



# Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 8, Nº 3, 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 Oguisso – 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](http://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:** outubro 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](http://www.klimtpublicidade.com)  
Diretor Geral: Rafael Frota • Supervisor Geral: Renato Blanco • Projeto Gráfico: Daniel Ferreira • Design gráfico: César Coelho  
Publicidade: Klimt Publicidade • 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**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DESAFIO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL  
Manoel Carlos Neri da Silva

06

**QUEM SOMOS**

Editores da Revista Enfermagem em Foco

08

**1. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO EM PACIENTES CRÍTICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

NURSING EVALUATION OF RESIDUAL GASTRIC VOLUME IN CRITICAL PATIENTS: AN INTEGRATIVE REVIEW  
EVALUACIÓN DE ENFERMEIRA DEL VOLUMEN GÁSTRICO RESIDUAL EM PACIENTES CRÍTICOS: UNA REVISION INTEGRADORA  
Maria Juliana Ferreira de Carvalho, Ayla Maria Farias de Mesquita, Danielle de Mendonça Henrique, Josiana Araújo de Oliveira, Grace Kelly da Silva Dourado, Dayanne Pâmela da Silva Santos

14

**2. PERCEPÇÃO DO HOMEM IDOSO EM RELAÇÃO A SUA SEXUALIDADE**

THE ELDERLY MAN'S PERCEPTION IN RELATION TO HIS SEXUALITY  
PERCEPCIÓN DEL HOMBRE MAYOR EN RELACIÓN CON SU SEXUALIDAD  
Annely Barros Gois, Rômulo Fabio Lopes dos Santos, Talita Patrícia Sena da Silva, Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar

19

**3. SIGNIFICADO DO PROTOCOLO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: QUALIFICANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO**

MEANING OF PRESSURE ULCER PROTOCOL: IMPROVING THE NURSING CARE MANAGEMENT  
SIGNIFICADO DEL PROTOCOLO DE ULCERA POR PRESIÓN: CALIFICANDO LA GERENCIA DEL CUIDADO PARA EL ENFERMEIRO  
Rhea Sílvia Avila Soares, Suzinara Beatriz Soares de Lima, Silvíamar Camponogara, Thais Dresch Eberhardt, Grazielle Gorete Portella da Fonseca, Marciane Kessler

25

**4. PRIMEIROS SOCORROS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO AMBIENTE ESCOLAR: INTERVENÇÃO EM UNIDADE DE ENSINO**

FIRST AID AND PREVENTION OF ACCIDENTS IN THE SCHOOL ENVIRONMENT: INTERVENTION IN THE EDUCATIONAL UNIT  
PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL MEDIO AMBIENTE ESCOLAR: INTERVENCIÓN EN UNIDAD DE ENSINO  
Larissa Graziela Sousa da Silva, Josias Botelho da Costa, Leticia Gemyna Serrão Furtado, Jonatas Bezerra Tavares, José Leandro Diniz Costa

30

**5. PLANTA FÍSICA DOS ABRIGOS DE RESÍDUOS QUÍMICOS PERIGOSOS DA ATENÇÃO HOSPITALAR**

PHYSICAL PLANT OF HAZARDOUS SHELTERS WITH CHEMICAL WASTE FROM HOSPITAL CARE  
PLANTA FÍSICA DE LOS CENTROS DE ACOGIDA DE RESIDUOS QUÍMICOS PELIGROSOS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA  
Taiza Florencio Costa, Vanda Elisa Andres Fellí, Maritza Consuelo Ortiz Sanchez, Simone Cruz Machado Ferreira, Zenith Rosa Silvino, Miriam Marinho Chrizostimo

35

**6. CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS RESIDENTES ACERCA DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO**

KNOWLEDGE OF RESIDENT NURSES REGARDING GOOD PRACTICES FOR CHILDBIRTH CARE  
CONOCIMIENTO DE ENFERMERAS RESIDENTES ACERCA DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO  
Leticia Bastos Vilela Feijão, Lara Mabelle Milfont Boeckmann, Manuela Costa Melo

40

**7. A FORMAÇÃO DE PESQUISADORES NA TEMÁTICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM**

THE TRAINING OF RESEARCHERS IN THE ISSUE OF HEALTH OF THE WORKING NURSE  
LA FORMACIÓN DE INVESTIGADORES EN LA TEMÁTICA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR DE ENFERMERÍA  
Fábio José Silva, Ana Paula Pelegrini Ratier, Vanda Elisa Andres Fellí, Renata Santos Tito, Patrícia Campos Pavan Baptista

45

**8. DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O COMPONENTE SENTIDOS DA TEORIA DE ROY, APLICADOS A ADULTOS EM NEURORREABILITAÇÃO**

NURSING DIAGNOSES AND INTERVENTIONS FOR THE SENSES COMPONENT OF ROY'S THEORY, APPLIED TO ADULTS IN NEUROREHABILITATION  
DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA PARA EL COMPONENTE SENTIDOS DE LA TEORÍA DE ROY, APLICADOS A ADULTOS EN NEUROREHABILITACIÓN

Leonardo Tadeu de Andrade, Telma Ribeiro Garcia, Tânia Couto Machado Chianca

51

**9. CONDIÇÕES DE TRABALHO QUE MAIS IMPACTAM NA SAÚDE DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA**

WORKING CONDITIONS THAT MOST IMPACT THE HEALTH OF NURSING TEACHERS: INTEGRATIVE REVIEW  
CONDICIONES DE TRABAJO QUE MÁS AFECTAN A LA SALUD DE LOS DOCENTES DE ENFERMERÍA: REVISIÓN INTEGRATIVA

Mônica Jordão de Souza Pinto, Fernanda Araújo Pintor, Felipe Pires Detta

56

**10. PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS SOBRE A COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

UNDERSTANDING OF ASSISTANT NURSES ABOUT THE HOSPITAL INFECTION CONTROL COMMITTEE  
PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS ASISTENCIALES SOBRE LA COMISIÓN DE CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Talyta Gonçalves da Silva Félix, Cícera Renata Diniz Vieira Silva, Mary Luce Melquiades Meira, Rosânela Vidal de Negreiros, Jógilmira Macêdo Silva Mendes, Gerlane Cristinne Bertino Vêras

61

**11. PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM MULHERES**

THE PREVALENCE OF SYPHILIS IN WOMEN  
PREDOMINIO DE SÍFILIS EN MUJERES

Daila Alena Raenck da Silva, Ianny Gabriela Ferrão Garroni Alves, Mariana Tejada de Barros, Fernanda Vaz Dorneles

65

**12. AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

ASSESSMENT OF THE CARE COORDINATION FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS  
EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Suderlan Sabino Leandro, Pedro Sadi Monteiro

70

**13. ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

PRIMARY CARE NURSES' PERFORMANCE WITH WOMEN IN SITUATIONS OF VIOLENCE  
ACTUACIÓN DE LOS ENFERMEROS DE LA ATENCIÓN BÁSICA ANTE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLÊNCIA

Neuzileny Nery Ferreira Silva, Sandra Maria Cezar Leal, Daiane Trentin, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Caroline Porcelis Vargas, Leticia Becker Vieira

75

**14. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA)**

SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF NURSING STUDENTS OF THE STATE UNIVERSITY VALE DO ACARAÚ (UVA)  
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ESTADUAL VALLE DE ACARAÚ (UVA)

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Cristhian Farias Ferreira Muniz, Luiza Jocymara Lima Freire Dias, Francisco Diogenes Júnior, Maria Adelane Monteiro da Silva, Eliany Nazaré Oliveira

80

**15. FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM INTEGRADA AO ENSINO MÉDIO**

TECHNICAL TRAINING IN NURSING INTEGRATED TO HIGH SCHOOL  
FORMACIÓN TÉCNICA EN ENFERMEDAD INTEGRADA A LA ENSEÑANZA MEDIO

Luciana Maria Montenegro Santiago, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Ondina Maria Chagas Canuto, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Maria Socorro de Araújo Dias, Quitéria Larissa Teodoro Farias, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto



# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DESAFIO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

**Manoel Carlos Neri da Silva**

Presidente do Conselho Federal de Enfermagem-Cofen



A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) é uma atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86<sup>(1)</sup> e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009<sup>(2)</sup> que trata da implantação da SAE e implementação do PE em toda instituição de saúde pública e privada. A sistematização organiza o trabalho profissional no que se refere ao método, pessoal e instrumentos, possibilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), com base teórico-filosófica. Entretanto, muitas tem sido as dificuldades para cumprir o preconizado na legislação em relação à SAE, como a falta de conhecimento teórico, de exercício prático e de recursos, bem como falta de tempo para sua realização. As ações dos enfermeiros muitas vezes estão desvinculadas da SAE e da implementação do Processo de Enfermagem (PE), tornando o fazer rotineiro, sem suficiente respaldo científico.

Nesse sentido, o Mestrado Profissional apresenta-se como uma estratégia, pois de acordo com a CAPES, esta é “uma modalidade de Pós-Graduação stricto sensu voltada para a capacitação de profissionais, nas diversas áreas do conhecimento, mediante o estudo de técnicas, processos, ou temáticas que atendam a alguma demanda do mercado de trabalho”<sup>(3)</sup>. Em 17/11/2014, dados do Sistema Nacional de Pós-Graduação/CAPES mostram que a área de Enfermagem contava com 15 Programas de Pós-Graduação na modalidade de Mestrado Profissional (MP), distribuídos nos estados das regiões: Centro-Oeste (01), Nordeste (03), Sudeste (07) e Sul (04). Ressalta-se que a Região Norte ainda não dispõe de Programa de Pós-Graduação na modalidade de MP.

Estudo sobre a produção dos mestrados profissionais em enfermagem, em três programas, indica contribuição dos trabalhos de conclusão para aperfeiçoamento da assistência, das relações entre profissionais e clientela. Analisados os trabalhos de conclusão, num total de 127 e as linhas de pesquisa, observou-se predominância na linha de pesquisa processo de cuidar e gerenciamento em saúde, sendo que apenas um trabalho foi vinculado à sistematização da assistência<sup>(4)</sup>, evidenciando a pertinência da proposta do Cofen de investir em mestrado profissional com foco na SAE.

Assim, o Cofen, como órgão que tem a finalidade de zelar pelo bom exercício profissional, com a finalidade de atender necessidades locais e qualificar enfermeiros com o foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação

do Processo de Enfermagem, formalizou uma parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para financiar, num período de cinco anos (2017-2021), a qualificação de 500 enfermeiros em Programas de Pós-Graduação, na modalidade de Mestrado Profissional. Através do Edital da CAPES, Nº 27/2016, Apoio a Programas de Pós-Graduação da Área de Enfermagem – Modalidade Mestrado Profissional- Acordo CAPES/Cofen, em 2017, uma Comissão de Avaliação, constituída por consultores da CAPES e do Cofen, analisou o mérito das 17 propostas habilitadas, contemplando 140 vagas para 16 Programas de Pós-Graduação, assim distribuídos: Região Centro-Oeste-1; Região Nordeste-2; Região Sudeste-7; Região Sul- 06.

Com essa formação, pretende-se garantir que os produtos gerados focalizem a SAE e a implementação do PE, atendendo ao preconizado na Resolução Nº 258/2009, bem como induzir a criação de novos cursos de Mestrado Profissional, principalmente, nas regiões Norte e Centro-Oeste, com mais baixa cobertura de programas de pós-graduação.

Na década de 70, diante da constatação da necessidade emergencial da expansão do ensino superior em Enfermagem, houve a implantação de 16 novos cursos de graduação em enfermagem em instituições de ensino federais, evidenciando-se, a partir de então, exponencial expansão, crescimento e visibilidade da importância da profissão no contexto nacional, com repercussões positivas para o atendimento da população brasileira. Acredita-se que essa iniciativa do Cofen em investir na qualificação dos enfermeiros, numa parceria com a CAPES e com os Programas de Mestrado Profissional da Área da Enfermagem também poderá trazer repercussões bastante positivas para a qualidade da assistência de enfermagem oferecida à população, assim como para o crescimento, importância e visibilidade profissional.

O desafio e os esforços do Cofen para o alcance do sucesso dessa iniciativa para a titulação dos enfermeiros como mestres, com qualificação direcionada à SAE e à implantação do PE, entretanto, mostra-se, de modo convergente, fortemente vinculado ao desafio e aos esforços dos Programas de Pós-Graduação, nesse ano contemplados, e aos contemplados nos próximos editais, assim como aos enfermeiros, futuros mestres diplomados, em comprometer-se com a produção de conhecimentos e proposições inovadoras para a Enfermagem, direcionadas à SAE e à implantação do PE, com melhoria da assistência de enfermagem e maior visibilidade e reconhecimento da profissão.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília: 1989[citado em 26 Jul 2016]. Disponível em: [http://portalcofen.gov.br/lei-n-749886%20de%2025-de-junho%20de%201986\\_4161.html](http://portalcofen.gov.br/lei-n-749886%20de%2025-de-junho%20de%201986_4161.html) portal
- COFEN. 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]. [citado em 2010 Jul 14]. Disponível em: [http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?stories/download/legislacao/PortariaNormativa\\_17MP.pdf](http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?stories/download/legislacao/PortariaNormativa_17MP.pdf).
10. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. PORTARIA NORMATIVA N 17, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2009. Disponível em: [http://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/PortariaNormativa\\_17MP.pdf](http://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/PortariaNormativa_17MP.pdf).
- Munari DB, Parada CMGL, Gelbcke FL, Silvino ZR, Ribeiro LCM, Scochi CGS. Mestrado profissional em enfermagem: produção do conhecimento e desafios. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2014 [cited 2017 Oct 05];22(2):204-10. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt\\_0104-1169-rlae-22-02-00204.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00204.pdf)

## 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 - ReTEP 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.



#PREVENÇÃOPOR  
**Amor** 

Fizemos do amor  
 pelo cuidado a  
 nossa profissão

Os profissionais de Enfermagem devem  
 estar atentos e orientar os pacientes  
 sobre a prevenção e detecção precoce  
 do câncer de mama.



# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO EM PACIENTES CRÍTICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Juliana Ferreira de Carvalho<sup>1</sup>, Ayla Maria Farias de Mesquita<sup>2</sup>, Danielle de Mendonça Henrique<sup>3</sup>, Josiana Araújo de Oliveira<sup>4</sup>, Grace Kelly da Silva Dourado<sup>5</sup>, Dayanne Pâmela da Silva Santos<sup>6</sup>

**Objetivo:** identificar na literatura as recomendações para a verificação do volume residual gástrico (VRG) em pacientes críticos. **Metodologia:** revisão integrativa, com coleta de dados realizada nas bases LILACS, BDNF, Scopus e EBSCOhost. **Crêterios de inclusãõ:** idiomas português, espanhol e inglês, acesso *online* e ano de publicação entre 2006 e 2016. **Resultados:** encontrou-se cinco artigos que abordavam as recomendações da literatura sobre a verificação do VRG. **Discussãõ:** os artigos convergem para a nãõ robustez da realizaçãõ da mensuraçãõ do VRG em pacientes críticos. **Conclusãõ:** demonstra-se que nãõ há evidências para que a mensuraçãõ do VRG seja mantida rotineiramente.

**Descritores:** "Nutriçãõ Enteral", "Cuidados de Enfermagem", "Conteúdo Gastrointestinal", "Cuidados Críticos"

## NURSING EVALUATION OF RESIDUAL GASTRIC VOLUME IN CRITICAL PATIENTS: AN INTEGRATIVE REVIEW

**Objective:** to identify in the literature the recommendations for the verification of gastric residual volume (GVR) in critically ill patients. **Methodology:** integrative review with data collection performed at LILACS, BDNF, Scopus and EBSCOhost databases. **Inclusion criteria:** Portuguese, Spanish and English languages, online access and year of publication between 2006 and 2016. **Results:** there were 5 articles that addressed the recommendations of the literature on the verification of GRV. **Discussion:** the articles converge to the non-robustness of performing GRV measurement in critically ill patients. **Conclusion:** there is no evidence that the VRG measurement needs to be routinely maintained.

**Descriptors:** "Enteral Nutrition", "Nursing Care", "Gastrointestinal Content", "Critical Care"

## EVALUACIÓN DE ENFERMEIRA DEL VOLUMEN GÁSTRICO RESIDUAL EM PACIENTES CRÍTICOS: UNA REVISION INTEGRADORA

**Objetivo:** identificar en la literatura recomendaciones para la verificaci3n del volumen residual gástrico (VRG) en pacientes críticamente enfermos. **Metodología:** revisi3n integrativa con recolecci3n de datos en bases de datos LILACS, BDNF, Scopus y EBSCOhost. **Crerios de inclusi3n:** idiomas portugu3s, espaol e ingl3s, acceso online y aõo de publicaci3n entre 2006 y 2016. **Resultados:** 5 artculos abordaron las recomendaciones de la literatura sobre la verificaci3n de VRG. **Discussi3n:** los artculos convergen a no robustez de realizar la medici3n de VRG en pacientes críticamente enfermos. **Conclusi3n:** no hay evidencia de que la medici3n de VRG se mantenga habitualmente.

**Descritores:** "Nutrici3n Enteral", "Atenci3n de Enfermeria", "Contenido Digestivo", "Cuidados Críticos"

<sup>1</sup>Enfermeira. Hospital Universitário Pedro Ernesto / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: mariajulianacarvalho@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>3</sup>Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>4</sup>Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>5</sup>Enfermeira. Centro Universitário AGES.

<sup>6</sup>Enfermeira. Hospital Universitário Pedro Ernesto / Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

## INTRODUÇÃO

A desnutrição em pacientes hospitalizados vem sendo referenciada como comum no ambiente hospitalar, apesar dos avanços da terapia nutricional e metabólica nas últimas décadas, com prevalência variando entre 30% e 65% de acordo com diferentes estudos<sup>(1)</sup>. Assim, a desnutrição deve ser prevenida e tratada, pois o estado nutricional inadequado aumenta o risco de complicações e está diretamente associado à piora do quadro clínico e ao aumento do tempo de internação hospitalar.

Em um estudo epidemiológico multicêntrico no qual foi analisado o estado nutricional e a prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados, evidenciou-se 48% de desnutrição sendo 12,6% desnutrição grave. Durante a internação, a desnutrição chegou a atingir 61% quando esta se prolongou por mais de 15 dias<sup>(2)</sup>. Demonstrou-se ainda que à medida que o período de internação prolonga-se, aumentam os riscos para a desnutrição<sup>(3)</sup>.

O Volume Residual Gástrico (VRG) pode ser definido como a quantidade de massa alimentar que permanece no estômago após a alimentação por infusão contínua. Em pacientes graves o retardo do esvaziamento gástrico ocorre com frequência e a mensuração deste tem sido utilizada para avaliar a tolerância à nutrição enteral e alertar para o risco de regurgitação e aspiração<sup>(4)</sup>.

O objetivo do estudo consiste em identificar nas bases de dados da literatura científica as recomendações sobre a verificação do volume residual gástrico pela enfermagem em pacientes críticos.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, método de investigação que viabilizou a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre a avaliação do VRG de pacientes críticos. Foram seguidas as seis etapas inerentes a este método: a elaboração da questão de pesquisa, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, o estabelecimento das informações a serem buscadas nos artigos, a avaliação dos estudos incluídos, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão<sup>5</sup>.

Diante do método, foi definida a seguinte questão de pesquisa: Quais as recomendações sobre a verificação do VRG pela enfermagem em pacientes críticos?

Os critérios de inclusão adotados para orientar a busca e seleção das publicações foram: artigos científicos originais nos idiomas português, espanhol e inglês, com acesso na

íntegra *online* e publicado no período compreendido entre 2006 a outubro de 2016. Como critérios de exclusão, estão artigos que abordem a análise de VRG em crianças e em indivíduos com tumores gástricos, bem como artigos que visem identificar os conhecimentos dos enfermeiros no cuidado ao paciente crítico que recebe alimentação enteral. Os critérios foram escolhidos visando à aproximação à realidade brasileira.

A coleta de dados se deu por meio da pesquisa em busca online na base de dados da LILACS, BDNF, Scopus, EBSCOhost (CINAHL e MEDLINE), com os seguintes descritores “Nutrição Enteral” ou “Enteral Nutrition”; “Cuidados de Enfermagem” ou “Nursing Care”, “Conteúdo Gastrointestinal” ou “Gastrointestinal Contents”, “Cuidados Críticos” ou “Critical Care” de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A coleta de dados contou com o apoio de um instrumento de coleta de dados elaborado no *software Microsoft Office Excel 2010*, que contou com as seguintes variáveis: título do artigo, revista (periódico de publicação), base de dados, ano de publicação, objetivos, resultados e metodologia.

Para avaliação e seleção dos estudos incluídos foi realizada a leitura do título do periódico, seguido da leitura do resumo do periódico e por último a leitura do periódico na íntegra, por dois pesquisadores, sendo eliminados os que não correspondiam à temática estabelecida. No cruzamento dos descritores Enteral Nutrition AND Nursing Care foram encontrados 168 artigos, sendo 08 na LILACS, 122 na Scopus, 05 na BDNF e 33 na EBSCOhost (CINAHL with full text e MEDLINE Complete). Após análise dos artigos, foram selecionados 05 trabalhos, sendo 01 artigo achado repetido para os dois cruzamentos de descritores supracitados. Assim, para compor esta revisão integrativa foram selecionados um total de 06 artigos.

A interpretação dos resultados dos 06 artigos selecionados serão apresentados na discussão e analisados à luz dos autores, o que servirá de base para conclusão desse estudo.

## RESULTADOS

Foram encontrados 06 artigos nas bases de dados pesquisadas que abordavam as recomendações da literatura científica sobre a verificação do volume residual gástrico, segundo os critérios de inclusão estabelecidos. Trata-se de 02 estudos prospectivos randomizados, 01 estudo quase experimental e 02 estudos quantitativo descritivo, 01 estudo comparativo.



**Quadro 1** - Distribuição dos artigos pesquisados de acordo com as variáveis de análise de revisão integrativa. Rio de Janeiro, Brasil, 2016.

Título	Revista	Base de dados	Ano	Objetivos	Resultados	Metodologia
Estudio comparativo entre las guías aaneq-sati (2016) y las guías aspen-socm (2016).	Revista Cubana de Alimentación y Nutrición	EBSCOhost	2016	Comparar recomendaciones dos guías de soporte enteral para pacientes críticos publicados pela American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) e Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral Comité de Soporte Nutricional y Metabolismo.	Em relação a medida do resíduo gástrico a sociedade americana de nutrição enteral e parenteral, não recomenda medir resíduo gástrico indiscriminadamente. Porém ambas associações concordam que a medida do resíduo gástrico pode ser avaliada como monitoramento de parâmetro clínico nos casos de pacientes criticamente enfermos com elevado risco de disfunção gastrointestinal.	Estudo comparativo
Monitoring for intolerance to gastric tube feedings: a national survey.	American Journal of Critical Care	EBSCOhost	2012	To report findings from a national survey of methods used by critical care nurses to assess tolerance to gastric tube feedings and to discuss the findings in light of current enteral nutrition guidelines.	A total of 2298 responses were obtained; most respondents reported using a combination of methods to assess tolerance to gastric tube feedings (listening for bowel sounds, measuring gastric residual volumes, observing for abdominal distention/discomfort and for nausea and vomiting). More than 97% of the nurses reported measuring gastric residual volumes; the most frequently cited threshold levels for interrupting feedings were 200 mL and 250 mL. About 25% of the nurses reported interrupting feedings for gastric residual volumes of 150 mL or less; only 12.6% of the respondents reported allowing gastric residual volumes of up to 500 mL before interrupting feedings.	Quantitativo Descritivo
Effectiveness of an aspiration risk-reduction protocol	Nursing Research	SCOPUS	2010	To evaluate the effectiveness of a three-pronged intervention to reduce aspiration risk in agroup of critically ill, mechanically ventilated patients receiving tube feedings.	Two of the three ARR components were implemented successfully. Almost 90% of the ARR group had mean head-of-bed elevations of 30° or higher as compared to 38% in the usual care group. Almost three fourths of the ARR group had feeding tubes placed in the small bowel as compared with less than 50% in the usual care group. Only three patients met the criteria for the high gastric residual volume algorithm. Aspiration was much lower in the ARR group than that in the usual care group (39% vs. 88%, respectively). Similarly, pneumonia was much lower in the ARR group than that in the usual care group (19% vs. 48%, respectively).	Estudo quase-experimental

Titulo	Revista	Base de dados	Ano	Objetivos	Resultados	Metodologia
To return or to discard? Randomised trial on gastric residual volume management	Intensive and Critical Care Nursing	SCOPUS	2009	To determine the effect of returning or discarding GRV, on gastric emptying delays and feeding, electrolyte and comfort outcomes in critically ill patients	Patients in both groups presented similar mean GRV with no significant differences found ( $p = 0.111$ ), but participants in the intervention arm showed a lower incidence and severity of delayed gastric emptying episodes ( $p = 0.001$ ). No significant differences were found for the rest of outcome measurements, except for hyperglycaemia.	Ensaio randomizado prospectivo
Gastric residual volume and aspiration in critically ill patients receiving gastric feedings.	American Journal of Critical Care	EBSCOhost	2008	To describe the association between gastric residual volumes and aspiration of gastric contents.	Approximately 39% of the 206 patients had 1 or more gastric residual volumes of at least 150 mL, 27% had 1 or more volumes of at least 200 mL, and 17% had 1 or more volumes of at least 250 mL. Largebore tubes identified most of the high volumes. Eighty-nine patients were frequent aspirators. Volumes less than 150 mL were common in both aspiration groups. However, the frequent aspirators had a significantly greater frequency of 2 or more volumes of at least 200 mL and 1 or more volumes of at least 250 mL. No consistent relationship was found between aspiration and gastric residual volumes. Although aspiration occurs without high gastric residual volumes, it occurs significantly more often when volumes are high.	Estudo prospectivo
Enteral feeding in the critically ill: Are nursing practices contributing to hypocaloric feeding?	Intensive and Critical Care Nursing	SCOPUS	2006	To investigate the enteral feeding practices of Australian critical care nurses.	The enteral feeding practice of critical care nurses varied widely and included some practices that could contribute to under-feeding in the critically ill. Practices associated with the measurement of gastric residual volumes (GRV) were identified as the most significant potential contributor to under-feeding. GRV measurements were commonly used to assess feeding tolerance ( $n = 338$ ; 89.9%) and identified as a reason to delay feeding ( $n = 246$ ; 65.4%). Delayed gastric emptying was frequently managed by prokinetic agents ( $n = 237$ ; 63%) and decreasing the rate of feeding ( $n = 247$ ; 65.7%) while nursing measures, such as changing patient position ( $n = 81$ ; 21.5%) or checking tube placement ( $n = 94$ ; 25%) were less frequently reported.	Quantitativo Descritivo

## DISCUSSÃO

Em 2016 foram publicados quase simultaneamente dois guias nutricionais para pacientes críticos - o guia *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition*<sup>6</sup> (ASPEN) e o da guia da Associação Argentina de Nutrição Enteral e Parenteral e *Argentina Society of Critical Care Medicine*<sup>7</sup>(AANEP). Uma publicação norte-americana e outra sul-americana desenvolvidas de acordo com suas realidades, trazendo recomendações para uma melhor prática.

Este estudo comparativo<sup>8</sup> traz uma reflexão do cuidado nutricional aos pacientes críticos. Ao abordar a medida do resíduo gástrico, a ASPEN não recomenda mais a mensuração do resíduo gástrico indiscriminadamente. Porém ambos guias, concordam que a medida do resíduo gástrico pode ser avaliada como monitoramento de parâmetro clínico nos casos de pacientes criticamente enfermos com elevado risco de disfunção gastrointestinal.

Em um estudo<sup>9</sup> que descreveu cuidados de enfermagem identificou-se que as práticas relacionadas à mensuração do VRG eram o contribuinte mais significativo para a diminuição da oferta de aporte calórico aos pacientes críticos em uso de nutrição enteral. Os sujeitos deste estudo reportaram que a mensuração do VRG é uma prática rotineira realizada para identificar a tolerância à terapia nutricional enteral (TNE). Já no estudo prospectivo e randomizado de Reigner et al<sup>10</sup>, o monitoramento do resíduo gástrico perdeu sua virtude para detectar a intolerância gastrointestinal à alimentação enteral por não haver diferença significativa quanto à obtenção dos alvos calóricos ou quanto à incidência de pneumonia associada ao ventilador entre pacientes com ou sem mensuração do resíduo gástrico. No entanto no estudo de Reitam et al<sup>11</sup>, esta mensuração deve ser mantida para avaliação do trato gastrointestinal, já que este achado em conjunto com outros, como constipação, associa-se a aumento da mortalidade.

Diferente do estudo de Reigner et al<sup>10</sup>, o estudo quase-experimental de Metheny et al<sup>12</sup> buscou avaliar a eficácia de intervenções específicas para diminuir o risco de broncoaspiração em pacientes críticos ventilados mecanicamente que recebem alimentação por sonda enteral, sendo importante tal mensuração. Foi comparada a incidência de aspiração em dois grupos distintos: um grupo de cuidados habituais e outro grupo onde foi aplicado um protocolo de redução de risco de aspiração. O protocolo possuía três componentes: manutenção da cabeceira a 30º, inserção da sonda pós-pilórica nos casos indicados e abordagem algorítmica para VRG elevados.

Esta abordagem algorítmica recomendava que se o VRG fosse maior ou igual a 500ml, a dieta deveria ser parada e a equipe médica deveria ser comunicada. Caso houvesse uma ou mais mensurações de VRG maior que 250ml deveria ser administrada uma medicação pró-cinética, a infusão da dieta deveria ser mantida e o volume gástrico reavaliado em 4 horas. Caso o VRG continuasse superior a 250ml, uma segunda dose de pró-cinético deveria ser administrada e o VRG deveria ser

mensurado novamente em 4 horas. Neste caso, se o volume gástrico continuasse maior que 250ml a infusão da dieta deveria ser parada e a equipe médica deveria ser comunicada para a inserção da sonda na porção intestinal.

Os autores perceberam que a ocorrência de broncoaspiração foi menor nos pacientes que pertenciam ao grupo onde o protocolo foi aplicado. A ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) ocorreu em menos de um quinto do grupo de aplicação do protocolo, já no grupo de cuidados habituais ocorreu em quase metade dos pacientes. Os pacientes pertencentes ao grupo do protocolo permaneceram menos tempo internados na UTI e permaneceram menos dias em uso de ventilação mecânica. Quando o grupo de cuidados habituais e o grupo da aplicação do protocolo foram comparados em relação a outras variáveis como idade, APACHE II, e sedação, os resultados foram praticamente idênticos.

Porém, houve uma adesão limitada do componente de abordagem algorítmica para elevados VRG no grupo de aplicação do protocolo, explicado pela relutância da equipe médica em prescrever pró-cinéticos. Assim, os resultados sugerem que a combinação da cabeceira elevada a no mínimo 30º e o uso de sonda de alimentação enteral inserida além da primeira porção do duodeno pode reduzir a incidência de broncoaspiração e PAV.

Entretanto, Couto<sup>13</sup> diverge sobre o posicionamento da sonda, evidenciando a incerteza do melhor posicionamento da sonda de nutrição tem sido questionada há, pelo menos, uma década. Duas metanálises e revisões sistemáticas não demonstraram benefício do uso da sonda pós-pilórica em relação à sonda gástrica.

Outro estudo prospectivo<sup>14</sup> se propôs a mensurar o VRG a cada 04 horas e os resultados obtidos foram agrupados em três grupos: VRG até 150ml, até 200ml e até 250ml. Os pacientes foram categorizados como "aspiradores frequentes" se 40% ou mais das suas secreções traqueais foram positivas na detecção de pepsina e como "aspiradores pouco frequentes" se menos de 40% das suas secreções foram positivas para pepsina. Os VRG foram comparados entre os grupos de aspiração.

A ocorrência de um ou mais VRG de até 150 ml e um ou mais VRG de até 200ml foi comum entre os grupos de "aspiradores frequentes" e "aspiradores pouco frequentes", porém o grupo dos "aspiradores frequentes" teve uma ocorrência maior de dois ou mais volumes de pelo menos 150ml e dois ou mais volumes de 200 ml e um ou mais volumes de pelo menos 250 ml. Identificou-se VRG mais elevados em pacientes que utilizavam sondas de maior calibre. A ocorrência de altos VRG tem uma relação maior com o risco de broncoaspiração quando associada a outros fatores de risco como pontuação menor que 9 na escala de Gasglow e um ângulo de elevação da cabeceira menor que 30º. Assim, conclui-se que não há uma relação significativa entre altos VRG e a ocorrência de broncoaspiração, o que corrobora com o estudo de Reigner et al<sup>10</sup>.

Foi realizada uma pesquisa nacional nos Estados Unidos com enfermeiros intensivistas através de um formulário respondido

via *internet* e via formulários impressos<sup>15</sup>. O método mais frequente utilizado pelos enfermeiros para avaliar a ocorrência de intolerância gástrica foi a mensuração do VRG. A maioria relatou avaliar o VRG a cada 4 horas e que o limiar para a interrupção da infusão da dieta era de 200ml.

Outro trabalho<sup>16</sup> buscou responder se o conteúdo mensurado deveria ser devolvido ao estômago ou não. Os VRG eram devolvidos até 250 ml. Os pacientes cujo VRG era devolvido (grupo intervenção) apresentaram um VRG médio menor comparado aos pacientes cujo VRG era descartado (grupo controle), embora essa diferença não tenha significado estatístico relevante. Eletrólitos séricos foram monitorados e não houve diferenças significativas entre os dois grupos. No grupo intervenção, houve mais episódios de hiperglicemia. Não foram encontradas demais diferenças significativas entre os dois grupos.

Diante dos estudos apresentados, isoladamente, a avaliação do VRG não têm relação direta com o risco de broncoaspiração, bastava simplesmente o uso regular de pró-cinéticos para melhor absorção gástrica em pacientes com volume residual gástrico alto? Mas quem são os pacientes mais propícios à má absorção gástrica? Será que esta medida deve ser rotineira?

A intolerância gástrica está associada ao uso de opióides, choque e vasopressores, o que reflete pacientes críticos instáveis e consequentemente, mais graves, que talvez fossem os elegíveis para mensuração do VRG<sup>10</sup>.

A *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) realizou uma revisão de literatura<sup>6</sup> sobre nutrição no paciente crítico cujos resultados recomendaram, entre outras coisas, que os VRG não sejam mais usados definitivamente como parte dos cuidados de rotina para monitorar pacientes de UTI que receberam TNE. A tolerância gastrointestinal deve ser monitorada diariamente através do exame físico, distensão abdominal, da reduzida ocorrência de flatos, da característica das fezes ou por radiografias abdominais anormais.

A nutrição do paciente crítico ainda é um assunto polêmico

e com muitas controvérsias, devido às dificuldades encontradas durante o tratamento desses pacientes, como a heterogeneidade e a gravidade da doença. Além disso, são encontrados estudos com características diversas, o que indica a necessidade de mais e melhores níveis de evidências, para responder algumas questões da terapia nutricional desses pacientes.

Os trabalhos publicados atualmente questionam a validade do volume residual gástrico como um marcador de disfunção gastrointestinal em pacientes críticos<sup>17</sup>. Sendo assim, as condutas devem ser baseadas em evidências científicas de qualidade, como os *guidelines* ASPEN 2016 para pacientes críticos.

As limitações do estudo foram o número reduzido de artigos encontrados nas bases selecionadas, às divergências encontradas nos artigos selecionados quanto à mensuração do VRG e indicações desse procedimento e a inacessibilidade de artigos disponíveis na íntegra.

## CONCLUSÃO

Nota-se que embora existam inúmeros estudos referentes ao suporte nutricional e às variáveis sobre o tema, ainda presenciamos dificuldades para o consenso em relação ao valor do VRG que poderia ser considerado como intolerável. Frente a estas variáveis, foi possível evidenciar a necessidade da uniformização no processo de sistematização da assistência de enfermagem, para reduzir possíveis falhas no cuidado ao paciente em suporte nutricional enteral. Isto é possível por meio da elaboração e implantação de protocolos e de orientações, sobre a prática assistencial necessária para o cuidado seguro e qualificado, indispensável no ambiente de UTI. Destaca-se que os estudos que compuseram este trabalho demonstraram que não há evidências fortes para que a prática de mensurar VRG rotineiramente seja mantida. Ressalta-se ainda que as recomendações da ASPEN (2016) estabelecem definitivamente que a mensuração do VRG seja abolida como um cuidado de rotina da enfermagem ao paciente crítico.

## REFERÊNCIAS

1. Leite, HP, Carvalho WB, Meneses JFS. Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos. *Rev. Nutr.* vol.18 no.6 Campinas Nov./Dec. 2005.
2. Garcia RWD, Merhi, VAL, Pereira, AM. Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clínica médica. *Rev Bras Nutr Clin* 2004; 19(2):59-63.
3. Waitzber D, Caiaffa WT, Correia MITD. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, Porto Alegre (RS) 1999 abr/jun; 14(2):124-34.
4. Rohm KD, Boldt J, Piper SN. Motility disorders in the ICU: recent therapeutic options and clinical practice. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2009 Mar;12(2):161-7
5. Mendes KDS, Silveira ROCP, 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.
6. Marshall AP, West SH. Enteral feeding in the critically ill: are nursing practices contributing to hypocaloric feeding? *Intensive and Critical Care Nursing* 2006; 22, 95-105.
7. Reigner J, Mercier E, Le Gouge A, Boulain T, Desachy A, Bellec F, Clavel M, Frat JP, Plantefeve G, Quenot JP, Lascarrou JB; Clinical Research in Intensive Care and Sepsis (CRICS) Group. Effect of not monitoring residual gastric volume on risk of ventilator-associated pneumonia in adults receiving mechanical ventilation and early enteral feeding: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2013;309(3):249-56.
8. Reintam Blaser A, Poeze M, Malbrain ML, Björck M, Oudemansvan Straaten HM,

- Starkopf J; Gastro-Intestinal Failure Trial Group. Gastrointestinal symptoms during the first week of intensive care are associated with poor outcome: a prospective multicentre study. *Intensive Care Med.* 2013;39(5):899-909.
9. Metheny NA, Jackson JD, Stewart BJ. Effectiveness of an aspiration risk-reduction protocol. *Nursing Research* January/February 2010; vol 59, No 1, 18-25.
10. Couto CFL. Nutrição enteral no paciente crítico: via de administração, avaliação do gasto energético e impacto da adequação nutricional sobre desfechos em curto e longo prazo [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas. Porto Alegre, 2016.
11. Metheny NA, Schallom L, Oliver DA, Clouse RE. Gastric Residual Volume and Aspiration in Critically Ill Patients Receiving Gastric Feedings. *Am J Crit Care* 2008;17 512-519.
12. Metheny NA, Mills AC, Stewart BJ. Monitoring for intolerance to gastric tube feedings: a national survey. *American Journal of Critical Care* 2012; volume 21 n°2.
13. Udina MEJ, Miró CV, Granero AC, Estalella GM, Prat DM, Felici CMD, et al. To return or to discard? Randomised trial on gastric residual volume management. *Intensive and Critical Care Nursing* 2009; 25, 258-267.
14. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient. Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* Feb. 2016.

# PERCEPÇÃO DO HOMEM IDOSO EM RELAÇÃO A SUA SEXUALIDADE

Annelly Barros Gois<sup>1</sup>, Rômulo Fabio Lopes dos Santos<sup>1</sup>, Talita Patrícia Sena da Silva<sup>1</sup>, Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar<sup>2</sup>

**Objetivo:** conhecer a percepção de homens idosos acerca de sua sexualidade. **Metodologia:** estudo descritivo, abordagem qualitativa, realizado com 10 idosos, por meio de uma entrevista semiestruturada, em uma Unidade Municipal de Saúde de Belém, estado do Pará, no período de setembro a outubro de 2016. Utilizou-se o método de análise de dados de Strauss e Corbin. **Resultados:** a maioria dos idosos estava na faixa etária entre 60 e 75 anos, casados e nível fundamental de ensino. A análise das entrevistas evidenciou três categorias: visão do homem idoso sobre conceitos em sexualidade; sexualidade e seu desenvolvimento pelo homem idoso; e a prática sexual e sua importância para o homem idoso. **Conclusão:** percebeu-se um déficit no conhecimento sobre a sexualidade. As alterações biológicas, fisiológicas, patologias e preconceito da família foram identificados como obstáculos. O sexo não é mais importante. Nesse contexto, é necessário que os profissionais abordem sobre a vida sexual desses indivíduos.

**Descritores:** Saúde do Homem, Idoso, Sexualidade.

## THE ELDERLY MAN'S PERCEPTION IN RELATION TO HIS SEXUALITY

**Objective:** to know the perception of elderly men about their sexuality. **Methodology:** Descriptive study, qualitative approach, performed with ten elderly people, through a semi - structured interview, at a Municipal Health Unit of Belém, state of Pará, from September to October 2016. The data analysis method of Strauss and Corbin was used. **Results:** The majority of the elderly men were in the age group between 60 and 75 years, married and had primary level education. The analysis of the interviews revealed three categories: The view of the elderly man regarding sexuality; Sexuality and its development by the elderly man and Sexual practice and its importance for the elderly man. **Conclusion:** There was a lack of knowledge about sexuality. The biological, physiological changes, pathologies and prejudice of the family were identified as obstacles. Sex is no longer important. In this context, it is necessary for professionals to address the sexual life of these individuals.

**Descriptors:** Men's Health, Elderly Person, Sexuality.

## PERCEPCIÓN DEL HOMBRE MAYOR EN RELACIÓN CON SU SEXUALIDAD

**Objetivo:** Conocer la percepción de los hombres de edad avanzada sobre su sexualidad. **Metodología:** Estudio descriptivo, enfoque cualitativo se realizó con diez personas mayores, a través de una entrevista semiestruturada, en una de Belén Unidad Municipal de Salud, Estado de Pará, en el período septiembre-octubre de 2016. Se utilizó el método de análisis datos de Strauss y Corbin. **Resultados:** La mayoría de los ancianos tenían edades comprendidas entre los 60 y los 75 años el nivel de edad, casada y fundamental. El análisis de los datos reveló tres categorías: la visión antigua del hombre en los conceptos de la sexualidad; La sexualidad y su desarrollo por el anciano y la práctica sexual y su importancia para el anciano. **Conclusión:** Se observó un déficit en el conocimiento sobre la sexualidad. Las modificaciones biológicas, fisiológicas, las enfermedades y la familia perjuicio han sido identificados como obstáculos. El sexo no es importante. En este contexto, es necesario que los profesionales tratan sobre la vida sexual de estas personas.

**Descriptor:** Salud de los Hombres, Anciano, Sexualidad.

<sup>1</sup>Enfermeira. Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ).

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Educação. Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: viviane.ferraz@yahoo.com.br



## INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se, no cenário mundial, o acelerado crescimento do número de idosos. No Brasil, estima-se que em 2020 haverá 25 milhões de pessoas idosas e em 2050 o país será a quinta maior população do mundo <sup>(1,2)</sup>.

Nesse contexto, com o envelhecimento populacional e os avanços da medicina, a expectativa de vida aumentou, tanto no Brasil como em outros países <sup>(3)</sup>. No Brasil, a modificação demográfica tem mostrado a importância de se discutir ações que promovam integralidade da saúde do idoso, incluindo-se a sua sexualidade <sup>(4)</sup>.

Infelizmente, o idoso ainda é visto como ser assexuado pela sociedade, sem capacidade de sentir desejo, revelando mitos e tabus sobre a temática <sup>(5)</sup>.

O estigma tem sido perceptível até mesmo pelos próprios idosos, pois negligenciam sua sexualidade por acreditarem em três fundamentos básicos, a saber: a sexualidade não existe, por não ter mais atividade sexual; ser analisada como um erro, haja vista que sentem vergonha de abordar sobre a vida sexual; e ser considerada engraçada, sujeita a piadas <sup>(6)</sup>.

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que enfatiza sobre a sexualidade do homem idoso, enfatizando que esta não é interrompida com o envelhecimento <sup>(7)</sup>.

Contudo, apesar de se ter políticas para a saúde do homem, observa-se a procura pelo serviço de saúde apenas em situações extremas, possivelmente seja ainda menor ao se tratar sobre sua sexualidade <sup>(8)</sup>.

Vale ressaltar que, o próprio profissional da saúde tem dificuldade em abordar sobre a sexualidade, pois acredita que o idoso não está mais disponível para relações íntimas <sup>(9)</sup>.

De acordo com a temática e sua complexidade, justifica-se a importância desta pesquisa devido à produção deficiente de estudos científicos sobre a sexualidade do homem idoso <sup>(10)</sup>.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção do homem idoso acerca de sua sexualidade em uma Unidade Municipal de Saúde em Belém-PA.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram idosos cadastrados no programa Hiperdia em uma Unidade Municipal de Saúde (UMS), na cidade de Belém/PA, Brasil.

O programa Hiperdia tem 623 idosos, sendo que 179 são do sexo masculino. O número de participantes foi definido pela técnica de saturação das informações da pesquisa <sup>(11)</sup>, totalizando 10 homens idosos.

Os critérios de inclusão foram: idosos do sexo masculino; idade igual ou superior a 60 anos e cadastrados na Unidade Básica de Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de

uma entrevista semiestruturada, no período de setembro a outubro de 2016.

O roteiro de entrevista foi dividido em duas etapas: a primeira com os dados pessoais como idade, condição civil e grau de instrução; e a segunda com questões norteadoras: o que você acha que significa a palavra sexualidade? Atualmente, se considera sexualmente ativo? Como se sente em relação a sua sexualidade? Como você acha que a sua família, amigos e vizinhos percebem a sua sexualidade? Como você entende sobre a importância do sexo nesta fase? Hoje, você tem preconceito com relação a sua sexualidade? Na sua opinião, a velhice é um obstáculo para o sexo?

Para análise de dados foi utilizado o "método de análise de dados" da Teoria Fundamentada dos Dados (TFD) de Strauss e Corbin <sup>(12)</sup>. Apesar de a TFD ser utilizada para gerar teoria, também tem a finalidade de realizar ordenamentos conceituais, como no caso da pesquisa em questão, pois se buscou organizar o material coletado em um esquema classificatório, em categorias, de acordo com suas propriedades e dimensões a partir da codificação aberta e axial dos dados coletados.

Os participantes foram identificados como E1 a E10. Teve-se o respaldo na Resolução 466/2012 do CNS/MS, sendo que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário do Maranhão-Uniceuma com o número de parecer 1.728.383/ 2016, CAAE: 36521214.0.0000.0018.

## RESULTADOS

A população da pesquisa foi composta por idosos do sexo masculino, com faixa etária de 60 a 75 anos, sendo a maioria casada e com nível fundamental de ensino. A análise dos dados evidenciou três categorias e suas subcategorias, a saber:

### 1. Visão do homem idoso sobre conceitos em sexualidade:

As falas sobre os conceitos de sexualidade para os homens idosos abordam o seu entendimento sobre sexo e sexualidade: *Sim, porque tem o mesmo significado, não sei bem o que é sexualidade (E10); Não, sexo é o ato e sexualidade é o comportamento e pensamento (E1); O ato de seduzir, de carinho e amor entre o casal (E3).*

### 2. Sexualidade e seu desenvolvimento pelo homem idoso:

Os idosos se referem às formas de desenvolvimento da sexualidade: *Eu tomo banho, passo colônia, corto meu cabelo e ando arrumado (E8); Eu me arrumo, me perfumo, faço a barba, corto meu cabelo para ficar bonito para minha esposa (E9);*

Citam obstáculos para o desenvolvimento da sexualidade:

*Eu acho que é [...] a gente já não tem mais aquela potência que a gente tinha quando era novo [...] ainda dou conta de fazer alguma coisa, mas não como era antes (E6); Acho que sim [...] Eu não faço mais sexo como antes, não tenho disposição (E8); [...] era mais ativo e depois dos 60 já baixa né? já não faz, não sei se é porque sou diabético, não sei se é..., depois dos 60 é mais rápido o sexo, a ejaculação é mais rápida.”(E7)*

Também abordam o preconceito sobre a sexualidade desenvolvida pelo idoso: *Não, porque eu sei o meu limite, e a idade não me permite ter isso de preconceito. (E3); Não tenho preconceito, porque durante a minha vida fui bem-sucedido (E5); “[...] eu não falo da minha vida pra ninguém” (E8); “Não, cada um tem sua vida” (E9).*

### 3. A prática sexual e sua importância para o homem idoso:

Os idosos relatam a frequência da prática sexual do idoso: *Sim, [...] eu ainda consigo manter relação sexual pelo menos duas vezes no mês (E2); Sim, tenho minha esposa, ser ativo é fazer sexo pelo menos umas quatro vezes por mês (E9); Não, porque não faço mais sexo como antes, ser ativo é praticar sexo frequentemente (E4); Não [...] ser sexualmente ativo é fazer sexo o tempo todo (E8); Não me considero ativo porque eu tenho 75 anos, né? Não posso tá ativo né? (E5).*

A importância do sexo para o idoso é citada nos relatos: *É muito importante (E7); É importante, porque eu tenho a minha esposa (E9).*

## DISCUSSÃO

### 1. VISÃO DO HOMEM IDOSO SOBRE CONCEITOS EM SEXUALIDADE

#### Entendimento do idoso sobre sexo e sexualidade

A sexualidade está relacionada com o sexo, identidade, gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução <sup>(13)</sup>. Entretanto, o desconhecimento pelo idoso sobre o significado da sexualidade influencia negativamente o exercício desta, sendo reduzida apenas ao órgão genital e coito <sup>(4)</sup>. *Sim, porque tem o mesmo significado, não sei bem o que é sexualidade (E10).*

O tipo de educação desenvolvida anteriormente, considerada repressora, em que quase não havia um diálogo entre pais e filhos, pode ser considerada um dos fatores para equalizar sexo e sexualidade <sup>(14)</sup>. Poucos idosos entendem o significado da sexualidade e outros se aproximam. *Não, sexo é o ato e sexualidade é o comportamento e pensamento (E1); O ato de seduzir, de carinho e amor entre o casal (E3).*

### 2. SEXUALIDADE E SEU DESENVOLVIMENTO PELO HOMEM IDOSO

#### Formas de desenvolvimento da sexualidade

Apesar de identificar nas entrevistas o desconhecimento sobre o significado da sexualidade, os idosos realizam diariamente atitudes positivas para o seu desenvolvimento: *Eu tomo banho, passo colônia, corto meu cabelo e ando arrumado (E8); Eu me arrumo, me perfumo, faço a barba, corto meu cabelo para ficar bonito para minha esposa (E9).*

As formas de desenvolver a sexualidade incluem amor, carinho, companheirismo, cumplicidade, abraço, carícias e beijos <sup>(15)</sup>.

#### Obstáculos para o desenvolvimento da sexualidade

Devido às alterações fisiológicas e biológicas, os idosos possuem disposição para manter relações sexuais, mas essas relações não possuem tanto espaço de tempo entre elas e não são demoradas ou intensas como antes <sup>(10)</sup>: *Eu acho que é [...] a gente já não tem mais aquela potência que a gente tinha quando era novo [...] ainda dou conta de fazer alguma coisa, mas não como era antes (E6); Acho que sim [...] Eu não faço mais sexo como antes, não tenho disposição (E8).*

Apesar de a pesquisa evidenciar a idade como obstáculo para as relações sexuais, tal resultado se diferencia do que a literatura aborda, pois não determina a presença ou ausência do sexo, porque o desejo e prazer continuam existindo <sup>(16)</sup>.

Dessa maneira, essa visão pode levar o idoso a quadros depressivos pela dificuldade de adaptação neste momento de limitações da idade <sup>(17,18)</sup>.

Outra situação identificada ao decorrer das entrevistas foi a diminuição da sexualidade devido à presença de patologias: *[...] era mais ativo e depois dos 60 já baixa né? Já não faz, não sei se é porque sou diabético, não sei se é..., depois dos 60 é mais rápido o sexo, a ejaculação é mais rápida.”(E7)*

É válido ressaltar que patologias que prevalecem ou aumentam com a idade, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e a hipertrofia da próstata, podem ter impacto negativo sobre a atividade sexual, pois ocasionam uma circulação sanguínea inadequada, influenciando tanto no libido sexual quanto na ereção <sup>(9,19)</sup>.

#### Preconceito sobre a sexualidade desenvolvida pelo homem idoso

A terceira idade é considerada um processo da vida em que os idosos não estão debilitados, já que as emoções prosseguem <sup>(20)</sup>, conforme verifica-se nos depoimentos a ausência de preconceito sobre sua sexualidade: *Não porque eu sei o meu limite, e a idade não me permite ter isso de preconceito. (E3); Não tenho preconceito, porque durante a minha vida fui bem-sucedido (E5).*

Os mitos, tabus e preconceitos podem dificultar a expressão e manifestação da sexualidade <sup>(21)</sup>.

A família possui um papel significativo no incentivo e apoio aos idosos. Todavia, identifica-se que esta intensifica o preconceito sobre a sexualidade, ridicularizando-os e fazendo com que o desejo adormeça<sup>(22)</sup>. Tal situação leva o idoso a não dialogar com família sobre a sua sexualidade: “[...] eu não falo da minha vida pra ninguém” (E8); “Não, cada um tem sua vida” (E9).

### 3. A PRÁTICA SEXUAL E SUA IMPORTÂNCIA PARA O HOMEM IDOSO

#### Frequência da prática sexual do idoso

A atividade sexual é observada a partir dos 60 anos como um trauma, o que faz com que o idoso não tenha interesse em praticá-lo: *Sim, [...] eu ainda consigo manter relação sexual pelo menos duas vezes no mês (E2); Sim, tenho minha esposa, ser ativo é fazer sexo pelo menos umas quatro vezes por mês (E9).*

Uma atividade sexual prolongada só é possível se o idoso continuar estimulando, pois melhora as condições dos órgãos afetados nesse período<sup>(22)</sup>. É uma vertente que mudanças corporais no homem vêm de maneira mais intensa, pois é visto pela sociedade como um indivíduo viril<sup>(8)</sup>.

Quando são acometidos por alguma disfunção erétil, sentem-se assexuados, interferindo diretamente em sua hegemonia masculina devido à importância do sexo<sup>(13)</sup>. *Não, porque não faço mais sexo como antes, ser ativo é praticar sexo frequentemente (E4); Não [...] ser sexualmente ativo é fazer sexo o tempo todo (E8).*

Em meio aos depoimentos sobre não praticar mais o sexo, chama atenção um idoso que justificou a não realização da atividade sexual por causa da idade avançada: *Não me considero ativo porque eu tenho 75 anos né? Não posso tá ativo né? (E5).*

Apesar das mudanças fisiológicas serem conseqüências da senescência, o homem pode apresentar ereção até os 80 anos ou mais, de acordo com suas condições físicas e psicológicas<sup>(23)</sup>.

#### Importância do sexo para o idoso

O sexo representa importante aspecto para a qualidade de

vida no envelhecimento. Todavia, apenas dois entrevistados concordam com a importância do sexo: *É muito importante (E7); É importante, porque eu tenho a minha esposa (E9).*

Tal resultado está de acordo com outro estudo realizado, em que se percebeu que quanto maior a idade, menor importância é atribuída pelos idosos<sup>(24)</sup>.

O resultado descrito pela pesquisa teve algumas limitações como a do suporte teórico, devido aos poucos artigos publicados sobre a sexualidade do homem idoso, e a resistência inicial dos mesmos em participar do estudo, devido à temática em questão, contudo, os pesquisadores reservaram um local e orientaram o idoso sobre o desenvolvimento da pesquisa, o que permitiu os resultados registrados.

O obstáculo do idoso em não querer abordar sobre a temática é preocupante, pois há várias situações que refletem nesse contexto como vergonha, medo e angústia em vivenciar a sexualidade ao decorrer do envelhecimento, assim como, e não menos preocupante, a falta de profissionais de saúde com ações que desassociem os efeitos do envelhecimento a um indivíduo pré-estabelecido como assexuado.

*“Tal resultado está de acordo com outro estudo realizado, em que se percebeu que quanto maior a idade, menor importância é atribuída pelos idosos”*

#### CONCLUSÃO

Estudos abordando o tema sexualidade ainda são incipientes na literatura, principalmente quando voltado ao homem idoso. Dessa forma, investigações sobre a visão do idoso se fazem necessárias para que as evidências científicas possam contribuir

na diminuição da imagem distorcida sobre a sexualidade destes, impregnada de preconceitos, tanto por parte dos profissionais, quanto sociedade e, até mesmo, pelos próprios idosos.

Com o aumento da população idosa é necessário que a conduta e o comportamento, que repercutem sobre a sexualidade, sejam mudados para que não se tenha a marginalização desse público-alvo e, conseqüentemente, a dificuldade de autoaceitação e mesmo de rejeição por parte do idoso.

A partir da pesquisa desenvolvida, identificou-se que os homens idosos ainda possuem um déficit no conhecimento sobre a sexualidade, mas, de maneira geral, traz-se como um ponto positivo o desenvolvimento de atitudes como carinho, uso de perfume, corte de cabelo, etc, consideradas ações como parte da sexualidade.

Entre os principais obstáculos para o seu desenvolvimento estão as alterações fisiológicas e biológicas em relação à disposição do idoso em manter relação sexual, presença de patologias e o preconceito por parte da família.

Nota-se que a idade influencia a não realização da prática sexual e que, para muitos, o sexo não é mais considerado importante. A falta de disposição e idade colocam acima da

prática sexual o companheirismo e carinho como formas de desenvolver a sexualidade.

Nesse contexto, é importante que os profissionais abordem sobre a vida sexual desses indivíduos, para que se sintam confiantes e possam receber orientação. Vale salientar que os profissionais de saúde não têm ainda na rotina diária o hábito de questionar os aspectos voltados à sexualidade do homem idoso.

## REFERÊNCIAS

1. Manso MEG, Biffi ECA. Organizadores. *Geriatria: Manual da LEPE-Liga de estudos do processo de envelhecimento*. São Paulo: Martinari; 2015.
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(3):507-519.
3. Guimarães HC. Sexualidade na terceira idade. *Revista Portal de Divulgação.* 2016; 47: 37-40.
4. Alencar DL, Marques APO, Leal, MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19 (8): 3533-42.
5. Souza M, Marcon SS, Bueno SMV, Carreira L, Baldissera VDA. vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde Soc.* São Paulo. 2015; 24(3): 936-944.
6. Cherpak, GL, Santos FC. Avaliação da abordagem médica da sexualidade em idosos com dor crônica. *Einstein.* 2016;14(2):178-84.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde: 2008.
8. Arduini JB, Santos AS. A percepção do homem idoso sobre sexualidade e AIDS. *Revista de Enfermagem UERJ.* 2013; 21(3):379-383.
9. Ribeiro IAP, Silva EDC, Assis LRS, Elias CMV, Carvalho ML, Souza IBJ. Percepção de homens na terceira idade sobre sexualidade. *Revista Interdisciplinar.* 2014; 7(1):76-84.
10. Peixer TC, Ceolin T, Grosselli F, Vargas NRC, Peixer STC. Sexualidade na terceira idade: percepção de homens idosos de uma estratégia de saúde da família. *Journal of nursing and health.* 2015; 5(2): 131-140.
11. Falqueto J, Farias J. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. In: 5 Congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa. Atas CIAIO. 2016; 1:560-69.
12. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
13. Marques ADB, Rutinéa PS, Sousa SS, Santana RS, Deus SRM, Amorim RF. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. *Enferm. Cent. O. Min.* 2015; 5(3):1768-1783.
14. Ferrari TBN. Saúde sexual do idoso: cuidados e percepção dos idosos. In: *Seminário de pesquisa, seminário de iniciação científica, 2010.*
15. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(5):861-869.
16. Vieira S, Hassamo V, Branco V, Vilelas J. A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro. *Salutis Scientia-Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP.* 2014; 6.
17. Moraes KM, Vasconcelos DP, Silva ASR, Silva RCC, Santiago LMM, Freita CASL. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014; 14(4): 787-798.
18. Bernardo R, Cortina I. Sexualidade na terceira idade. *Rev Enferm UNISA.* 2012; 13(1):74-8.
19. Araújo ACF. Rompendo o silêncio: Desvelando a sexualidade em idosos. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa.* 2015; 12(29): 35-41.
20. Santos, RAR, Nascimento CP, Biscoli MRA, Labadessa VM. Sexualidade na Terceira Idade: Pense um Pouco no Próprio Preconceito - Revista Olhar Científico - Faculdades Associadas de Ariquemes. 2010; 1(2):1-11.
21. Fonseca PN, Dantas GE, Coelho GLH, Pontes AM. Esperança em idosos: Uma explicação baseada nos valores humanos. *Estud. interdiscipl. Envelhec.* 2015; 20(1): 9-25.
22. Santana MAS, Lucena ECL, Soares MCS, Lima KMM, Dantas Neto FA. Sexualidade na terceira idade: Compreensão e percepção do idoso, família e sociedade. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações.* 2014; 12(1): 317-326.
23. Gradim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(2): 204-13.
24. Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, De Carli GA et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012; 15(1): 87-95.



# SIGNIFICADO DO PROTOCOLO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: QUALIFICANDO A GERÊNCIA DO CUIDADO DO ENFERMEIRO

Rhea Sílvia Avila Soares<sup>1</sup>, Suzinara Beartriz Soares de Lima<sup>2</sup>, Silviomar Camponogara<sup>2</sup>, Thais Dresch Eberhardt<sup>1</sup>, Grazielle Gorete Portella da Fonseca<sup>3</sup>, Marciane Kessler<sup>1</sup>

**Objetivo:** compreender o significado do protocolo assistencial de Úlceras por Pressão para enfermeiros no gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Metodologia:** utilizou-se a Teoria da Complexidade como referencial teórico e a Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico. A coleta dos dados foi realizada em hospital universitário do Sul do Brasil, no período de julho a setembro de 2014. Foram entrevistados 22 enfermeiros, lotados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Clínica Médica II e Unidade Cardíaca Intensiva. **Resultados:** a partir da interconexão das categorias, o fenômeno central desvelado que representa a Matrix Teórica foi: "Significando o protocolo de Úlcera por Pressão como instrumento de qualificação para o cuidado gerencial do enfermeiro". **Conclusão:** o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente com Úlcera por Pressão, utilizando o protocolo como instrumento gerencial, foi revelado pelos enfermeiros como uma prática que agrega qualidade aos cuidados realizados.

**Descritores:** Enfermagem, Protocolos, Úlcera por Pressão, Gerência.

## MEANING OF PRESSURE ULCER PROTOCOL: IMPROVING THE NURSING CARE MANAGEMENT

**Objective:** To understand the meaning of the assistance ulcer protocol for care nurses managing the nursing care. **Methodology:** The Complexity Theory was used as theoretical framework and Grounded Theory as methodological one. The data collection was conducted in university hospital South of Brazil, between July to September of 2014. 22 nurses were interviewed, crowded in the Adult Intensive Therapy Unit, Medical Clinic II and Intensive Cardiac Unit. **Results:** Based on the interconnection of categories, the main phenomenon found that represents the Matrix Theory was: "Meaning the Pressure Ulcer Protocol as instrument for improvement of the nurse managerial care". **Conclusion:** Management of nursing care with patient with pressure ulcer using the protocols as managerial instrument was highlighted for nurses as a practice that improves the quality of care provided.

**Descriptors:** Nursing, Protocols, Pressure Ulcer, Management.

## SIGNIFICADO DEL PROTOCOLO DE ULCERA POR PRESIÓN: CALIFICANDO LA GERENCIA DEL CUIDADO PARA EL ENFERMEIRO

**Objetivo:** Comprender el significado del protocolo de atención de las úlceras de presión cuidados para las enfermeras en el cuidado gerencial de enfermería. **Metodología:** El estudio utilizo la teoría de la complejidad como referencial teórico y teoría fundamentada en los datos como referencial metodológico. 22 enfermeros fueron entrevistados en hospital universitario del Sur del Brasil. **Resultados:** Con base en la interconexión de las categorías, el fenómeno central encontrado fue "Significando el protocolo de ulcera por presión como instrumento de calificación para el cuidado gerencial del enfermero". **Conclusión:** El gerenciamiento del cuidado de enfermería al paciente con ulcera por presión por medio de protocolos como instrumento gerencial fue revelado como una práctica que agrega calidad a los cuidados realizados.

**Descriptores:** Enfermería, Protocolos, Úlcera por Presión, Gerencia.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM. E-mail: rheasilvasoares@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFSM.

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestranda da UFSM.



## INTRODUÇÃO

A enfermagem vem buscando substituir o pensamento simplificador e linear pelo pensar complexo e multidimensional, em que o outro participa nas decisões que o envolvem. O pensamento complexo trabalha com incertezas, sendo apto a reunir, contextualizar, globalizar, reconhecendo o singular, individual e concreto<sup>(1)</sup>.

Nessa perspectiva, a enfermagem contemporânea tem percebido o quanto é desafiador o gerenciamento do cuidado seguro e de qualidade. Dessa forma, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros com relação ao efetivo gerenciamento dos recursos institucionais, a coordenação e articulação do trabalho da equipe, bem como ações de cuidado que promovem atendimento adequado e eficiente aos pacientes e seus familiares, são ações que se constituem como fortalecedoras e significativas para o trabalho do enfermeiro na prática do gerenciamento do cuidado<sup>(2)</sup>.

Assim, a assistência aos pacientes com risco de desenvolver úlceras por pressão (UPs) é um processo que envolve o paciente em suas múltiplas dimensões. O enfermeiro precisa buscar novas produções de relações, interações e inter-relações, por meio de ações dinâmicas, flexíveis, não fragmentadas.

As UPs são um problema de saúde pública, causando impacto sobre a pessoa, família e sociedade, além de se constituírem em indicador de qualidade na saúde<sup>(3)</sup>. São definidas como um “dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa, ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento”.<sup>4,1</sup> Esse problema persiste na atualidade<sup>(5)</sup>, exigindo que as ações do enfermeiro ultrapassem a experiência da prática e se desenvolvam a partir de recomendações baseadas em evidências científicas, possibilitando o desenvolvimento de assistência de qualidade<sup>(6)</sup>.

Os protocolos são instrumentos que agregam qualidade ao cuidado e orientam as condutas no processo de trabalho dos enfermeiros<sup>(7)</sup>. São considerados ferramentas de apoio teórico-prático, promovem o planejamento do cuidado,

sistematização e padronização da prática de enfermagem<sup>(8-9)</sup>.

A complexidade é um tecido constituído de heterogêneas inseparáveis (o uno e o múltiplo)<sup>(10)</sup>, tornando possíveis relações e articulações necessárias para a integração entre os três componentes que justificam este estudo e permitiram a formação do objetivo da pesquisa: paciente, enfermeiro e protocolo. Assim, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual o significado atribuído pelos enfermeiros sobre a utilização de um protocolo assistencial de UP no gerenciamento do cuidado de enfermagem? Dessa forma, o objetivo foi compreender o significado do protocolo assistencial de UP para os enfermeiros no gerenciamento do cuidado de enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, que utilizou a Teoria da Complexidade como referencial teórico e a Teoria Fundamentada nos Dados – Grounded Theory como referencial metodológico. O cenário do estudo foi um hospital universitário, localizado no Sul do Brasil. A seleção dos participantes foi intencional, composta por enfermeiros lotados na Unidade de Terapia Intensiva adulto, Clínica Médica e Unidade Cardíaca Intensiva. Essas unidades foram escolhidas por apresentarem

*“Os protocolos são instrumentos que agregam qualidade ao cuidado e orientam as condutas no processo de trabalho dos enfermeiros”*

uma prevalência elevada de UP em estudo empírico realizado pelo grupo de estudos de lesões de pele do hospital. Foram incluídos enfermeiros lotados nas unidades supracitadas, independente do tempo de serviço; e excluídos aqueles em licença de qualquer natureza durante a coleta de dados. Foram selecionados 22 enfermeiros, que compuseram o grupo amostral desta pesquisa.

A coleta de dados foi realizada com entrevista individual, semiestruturada, gravada em meio digital, na própria instituição, a partir de agendamento com os enfermeiros, no período de julho a setembro de 2014. Para conduzir as entrevistas, utilizou-se a seguinte questão norteadora: Qual o significado da incorporação de protocolo de UP na gerência do cuidado?

O processo de análise consistiu em dividir, conceituar e relacionar os dados por meio de três etapas interdependentes: codificação aberta (os dados foram abertos e identificados

conceitos, cujas propriedades e dimensões foram descobertas dos dados); codificação axial (processo de relacionar categorias e subcategorias, a partir de suas propriedades e dimensões); codificação seletiva (processo de integrar e refinar as categorias, identificando a categoria central que integrou e delimitou a Teoria/Matrix Teórica)<sup>(11)</sup>.

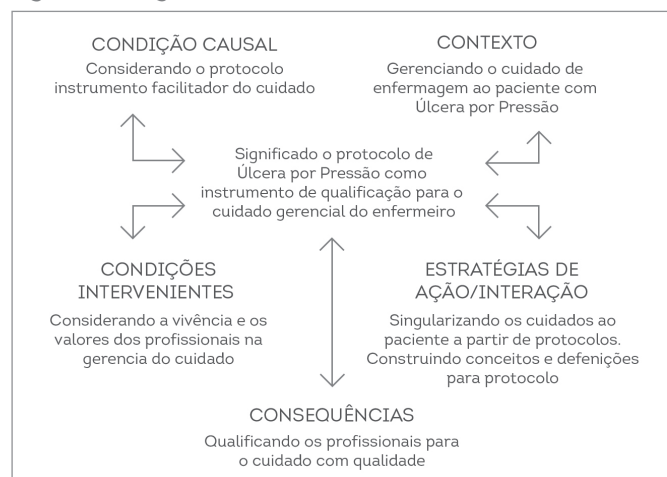
Para organizar e explicar as conexões das subcategorias e categorias com a categoria central, utilizou-se o modelo paradigmático: estrutura analítica que ajuda a reunir e ordenar os dados de maneira sistemática, para integrar estrutura e processo<sup>(12)</sup>. Contém os seguintes elementos: condições causais, fenômeno, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e consequências. Na elaboração da Teoria, os dados brutos foram interpretados em um elevado nível de abstração a partir da interação entre fazer induções e deduções<sup>(13)</sup>.

Atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução do Conselho de Saúde nº 466/12, foi solicitado aos participantes da pesquisa que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os preceitos éticos da pesquisa foram atendidos, sendo a identidade dos sujeitos preservada, com seus nomes substituídos pela letra “E” seguida do número cardinal, conforme ordem da entrevista. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa institucional, com nº de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 30531314.7.0000.5346.

## RESULTADOS

As conexões entre as categorias, subcategorias e seus componentes sustentam o fenômeno “Significando o protocolo de UP como instrumento de qualificação para o cuidado gerencial do enfermeiro”, que representa a Matrix Teórica do estudo (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama do Fenômeno Central – Brasil – 2015.



## Condição Causal

As condições causais levam à ocorrência ou desenvolvimento do fenômeno. Os profissionais revelaram que o protocolo facilita o gerenciamento do cuidado, pois sua utilização permite a padronização de ações, servindo como guia, facilitando a coordenação do cuidado ao paciente em risco ou com UP. *O protocolo facilita a conversa com a equipe. Os técnicos ficam bastante confusos quando tu não utilizas o protocolo, porque cada enfermeiro tem uma conduta. (E4); O protocolo é importante porque antes, quando não tínhamos, ficávamos naquela dúvida, o que eu vou aplicar? Agora não, tu te norteias com o protocolo (E19).*

As vantagens constatadas pelos entrevistados, a partir da utilização do protocolo como instrumento facilitador do processo gerencial do enfermeiro, são contempladas nas suas falas. A prática guiada pelos protocolos busca aprimorar a assistência, pois esses instrumentos são baseados em evidências, sustentando suas orientações, reduzindo a variabilidade de condutas e facilitando a tomada de decisão.

## Contexto

O contexto refere-se às especificidades da condição causal. Os enfermeiros revelaram como gerenciavam os cuidados de enfermagem, quais instrumentos e ferramentas sustentavam sua prática. Destaca-se que o enfermeiro, no cenário atual, percebe as transformações que o trabalho gerencial tem sofrido e reconhece a necessidade da incorporação de novos conhecimentos.

Os participantes da pesquisa utilizavam, para o gerenciamento do cuidado, o protocolo de prevenção e tratamento de UP, Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Os protocolos e POPs orientam a tomada de decisão e conduzem com mais segurança a realização da SAE, colaborando na supervisão da equipe de enfermagem. *O que utilizamos para prevenção são os POPs. A gerência do cuidado é a partir do POP [...] a gente faz a SAE em todos os pacientes. Ali tem tudo, prescrição de enfermagem relacionada a cada patologia. (E2); Utilizamos medidas do protocolo: alternância de decúbito, avaliação da pele, aplicação de Triglicerídeo de Cadeia Média, tudo é prescrito na realização da SAE. Têm muitos diagnósticos, a gente prioriza três principais: um da parte ventilatória, um da parte cardíaca e um de integridade da pele direcionado à UP (E7); O protocolo facilita na tomada de decisões, quando tu vais avaliar uma ferida, ver a complexidade da ferida e tomar uma decisão (E14).*

Os enfermeiros utilizavam-se dos diagnósticos de enfermagem relacionados à integridade da pele para instituir medidas do protocolo, realizando um processo importante de associação da utilização dos protocolos na gerência do cuidado a partir da SAE.

### Condições Intervenientes

As condições intervenientes – condições estruturais que pertencem ao fenômeno – na qual os enfermeiros revelaram que se apoiavam em instrumentos como o protocolo para o cuidado gerencial. Percebe-se que os profissionais tinham capacidade de manter sua autonomia na escolha do que consideravam o melhor para aquele paciente, naquele momento, bem como achavam importante sua colaboração na revisão dos protocolos. *Acho que minha experiência deve ser considerada [...] acho que conforme a gente vai vendo na prática a necessidade de usar tal produto, ele [o protocolo] deve ser revisado* (E9).

Além da autonomia para o planejamento do cuidado ao paciente, os enfermeiros reconheceram que, em determinadas situações, é necessário estabelecer prioridades no gerenciamento do cuidado, relacionadas ao número reduzido de profissionais para que as ações propostas no protocolo sejam executadas. *A gente quer alternar o paciente de duas em duas horas, mas não tem equipe suficiente [...]. Alguns passos não são seguidos, realizados conforme o protocolo orienta, porque não temos equipe* (E14).

### Estratégias de Ação/Interação

As estratégias de ação/interação apontam como os enfermeiros respondiam ao gerenciamento do cuidado a partir dos protocolos. Percebe-se que é entendido como uma ação singular, em que o paciente deve ser percebido e respeitado em suas necessidades. Nesse sentido, os protocolos são orientadores do cuidado, que auxiliam, não determinando suas escolhas, permitindo a flexibilização do cuidado, opondo-se aos mecanismos reducionistas. *Acho muito importante termos um norte, alguma coisa fixada, mas com flexibilidade, não vais seguir às cegas. Exemplo é*

*o uso do produto x. Acredito que todos os enfermeiros da unidade vão dizer que preferem não utilizar, preferem um creme hidratante em função do edema do paciente* (E2).

Além de singularizar determinadas situações, revelaram o significado do protocolo a partir da construção de conceitos e definições. Apontaram que esse instrumento agrega qualidade, segurança, padronização, aprendizado, sustentando o processo de trabalho. *Relaciono muito o protocolo com a segurança do paciente e padronização* (E9); *Acho que é bom trabalhar com protocolos porque uniformiza bastante [...] é um facilitador no cuidado, vem para contribuir, você vai ali e olha* (E16).

### Consequências

A consequência descreve o que aconteceu como resultado. Os enfermeiros destacaram que, diante da diversidade de tecnologias disponíveis para o tratamento de lesões de pele, os protocolos oferecem condutas a serem seguidas, orientando o processo de tomada de decisão com qualidade e agilidade. *Acho que contribui na qualidade porque tu vais usar aquilo que é mais adequado, [...] às vezes até deixava de ser o específico porque tu não sabias o que usar no momento, porque antes a gente pedia muito para o grupo de lesões de pele avaliar, agora a gente se baseia pelo protocolo* (E19).

*“Percebe-se que é entendido como uma ação singular, em que o paciente deve ser percebido e respeitado em suas necessidades”*

### DISCUSSÃO

Os significados atribuídos pelos enfermeiros, por meio da utilização de protocolos na gerência do cuidado, revelou que os enfermeiros compreendem o protocolo como um instrumento qualificador do cuidado de enfermagem, que facilita a gerência, mas que deve ser dinâmico e flexível. Também percebem a subjetividade que orienta o processo de trabalho, na perspectiva da utilização desses instrumentos, uma vez que não surgem apenas para automatizar as atividades práticas, mas, sim, direcionar as condutas na perspectiva da integralidade.

Nesse sentido, a utilização de protocolos na gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com UP, por ser uma prática baseada nas interações entre pacientes,

enfermeiros e o protocolo, permite a utilização de um referencial metodológico que se baseia na experiência vivenciada pelos envolvidos nesse processo. Portanto, a escolha da TFD justifica-se uma vez que as relações, interações e associações sociais que acontecem com determinado fenômeno geram novas compreensões por meio dos significados que os sujeitos que vivenciam são capazes de explicitar, guiando e fortalecendo o conhecimento de pesquisas relacionadas ao cuidado em saúde.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem, historicamente, é uma prática realizada pelo enfermeiro, que possui, na sua formação, disciplinas direcionadas para a administração dos serviços de saúde. Agerência e o cuidado, por muito tempo, foram considerados pelos enfermeiros como atividades distintas, eram processos pouco articulados. Percebe-se, atualmente, uma aproximação, considerando que a gerência cria condições para o cuidado de qualidade, sendo funções proeminentes ao cotidiano do enfermeiro<sup>(14-15)</sup>.

Nessa perspectiva, observa-se que os enfermeiros têm desenvolvido pesquisas com o objetivo de agregar conhecimento sobre o gerenciamento do cuidado afim de impactar em práticas de qualidade e segurança. Confirma-se essa afirmativa em estudo realizado em hospital de ensino com o objetivo de analisar os instrumentos gerenciais utilizados na prática profissional do enfermeiro como apoio para a tomada de decisão, apontando a utilização de instrumentos gerenciais de forma empírica, destacando-se os POPs<sup>(16)</sup>.

Os protocolos assumem posição de facilitador do cuidado, são rotinas e ações do cuidado e gestão dos serviços ou equipes de saúde. São instrumentos elaborados a partir da prática baseada em evidências que permitem um cuidado de acordo com as melhores opções e têm impacto em práticas de melhor qualidade e segurança para o paciente. Dessa forma, os enfermeiros devem estar atentos para identificar e enfrentar situações que exigem novas estratégias que contribuam para a qualidade do cuidado<sup>(17)</sup>.

Corroborando, destaca-se estudo desenvolvido com

o objetivo de elaborar um protocolo de enfermagem voltado para assistência a clientes em situações de distúrbio respiratório agudo, testando sua aplicabilidade. Constatou-se que os protocolos são uma estratégia de sistematização da assistência de enfermagem diferenciada e otimizada, capazes de estabelecer prioridades no cuidado aos clientes críticos, favorecendo o planejamento do cuidado confirmando a qualidade da assistência individual e coletiva<sup>(8)</sup>.

O conhecimento dos enfermeiros relacionado às UPs têm significado na qualidade do cuidado prestado ao paciente, permite maior segurança na qualificação para tomada de decisões. Nesse sentido, estudo realizado em hospital universitário com o objetivo de avaliar o efeito de uma intervenção educativa na construção do conhecimento de enfermeiros no cuidado à UP reconhece que os enfermeiros, no exercício de sua função, realizam

a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, sendo os responsáveis pela gerência do cuidado de enfermagem. O mesmo estudo ainda afirma que identificar deficiências no conhecimento ajuda a nortear o planejamento de ações para auxiliar na prevenção e cuidado às UPs<sup>(18)</sup>.

A implantação de protocolos de avaliação e prevenção de UP permite a sistematização das condutas para cada tipo de grupo, reduzindo sua incidência e promovendo a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao paciente<sup>(19)</sup>. Os protocolos de prevenção de UP são ferramentas importantes e de impacto no controle da incidência de UPs, reduzindo complicações, tempo de internação e redução da mortalidade associada às UP, no entanto, apresentam elevados custos para sua elaboração, implementação, avaliação e manutenção<sup>(20)</sup>.

O estudo apresentou algumas limitações, destaca-se a pesquisa realizada somente em um cenário, não permitindo, desta forma, a comparação entre diferentes realidades. Novos estudos devem ser realizados, em outros cenários, com outras perspectivas, como o gerenciamento de custos e qualidade do cuidado, reforçando a incorporação de protocolos como instrumento de qualificação para o

*“Os protocolos assumem posição de facilitador do cuidado, são rotinas e ações do cuidado e gestão dos serviços ou equipes de saúde”*

cuidado gerencial do enfermeiro, de forma a ampliar e qualificar a produção de conhecimento sobre a temática.

## CONCLUSÃO

Revelou-se o fenômeno “Significando o protocolo de UP como instrumento de qualificação para o cuidado gerencial do enfermeiro”. Na perspectiva do cuidado complexo, os enfermeiros se apoiam no protocolo como instrumento que padroniza os cuidados, mantendo um cuidado flexível

e humano, mais subjetivo que objetivo no momento da sua execução, considerando as expectativas dos pacientes.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente com UP, utilizando os protocolos como instrumento gerencial, foi revelado pelos enfermeiros como uma prática que agrega qualidade aos cuidados. Assim, apresentou-se Matrix Teórica representativa do significado atribuído pelos enfermeiros a partir da utilização de protocolo assistencial na gerência do cuidado de UP.

## REFERÊNCIAS

1. Rocha SA, Spagnuolo RS, Bocchi SCM. Health care: integrative review of knowledge produced in light of complexity. *Ciênc cuid saúde*. 2013;12(1):189-97.
2. Ferreira GE, Dall'Agnol CM, Porto. Repercussions of proactivity in the management of care: perceptions of nurses. *Esc Anna Nery* 2016;20(3):e20160057
3. Silva AJ, Pereira SM, Rodrigues A, Rocha AP, Varela J, Gomes LM et al. Economic cost of treating pressure ulcers: a theoretical approach. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):967-72.
4. Caliri MHL, Santos VLC de G, Mandelbaum MHS, Costa IG. Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia – SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia – SOBENDE [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 9]. Available from: <http://www.sobest.org.br/textod/35>
5. Rolim JA, Vasconcelos JMB, Caliri MHL, Santos IBC. Prevention and treatment of pressure ulcers in the daily lives of intensivists nurse. *Rev RENE*. 2013;14(1):148-57.
6. Albuquerque A, Souza M, Torres V, Porto V, Soares M, Torquato I. Assessment and prevention of pressure ulcer by nurses from intensive care: knowledge and practice. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(2):229-39.
7. Costa RKS, Torres GV, Salvetti MG, Azevedo IC, Costa MAT. Validity of instruments used in nursing care for people with skin lesions. *Acta paul enferm*. 2014;27(5):447-57.
8. Paes GO, Mello ECP, Leite JL, Mesquita MGR, Oliveira FT, Carvalho SM. Care protocol for clients with respiratory disorder: tool for decision making in nursing. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(2):303-10.
9. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Gonçalves MRCB, Gomes PC, Solha RKT et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2014.
10. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 3. ed. Porto Alegre: Sulina; 2007.
11. Santos JLG, Erdmann AL, Sousa FGM, Lanzoni MM, Melo ALSF, Leite JL. Methodological perspectives in the use of grounded theory in nursing and health research. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2016;20(3):e20160056.
12. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
13. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Backes DS. Development and validation of the theory based on data about the environment of the intensive care unit. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(4):769-75.
14. Santos I, Erdmann AL, Santos JLG, Klock P, Martins VV, Brandão ES. The education of healthcare management: a view from the graduates – theory based on data. *Online braz j nurs*. 2012;11(3):621-37.
15. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015;19(1):47-53.
16. Almeida ML, Segui MLH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto & contexto enferm*. 2011;20(Esp):131-7.
17. Camelo, SHH, Soares, MI, Chaves, LDP, Rocha, FLR, dSilva, VLS. Nurse managers at a teaching hospital: training, responsibilities and challenges. *Revista Enfermagem UERJ*. 2016 24(3), e11637.
18. Soares RSA, Saul AMR, Silva RM, Timm AMB, Bin A, Durgante VL. Educational intervention as a process of knowledge construction in the care of pressure ulcers. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;8(6):1658-65.
19. Swafford, K, Culpepper, R, Dunn, C. Use of a comprehensive program to reduce the incidence of hospital-acquired pressure ulcers in an intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 2016; 25(2), 152-155.
20. Lima AFC, Castilho V, Rogenski NMB, Baptista CMC, Rogenski KE. Implementation costs of a prevention protocol for pressure ulcers in a university hospital. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2015 out./dez.;17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31051>.



# PRIMEIROS SOCORROS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO AMBIENTE ESCOLAR: INTERVENÇÃO EM UNIDADE DE ENSINO

Larissa Graziela Sousa da Silva<sup>1</sup>, Josias Botelho da Costa<sup>2</sup>, Letícia Gemyna Serrão Furtado<sup>2</sup>, Jonatas Bezerra Tavares<sup>2</sup>, José Leandro Diniz Costa<sup>2</sup>

**Objetivo:** descrever uma ação educativa com professores do ensino primário e identificar possíveis situações de risco para acidentes. **Metodologia:** relato de experiência, utilizando a observação e roda de conversa para a coleta de dados. **Resultados:** construíram-se duas dimensões empíricas, que permitiram constatar que a estrutura observada apresenta fatores de risco para acometimentos e há deficiência no conhecimento sobre o atendimento primário. **Conclusão:** medidas educativas, envolvidas no diálogo, auxiliam o fortalecimento e aprimoramento da prática preventiva e interventiva na escola, o que aponta a importância da construção de um ambiente escolar seguro.

**Descritores:** Educação em Saúde, Saúde Escolar, Primeiros Socorros.

## FIRST AID AND PREVENTION OF ACCIDENTS IN THE SCHOOL ENVIRONMENT: INTERVENTION IN THE EDUCATIONAL UNIT

**Objective:** To describe an educational action with primary school teachers and to identify possible risky situations for accidents. **Methodology:** Experience report, using the observation and round table conversation for data collection. **Results:** two empirical dimensions were set-up, which allowed to verify that the observed structure presents risk factors for IMPAIRMENT, and there is a lack of knowledge about the primary care. **Conclusion:** educational measures, involved in the dialogue, help strengthen and improve preventive and interventional practice in school and highlights the importance of building a safe school environment.

**Descriptors:** Health Education, School Health, First Aid.

## PRIMEROS AUXILIOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL MEDIO AMBIENTE ESCOLAR: INTