exercício dos profissionais de enfermagem. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), reformulado em 2007 pelo Cofen, estabelece que todo profissional de enfermagem deve seguir as normas, para que, assim, possa assegurar uma assistência com segurança^(1,2).

A ética é essencial ao ser humano, conduz ao senso moral do que é certo e do que é errado e, para exercer a enfermagem, é fundamental que o profissional tenha conhecimento científico e do CEPE⁽²⁾. No Brasil, alguns profissionais de enfermagem vêm sendo expostos a processos éticos, identificando-se o aumento do seu número nos últimos anos.

Em estudo documental acerca dos processos éticos no Coren Santa Catarina, implementados de 1999 a 2007, o enfermeiro apresentou o maior número de infrações. A iatrogenia, associada à imprudência, imperícia e negligência do enfermeiro, foram as questões que mais se destacaram⁽³⁾. Em estudo realizado no Coren do estado do Piauí acerca dos processos ético-profissionais realizados no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2012, verificou-se que a maioria dos infratores de enfermagem também é de nível superior⁽⁴⁾.

No cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem, faz-se notável os principais problemas éticos vivenciados, muitas vezes decorrentes de dificuldades pessoais, profissionais e de uma formação acadêmica insuficiente. A dificuldade na execução das práticas, muitas vezes, está relacionada à rotina diária dos profissionais, cuja sobrecarga de trabalho afeta a assistência e contribui para a formação de um profissional descompromissado, além de interferir na assistência de qualidade ao paciente⁽⁵⁾.

Sendo assim, os profissionais devem compreender a importância do erro como um dispositivo de cuidado para prevenção e planejamento de modo a garantir uma assistência segura ao paciente⁽⁶⁾. Nesse contexto, faz-se indispensável que os profissionais de enfermagem avaliem com atenção os riscos que envolvem assistência e os danos que podem suceder de circunstâncias previsíveis, a partir da compreensão da falha humana⁽⁷⁾.

Em pesquisa realizada em 502 teses de enfermagem no Brasil, defendidas entre 2010-2012, evidencia-se que a maioria está ligada ao processo de pesquisa de saúde e cuidados de enfermagem. Desperta a atenção as lacunas no campo dos fundamentos teóricos e filosóficos do

cuidado, história da enfermagem e, sobretudo, no campo da ética. Mesmo com os avanços na pesquisa, é importante desenvolver pesquisas que contemplem o conhecimento aplicado à prática do profissional de enfermagem⁽⁸⁾.

Em relação à Educação Permanente para Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, o Coren Ceará procura atender a necessidade dos serviços de saúde e o desenvolvimento dos profissionais para melhorar a assistência em enfermagem com segurança do paciente e diminuir os altos índices de processos éticos⁽⁹⁾.

Diante do exposto, devido à escassez de estudos abordando a temática e ao desconhecimento acerca dos processos éticos implementados no Coren Ceará, emergiram as seguintes questões: quais os temas das denúncias/infrações cometidas contra o CEPE? Qual a categoria dos profissionais de enfermagem envolvidos nos processos éticos concluídos pelo Coren Ceará? Quais as penalidades sofridas por esses profissionais?

Pretende-se que este estudo venha contribuir para os profissionais de enfermagem diminuírem os danos causados ao ser humano, e para se conscientizarem quanto ao risco de serviços prestados de má qualidade. Sendo assim, objetivou-se analisar os processos éticos de enfermagem relacionados à prática profissional.

MÉTODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental, retrospectivo. O estudo foi realizado na sede do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, em Fortaleza-CE-Brasil, no período de março a maio de 2016, no setor de Comissão de Ética.

Para a seleção, foram incluídos os 59 processos éticos implementados no período de 2009 a 2013, dos quais 20 haviam sido arquivados após seu julgamento pela Plenária do Coren Ceará. Assim, 39 processos éticos de enfermagem julgados e concluídos constituíram a amostra do estudo, os quais foram analisados quanto às categorias profissionais dos envolvidos (enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem), assunto/denúncia e penalidades dos processos éticos de enfermagem. É indispensável esclarecer que houve mais de uma denúncia em um mesmo processo, sendo assim, o total de denúncias foi 62.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento que abordou: assunto/denúncia do Processo Ético de Enfermagem; Categoria Profissional de Enfermagem; Desfecho do Processo Ético com penalidade recebida. Os dados foram analisados no programa *Microsoft Excel*.

Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará sob Número do Parecer: 1.523.419.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados respeitando a ordem: assunto/denúncia, categoria profissional e penalidades dos processos éticos de Enfermagem.

Assunto/denúncia dos Processos Éticos de Enfermagem do Coren Ceará

Os Processos Éticos de Enfermagem, conforme seu assunto/denúncia, foram divididos em 19 temas, apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de Assunto/denúncia dos Processos Éticos de Enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem-Ceará-Brasil, 2009-2013. (n=62).

| Assunto/denúncia (n=62) | n(%) | IC 95% |
|---|----------|-------------|
| Exercício ilegal da profissão | 16(27,1) | 15,8 - 38,4 |
| Exercício irregular da profissão | 11(18,6) | 8,7 - 28,5 |
| Negligência no atendimento | 9(15,2) | - |
| Assédio moral | 4(6,7) | - |
| Cumplicidade do exercício ilegal da profissão | 3(5,0) | - |
| Maus tratos a pacientes | 3(5,0) | - |
| Administração incorreta de medicamentos | 2(3,3) | - |
| Desvio de conduta | 2(3,3) | - |
| Deixar constar o nome na escala e não comparecer no plantão | 2(3,3) | - |
| Indisciplina e quebra de hierarquia | 1(1,6) | - |
| Calúnia, injúria e difamação | 1(1,6) | - |
| Administração de medicamentos sem prescrição médica | 1(1,6) | - |
| Aborto cometido | 1(1,6) | - |
| Manifestação com termos pejorativos contra o Conselho Regional de Enfermagem-CE | 1(1,6) | - |
| Furtos a pertences de pacientes | 1(1,6) | - |
| Desrespeito às normas institucionais | 1(1,6) | - |
| Abandono de plantão | 1(1,6) | - |
| Omissão de socorro | 1(1,6) | - |
| Desacato | 1(1,6) | - |

As infrações que se sobressaíram foram o exercício ilegal e irregular da profissão, compreendendo 45,7% das denúncias.

Categorias Profissionais e Penalidades dos Processos Éticos de Enfermagem do Coren Ceará

Quanto às categorias profissionais, os enfermeiros são os profissionais que se destacam, com 49,2% (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de Categoria Profissional e Penalidade dos Processos Éticos de Enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem-Ceará-Brasil, 2009-2013. (n=59).

| Categoria Profissional (n=59) | n(%) | IC 95% |
|---|----------|-------------|
| Enfermeiro | 29(49,2) | 36,4 - 62,0 |
| Auxiliares de Enfermagem | 19(32,2) | 20,3 - 44,1 |
| Técnico de Enfermagem | 11(18,6) | 8,7 - 28,5 |
| Penalidade (n=59) | | |
| Advertência verbal | 32(54,2) | 41,5 - 66,9 |
| Multas | 18(30,5) | 18,8 - 42,2 |
| Absolvido | 6(10,2) | - |
| Cassação do direito ao exercício profissional | 2(3,4) | - |
| Suspensão por 29 dias | 1(1,7) | - |

No que diz respeito às penalidades dos Processos Éticos, a advertência verbal apresenta a maior frequência, seguida das multas, totalizando 84,7% (Tabela 2)

A cassação foi aplicada em dois (3,4%) processos, implicando na perda do direito ao exercício da enfermagem e a penalidade de suspensão em um (1,7%), consistindo na proibição do exercício profissional de enfermagem por um período não superior a 29 dias, sendo comunicada aos órgãos empregadores, além de ser também divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e jornais de grande circulação.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo sobre a distribuição de denúncia dos Processos Éticos de Enfermagem, obteve destaque para o exercício ilegal da profissão (27,1%), exercício irregular da profissão (18,6%) e negligência para o atendimento (15,2%).

Resultados divergentes em São Paulo evidenciaram que as iatrogenias por omissão (22,6%), iatrogenias por erro na administração de medicamentos (22,1%), crimes ou contravenções penais (18,0 %) tiveram mais evidência⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que em muitas realidades brasileiras, os profissionais de enfermagem, muitas vezes, são coagidos a prestar assistência que não lhes compete na ausência de outros profissionais, aspecto relevante para a ocorrência dessas infrações, levando, assim, o profissional a infringir o CEPE. O Artigo 33 do CEPE enuncia que é proibido ao profissional de enfermagem realizar qualquer serviço que compete a outro profissional, exceto em caso de emergência⁽²⁾.

Observa-se que, em nossos achados, a advertência verbal sobressaiu-se com 32 (54,2%) entre as penalidades aplicadas. Conforme o Artigo 118 - inciso 1º, do CEPE, a advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas. Já a multa, penalidade aplicada a 18 (30,5%) processos, implica no pagamento obrigatório de uma a 10 vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator⁽²⁾.

Em nossa pesquisa, o assédio moral foi motivo para quatro (6,7%) processos, apesar de ser considerada uma infração leve⁽²⁾. Com isso, defende-se que a moral não é a submissão a uma norma imposta pela sociedade ou pelas instituições normalizadoras, e sim a disposição do indivíduo a agir em conformidade com a essência natural⁽¹¹⁾.

Freitas e colaboradores afirmam que a ocorrência de eventos adversos na profissão da enfermagem é algo que faz parte da condição humana, apesar de denunciarem falhas na sistematização da assistência de saúde. Vale ressaltar a importância da promoção da cultura de segurança⁽¹²⁾. Dessa maneira, o profissional de enfermagem deve prestar uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência à pessoa, família e coletividade⁽²⁾.

Sabe-se que existe o alto índice de processos éticos dos profissionais de enfermagem, no entanto, questiona-se acerca do conhecimento que possuem da legislação do exercício profissional, do código de ética, das resoluções e

decisões emanadas dos Sistemas Cofen/Coren⁽¹³⁾. Embora poucos estudos são publicados sobre essas infrações éticas com profissionais de enfermagem. No entanto, faz-se necessário que sejam realizadas orientações aos profissionais de enfermagem envolvidos em infrações éticas, devem apresentar um caráter educativo e não punitivo.

Destaca-se neste estudo que os enfermeiros foram os que mais sofreram aplicação ética, dado semelhante aos estudos realizados pelo Coren Santa Catarina⁽³⁾ e Coren Piauí⁽³⁾. Dado diferente encontrado no ensaio sobre a finalidade de descrever as ocorrências éticas de enfermagem nos processos éticos julgados pelo Coren São Paulo⁽¹⁰⁾, foi constatado que os auxiliares de enfermagem (46,12%) formam a categoria profissional com maior ocorrência.

Uma estratégia interessante e inovadora⁽¹⁴⁾ para favorecer a tomada de decisão ética e, possivelmente, contribuir para a diminuição dos processos éticos foi a participação de estudantes de enfermagem em experiências com dilemas éticos, situações práticas como o enfermeiro atuaria na realidade com a finalidade de adotarem uma postura conforme o recomendado no CEPE.

O enfermeiro deve ter a consciência de que sua atuação deve fundamentar-se na ética/bioética. Ressalta-se, ainda, que é inaceitável

o desconhecimento das leis que regem a profissão e possivelmente, a grande maioria das infrações éticas decorre da má interpretação do conteúdo do CEPE. Existe a necessidade de reflexão sobre o processo de formação e a sua continuidade nas instituições de saúde, em que devem ser discutidos os problemas vivenciados.

Vale ressaltar algumas limitações do nosso estudo descritivo e documental, haja vista que não foi possível observar nas ocorrências éticas levantadas se houve dano material, físico ou moral ao paciente.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma ampliação da compreensão dos processos éticos e verificou-se que a infração exercício ilegal da profissão teve maior frequência, seguida do exercício irregular da profissão. No tocante à categoria

“Observa-se que, em nossos achados, a advertência verbal sobressaiu-se com 32 (54,2%) entre as penalidades aplicadas.”

profissional, os enfermeiros apresentaram o maior número. Em relação às penalidades, observou-se que a advertência verbal foi a mais aplicada.

Diante desse contexto, considera-se relevante o estímulo para reflexão dos profissionais de enfermagem quanto aos erros cometidos, infrações e penalidades atribuídas, de modo que zelem pelo cuidar, livre de negligência, imprudência e imperícia, resultando em uma assistência de enfermagem

eficaz e segura ao cliente.

Destaca-se que o aumento da produção científica sobre esse tema e a contínua capacitação dos profissionais de enfermagem podem trazer benefícios não apenas para a segurança do paciente, mas também para o profissional. Considera-se, assim, que a educação permanente embasada no CEPE pode contribuir para melhorar as deficiências do sistema de saúde, bem como o desenvolvimento profissional

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem do Ceará. Resolução COFEN Nº 370/2010, de 03 de novembro de 2010. Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2010 [citado 2016 maio 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html
2. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. 2007 [citado 2015abr 15]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>
3. Schneider GS, Ramos FRS. Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(4):744-52.
4. Costa e Silva MED, Oliveira EP, Lima TR, Rocha SS, Monteiro MRA. Processos éticos contra profissionais de enfermagem no COREN-PI: uma análise das infrações. [Internet]. 2013 [citado 2016 abr 13]. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I47669.E11.T9157.D7AP.pdf>
5. Bordignon SS, Lunardi VL, Dalmolin GL, Tomaschewski JG, LunardiFilho WD, Barlem ELD, et al. Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro. *RevEnferm UERJ*. 2011; 19(1):94-9.
6. Abreu CCF, Rodrigues MA Paixão MPBA. Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *RevEnf Ref*. 2013; III(10):63-8.
7. Freitas GF, Oguisso T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. *Rev. Esc. enferm. USP*. 2008; 42(1):34-40.
8. Scochi CGS, Gelbcke FL, Ferreira MA, Lima MADS, Padilha KG, Padovani NA, et al. Nursing doctorates in Brazil: research formation and theses production. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(3):387-94.
9. Lacerda CMM, Frota MA, Muniz CML, Mendonça FAC, Bezerra LLAL, Menezes MV. Permanent education: experiences of the Nursing Regional Board of the Ceará, Brazil. *Procedia Soc Behav Sciences*. 2015; 174:1015-20.
10. Mattozinhos FCB, Freitas GF. Nursing ethical issues occurring within the State of Sao Paulo: factual description. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6):593-600.
11. Wolff F. Nossa humanidade: de Aristóteles às neurociências. São Paulo: Unesp; 2012.
12. Freitas GF, Hoga LAK, Fenandes MFP, Gonzáles JS, Ruiz MCS, Bonini BB. Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: a phenomenological study. *J NursManag*. 2011; 19(3):331-8.
13. Silveira LR, Ramos FRS. Os maiores desafios e dificuldades para realizar o trabalho de fiscal do COREN/SC. *Enferm Foco* 2014; 5(1/2): 33-36.
14. Airth-Kindree NM, Kirkhorn LE. Ethical Grand Rounds: teaching ethics at the point of care. *NursEducPerspect*. 2016; 37(1):48-50.

QUALIDADE DE VIDA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE NO INÍCIO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO NO CÂNCER: DESAFIOS PARA O CUIDADO

Delma Aurélia da Silva Simão¹, Andreza Nayla de Assis Aguiar², Raissa Silva Souza³, Karine Marley Captein², Bruna Figueiredo Manzo¹, Antônio Lúcio Teixeira⁴

Objetivo: avaliar sintomas de ansiedade e depressão e sua associação com a qualidade de vida em pacientes antes da quimioterapia. **Métodos:** estudo transversal, analítico, correlacional, com 55 pacientes. Utilizou-se questionário sociodemográfico e clínico, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e escala de qualidade de vida Funcional *Assessment of Cancer Therapy/ Gynaecologic Oncology Group - Neurotoxicity (FACT-GOG/Ntx.)*. **Resultados:** ansiedade 'provável' foi identificada em 21,8% da amostra, enquanto depressão 'provável' em 23,6%. Houve correlação moderada e inversa para a maioria das subescalas e índices da FACT GOG/Ntx e os escores de ansiedade e depressão. **Conclusão:** observou-se relevante presença de sintomas de ansiedade e depressão antes da quimioterapia com impactos na sua qualidade de vida.

Descritores: Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida, Oncologia.

QUALITY OF LIFE, SYMPTOMS OF DEPRESSION AND ANXIETY AT THE BEGINNING OF CHEMOTHERAPY CANCER TREATMENT: CHALLENGES TO CARE

Objective: to assess symptoms of anxiety and depression and their association with quality of life in patients before chemotherapy. **Methods:** cross-sectional, analytical, correlational study with 55 patients. We used a sociodemographic and clinical questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and to evaluate the quality of life on the Functional Assessment of Cancer Therapy / Gynecologic Oncology Group (FACT-GOG / Ntx.). **Results:** 'probable' anxiety was identified in 21.8% of the sample while 'probable' depression in 23.6%. There was a moderate and inverse correlation for most FACT GOG / Ntx subscales and indexes and anxiety and depression scores. **Conclusion:** There was a significant presence of anxiety and depression symptoms before chemotherapy with impacts on their quality of life.

Descriptors: Anxiety, Depression, Quality of Life, Oncology.

CALIDAD DE VIDA, LA ANSIEDAD Y LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS AL COMIENZO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO CONTRA EL CÁNCER: LOS RETOS DEL CUIDADO

Objetivo: evaluar los síntomas de ansiedad y depresión y su relación con la calidad de vida de los pacientes antes de la quimioterapia. **Métodos:** Estudio transversal analítico, correlacional, con 55 pacientes. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la escala de calidad de vida Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer / Grupo de Oncología Ginecológica - Neurotoxicidad (FACT-GOG/Ntx.). **Resultados:** la ansiedad de los "probables" fue identificado en el 21,8% de la muestra como la depresión "probable" en el 23,6%. Hubo correlación moderada e inversa para la mayoría de las subescalas e índices FACT GOG / NTX y las puntuaciones de ansiedad y depresión. **Conclusión:** Hubo una presencia significativa de los síntomas de ansiedad y depresión antes de la quimioterapia con los impacto en su calidad de vida.

Descritores: Ansiedad, Depresión, Calidad de Vida, Oncología.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

²Enfermeira. Mestranda - UFMG

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ

⁴Médico. Doutor em Ciências. Membro do Laboratório Inter Disciplinar de Investigação.

Medica da Faculdade de Medicina - UFMG

INTRODUÇÃO

O câncer, em virtude de suas características etiopatogênicas e magnitude, tem se configurado como um importante problema de saúde pública na sociedade contemporânea. Parcela significativa de pessoas acometidas pelo câncer vivencia sintomas de ansiedade e depressão desde o diagnóstico da doença, os quais frequentemente persistem durante todo o tratamento, repercutindo na adesão ao tratamento, na qualidade de vida, no prognóstico e na sobrevida à doença⁽¹⁻³⁾.

A depressão e a ansiedade são condições psiquiátricas manifestas por meio de sintomas psicológicos, comportamentais e físicos, decorrentes de uma combinação de múltiplos fatores. Tais condições podem se tornar crônicas ou recorrentes, acarretando prejuízos expressivos à capacidade da pessoa de se autocuidar e de realizar suas atividades diárias, impactando na sua qualidade de vida global^(2,4).

Além disso, estudos evidenciam que a ansiedade e a depressão são mais frequentes entre pessoas com câncer do que entre aquelas com outras doenças crônicas, sendo que, quanto mais precocemente identificadas e abordadas, menor será o impacto na sua vida. Assim, a detecção e a abordagem multiprofissional dos sintomas de ansiedade e depressão são essenciais para a manutenção, restauração e/ou melhoria do bem estar das pessoas com câncer^(2,5).

Diante disso, este estudo tem por objetivo avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão e sua associação com a qualidade de vida em pacientes com câncer antes de iniciar tratamento quimioterápico.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, analítico e correlacional que incluiu pessoas com câncer e que iriam iniciar quimioterapia antineoplásica, atendidas em uma unidade funcional oncológica, ambulatorial, de um hospital universitário de Minas Gerais, entre fevereiro de 2013 e agosto de 2014.

A amostra foi dimensionada de forma não probabilística, por conveniência, e foram incluídas todas as pessoas com câncer, com indicação de início da quimioterapia antineoplásica no período da coleta de dados e com idade superior a 18 anos.

Foram selecionadas 156 pessoas com indicação de quimioterapia no período estipulado, entretanto foram excluídos 101 indivíduos: com indicação de início imediato da quimioterapia (n=10); com registros prévios de limitações cognitivas (n=9); que não possuíam contato telefônico disponível (n=23); clinicamente debilitados e com prejuízo na capacidade funcional medida pela Escala

de Performance da Eastern Cooperative Group - ECOG (n=55); com metástases cerebrais e sequelas de acidente vascular encefálico (n=04; 1,5%).

Para a coleta dos dados, utilizou-se questionário de avaliação sociodemográfica e clínica; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*)⁽⁶⁾ tendo em vista classificar os sintomas de ansiedade e depressão (improvável, provável ou possível); e o questionário de avaliação da qualidade de vida *Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group - Neurotoxicity (FACT-GOG- Ntx)*⁽⁷⁾ na versão em português, no qual são avaliados 'bem estar físico', 'bem estar social/familiar', 'bem estar emocional', 'bem estar funcional' e sintomas de neurotoxicidade.

Os dados foram inseridos e analisados com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 19.0)*, sendo utilizada estatística descritiva e analítica, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para a análise descritiva das variáveis contínuas, foram realizados cálculos de suas medianas e intervalos interquartílicos (P25 e P75) e, para as variáveis categóricas, distribuições de frequências relativas e absolutas. Teste de Mann Whitney e análises de correlação de Spearman foram realizados para comparar os grupos com provável depressão e provável ansiedade aos escores das subescalas de qualidade de vida, assim como de seus índices. A interpretação da magnitude das correlações seguiu a classificação: coeficientes de correlação $< 0,4$ (correlação de fraca magnitude), $> 0,4$ a $< 0,5$ (de moderada magnitude) e $> 0,5$ (de forte magnitude).

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE 08166912.8.0000.5149), sendo assegurados todos os direitos dos participantes.

RESULTADOS

A idade dos participantes variou de 32 a 80 anos (mediana 54 anos), a maioria era do sexo feminino (n=46, 83,6%), casada (n=25, 45,5%) e com até 3 filhos (n=37, 67,3%), com baixo nível de escolaridade (n=40, 72,7%). Houve predomínio daqueles que se autodenominavam católicos (n=29, 52,7%), que nunca fumaram (n=27, 49,1%), que nunca beberam (n=25, 45,5%) e que se encontravam licenciados do trabalho (n=26, 47,3%). Além disso, a maioria dos participantes tinha prescrição de tratamento quimioterápico com esquemas terapêuticos envolvendo o paclitaxel (n=35, 63,6%), em caráter adjuvante, sendo o câncer de mama predominante na amostra (n=32, 60,4%).

Apesar dos escores da HADS apresentarem três índices ('improvável', 'provável' ou 'possível'), as pessoas que compuseram a amostra do presente estudo foram

categorizadas em apenas dois desses escores – ‘improvável’ e ‘provável’.

Em relação aos sintomas de ansiedade, 21,8% dos participantes (n=12) foram enquadrados no grupo de ansiedade ‘provável’. De modo geral, os qualificadores com maior peso na caracterização da ansiedade pelos participantes foram “se sente tenso e contraído” (n=34, 61,8%), “fica com a cabeça cheia de preocupações” (n=49, 89,1%) e “se sente inquieta(o), como se não pudesse ficar parada (o) em nenhum lugar” (n=38, 69,1%). Em relação aos sintomas depressivos, 23,6% (n=13) dos participantes foram enquadrados no grupo de depressão ‘provável’, sendo que os qualificadores mais indicados foram “não sentir gosto pelas mesmas coisas de antes” (n= 28, 51,1%), e “está lenta (o) para pensar e fazer as coisas” (n= 31, 56,4 %).

As comparações entre os grupos de pacientes com ansiedade ‘improvável’ (n=43) e ‘provável’ (n=12) e as subescalas e os índices de qualidade de vida total da

FACT GOG/Ntx evidenciaram a existência de diferença significativa entre os grupos em quase todos os quesitos. Assim, pode-se afirmar que pessoas com diferentes níveis de ansiedade têm impacto significativo no seu bem estar físico, funcional, emocional, social/familiar, bem como na sua qualidade de vida global.

Da mesma forma, as comparações entre os grupos com depressão ‘improvável’ (n=42) e ‘provável’ (n=13) e as subescalas de qualidade de vida da FACT GOG/Ntx demonstraram a existência de diferença estatisticamente significativa nas dimensões do bem estar físico, emocional, funcional, assim como na qualidade de vida global. Contudo, nesse caso, não houve associação entre os grupos e a subescala de bem estar social/familiar, o que pode indicar que a família e amigos oferecem suporte adequado nos momentos que antecedem o início da quimioterapia na amostra. Os dados referentes à comparação entre os grupos encontram-se apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Ansiedade, depressão e comparação com a qualidade de vida em pacientes oncológicos antes da quimioterapia antineoplásica. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014 (n=55).

| Parâmetros | Ansiedade provável (n=12) Mediana (intervalo interquartilico) | Ansiedade improvável (n=43) Mediana (intervalo interquartilico) | Valor p* | Depressão provável (n=13) Mediana (intervalo interquartilico) | Depressão improvável (n=42) Mediana (intervalo interquartilico) | Valor p* |
|--|---|---|----------|---|---|----------|
| Subescala de bem estar físico | 21 (14-22) | 26 (22-28) | 0,001 | 22 (11-24,5) | 25,5(21,8-28) | 0,013 |
| Subescala de bem estar social/familiar (0-28) | 16(11,5-17,8) | 19 (12-22) | 0,023 | 15(10,5-19,5) | 18 (14,8-21) | 0,074 |
| Subescala de bem estar emocional (0-24) | 14 (9,3-17) | 20 (18-22) | <0,001 | 15(11,5-18,5) | 20 (17,8-22) | 0,008 |
| Subescala de bem estar funcional (0-28) | 14 (10-15,8) | 20 (16-22) | <0,001 | 10 (7,5-17,5) | 20 (16-22) | 0,001 |
| Subescala de neurotoxicidade (0-44) | 38 (33,8-41) | 42 (40-44) | 0,001 | 38 (32-41) | 42,5(40,8-44) | <0,001 |
| Índice de qualidade de vida (TOI) (0-100) | 70,5(58-78,8) | 89 (79-92) | <0,001 | 72 (52-82,5) | 88,5(79-91,3) | <0,001 |
| Índice de qualidade de vida total (0-108) (FACT-G) | 61(45,8-70,8) | 81 (73-91) | <0,001 | 58(46,5-70,5) | 80(72,5-90,3) | <0,001 |
| Índice total de qualidade de vida (0-152) (FACT/GOG-Ntx) | 99 (81,3-111) | 125(113-134) | <0,001 | 101(78,5-111) | 124(112,8-134) | <0,001 |

Nota: *Teste de Mann Whitney, p<0,05

Análises de correlação se mostraram de intensidade moderada e inversa para a maioria das subescalas e índices da FACT GOG/Ntx e os escores de ansiedade e depressão. Assim, à medida que aumentam os sintomas de ansiedade, pioram os níveis de qualidade de vida global, bem como o bem estar físico, funcional, emocional e social/familiar. Do mesmo modo, identificou-se que os sintomas de depressão pioram o bem estar físico, emocional, funcional e global dos pacientes. Os dados referentes à correlação entre os escores da Escala HAD e a Escala FACT GOG/Ntx encontram-se apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Correlação entre escores da FACT-GOG/Ntx e HAD em pacientes oncológicos anteriormente à quimioterapia. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014 (n=55).

| Parâmetros | Escore da subescala de ansiedade | Escore da subescala de depressão |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Subescala de bem estar físico | -0,464 (<0,001) | -0,323 (0,016) |
| Subescala de bem estar social/familiar | -0,232 (0,088) | -0,402 (0,002) |
| Subescala de bem estar emocional | -0,686 (<0,001) | -0,639 (<0,001) |
| Subescala de bem estar funcional | -0,450 (0,001) | -0,495 (<0,001) |
| Subescala de neuro-toxicidade | -0,424 (0,001) | -0,405 (0,002) |
| Índice de qualidade de vida (TOI) | -0,495 (<0,001) | -0,496 (<0,001) |
| Índice de qualidade de vida total | -0,573 (<0,001) | -0,631 (<0,001) |
| Índice total de qualidade de vida | -0,547 (<0,001) | -0,617 (<0,001) |

Nota: Correlação de Spearman, $p < 0,05$

Podem-se observar correlações negativas, de moderada magnitude, especificamente entre o escore de ansiedade e as subescalas de bem-estar físico ($r = -0,464$; $p < 0,001$), bem-estar funcional ($r = -0,450$; $p = 0,001$). Quanto à relação entre a qualidade de vida e a depressão, tem-se correlação negativa de fraca magnitude apenas com a subescala de bem-estar físico ($r = -0,323$; $p = 0,016$).

DISCUSSÃO

A análise dos dados evidenciou que pouco mais de 20% dos participantes deste estudo apresentava 'provável' ansiedade e depressão antes do início do tratamento quimioterápico, corroborando com dados da literatura nos quais índices de ansiedade e de depressão em pessoas com câncer são de 20 a 48%⁽⁵⁾. A existência dessas condições nessa população tem relação com seus temores em relação ao câncer, ao início do tratamento quimioterápico (com seus possíveis efeitos colaterais e alterações corporais) e ao seu impacto em sua qualidade de vida⁽⁶⁾. Além disso, salienta-se que as pessoas que recebem o diagnóstico de câncer e tomam ciência dos recursos disponíveis para seu tratamento, de maneira geral, passam por uma fase de ajustamento, quando os sintomas de ansiedade e depressão são frequentes, com tendência ao declínio quando conseguem integrar as novas informações à sua realidade, encontrando com isso, razões novas para prosseguir com sua vida⁽⁹⁾.

Sugere-se que o reduzido percentual de participantes com 'provável' ansiedade e depressão, encontrado no presente estudo, possa ter relação com questões subjetivas como a religiosidade, que, de modo geral, encontra-se potencializada na vida de pessoas com câncer, e a resiliência que também pode estar presente no momento do diagnóstico do câncer e do início do tratamento^(5,10).

Além disso, há indícios da participação do suporte social provido pela família, comunidade e equipe de saúde na redução dos níveis de ansiedade e depressão, sendo que esse suporte influencia positivamente na adesão ao tratamento, na adaptação psicossocial e nos mecanismos de enfrentamento da pessoa com câncer. Nesse sentido, sugere-se que o enfermeiro oncologista investigue, em sua prática cotidiana, a existência e a qualidade da rede de apoio social da pessoa com câncer^(11,12).

No presente estudo identificou-se piora significativa na percepção da qualidade de vida dos pacientes com depressão e/ou ansiedade, quando comparados com pacientes sem depressão e/ou ansiedade. As correlações negativas entre os escores de ansiedade e os escores de 'bem-estar físico', 'bem-estar funcional' e 'bem-estar social/familiar' sugerem que a presença de sintomas ansiosos pode influenciar negativamente a percepção de sintomas físicos, da

funcionalidade e do apoio social e/ou familiar recebido pelos participantes deste estudo. Corroboram com esse achado dados encontrados em outro estudo que demonstraram associação entre a ansiedade e os sintomas físicos, bem como piora na capacidade funcional da pessoa com câncer⁽⁵⁾.

Da mesma forma, as correlações negativas entre os escores de depressão e o escore de 'bem-estar físico' sugerem que a presença de sintomas depressivos pode influenciar negativamente a percepção de sintomas físicos das pessoas que compuseram a amostra. Estudos apontam que a depressão no paciente com câncer acarreta intensificação dos sintomas físicos e exacerbação das preocupações em relação à doença, às relações sociais e familiares e à situação financeira, piorando o enfrentamento adaptativo dessas pessoas^(5,9).

Tendo em vista esses resultados, destaca-se a importância da identificação e da abordagem multiprofissional da ansiedade e da depressão nos serviços de oncologia, enfocando não apenas os sofrimentos ocasionados por essas condições psiquiátricas, mas também sobre os seus efeitos

sobre os diferentes domínios da qualidade de vida da pessoa com câncer. A detecção precoce e a intervenção eficaz junto às pessoas com sintomas de ansiedade e depressão podem reduzir o custo humano do câncer, não só para os pacientes, mas também para os cuidadores e/ou familiares⁽⁵⁾.

Acredita-se que a pesquisa ora apresentada comporte limites, destacando-se a impossibilidade de inferir direcionalidade ou causalidade a partir dos resultados obtidos, restrição própria de estudos com desenho transversal.

CONCLUSÃO

Observou-se a presença de sintomas de ansiedade e depressão na população oncológica antes da quimioterapia, com impactos na sua qualidade de vida. Dessa forma, sugere-se que a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, atue ativamente na identificação precoce de tais sintomas, possibilitando, dessa forma, o estabelecimento de planos de cuidados individualizados com vistas à melhora da qualidade de vida das pessoas com câncer.

REFERÊNCIAS

- Bergerot CD, Laros JA, Araujo TCCF. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. Psico-USF [Internet]. 2014 Maio/Ago; 19(2):187-197.
- Souza BF, Pires FH, Dewulf NLS, Inocenti A, Silva AEBC, Miaso AI. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013;47(1).
- Paula JM, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. Rev Rene [Internet]. 2015 Jan/Fev; 16(1):106-113.
- Santos CA, Ribeiro AQ, Rosa COB, Ribeiro RCL. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2015; 20(3):751-760.
- Barbara LA, Robert JR, Barry SB, Jessie G, Victoria LC, Mary J M et al. Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. J Clin Oncol [Internet]. 2014 May; 32(15): 1605-1619.
- Botega NJ, Márcia RB, Maria AZ, Celso GJ, Walter ABP. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública [Internet]. 1995 Out; 29(5): 355-363.
- Cella D. Functional assessment of chronic illness therapy. Elmhurst: Facit [Internet]. 2010. Available from: <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>
- Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre depressão. [Ministério da Saúde] [Internet]. 2014 [cited 2016 Ago 06]. Available from: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=18806>.
- Terra FS, et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. Rev Bras Clin Med. [Internet]. 2013; 11(2):112-7.
- Albuquerque KA, Pimenta CAM. Distress do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 Set/Out; 67(5):744-51.
- Santos JFS, Lima ACR, Mota CMD, Gois CFL, Brito GMG; Barreto IDC. Qualidade de vida, sintomas depressivos e adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial. Rev. Enferm. Foco [Internet]. 2016; 7(2):17-21.
- Souza RS, SIMÃO DAS, LIMA EDRP. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. REME. 2012; 12(1):38-47.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

O processo de submissão é feito somente no endereço: <http://revista.portalcofen.gov.br>. O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores. Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores. Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Podem ser submetidos artigos originais e artigos de revisão.

FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Artigos originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita de natureza qualitativa ou quantitativa. São também considerados artigos originais as reflexões teóricas opinativas ou analíticas.

Artigos de revisão

Estudos de revisão integrativa da literatura, de revisão sistemática com ou sem metanálise.

Os artigos devem ser estruturados com os seguintes tópicos: título, resumos, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Identificação do manuscrito

Título: conciso e informativo;

Autoria: nome(s) do(s) autor(es), indicando a titulação máxima, vínculo institucional e endereço eletrônico do autor correspondente. Os autores devem especificar, em formulário próprio (modelo 1), a participação na elaboração do manuscrito;

Idioma: serão aceitos textos em português, espanhol e inglês;

Limite de palavras: o número máximo de palavras é de 3.500, incluindo títulos, resumos e descritores nas três línguas (português, inglês e espanhol) e referências;

Formatação: papel A4 (210 x 297 mm), margens de 2,5 cm em cada um dos lados, letra Times New Roman com corpo 12, espaçamento duplo e redigido em Word;

Resumo e descritores: o resumo deverá conter de 100 a 150 palavras, identificando objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, sequencialmente na primeira página, incluindo títulos e descritores nos respectivos

idiomas. Os descritores, separados por vírgulas, devem ser em número de três a cinco, sendo aceitos somente os vocábulos incluídos na lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS-Lilacs", elaborada pela Bireme (acessível em <http://decs.bvs.br>), ou no Medical Subject Heading - MeSH (acessível em www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh). Para ensaio clínico, apresentar o número do registro ao final do resumo;

Ilustrações: as ilustrações incluem tabelas, figuras e fotos, inseridas no texto, numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem de apresentação. A numeração sequencial é separada para tabelas, figuras e fotos. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estar após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos;

Limitações do estudo: posicionados no final da discussão.

Referências: as referências estão limitadas a 25, apresentadas no formato Vancouver Style (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). É preciso identificar as referências no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 3-8); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1, 4, 12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, liste os seis primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula. As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independentemente do número de linhas, e identificadas entre aspas, indicando autor e página(s) (ex.: 1:20-21);

Agradecimentos e Financiamento: posicionados no fim do texto;

Aspectos éticos: manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão, deverão vir acompanhados, no sistema on-line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou da declaração de respeito às normas internacionais;

Transferência de direitos autorais: os artigos devem ser encaminhados com as autorizações on-line de transferência de direitos à revista (modelo 2).

Os autores devem declarar se há conflito de interesse.

ENFERMAGEM.

Está com a gente desde que nascemos.

Quem nunca precisou da enfermagem na vida? Primeiro, o nascimento. Depois, as vacinas; o tombo da bicicleta e tantos outros procedimentos mais complexos que exigem anos de estudo do profissional.

O Sistema Cofen/Conselhos Regionais acompanha o profissional de Enfermagem e todo o seu desenvolvimento por meio de ações e programas de valorização e defesa da categoria, além de incentivar sua qualificação e conhecimento científico.

ENFERMAGEM. MAIS DO QUE PROFISSÃO, PAIXÃO.

Enfermagem na linha de frente, transformando o cuidado.

www.cofen.gov.br

[f/eucurtoaenfermagem](https://www.facebook.com/eucurtoaenfermagem)



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem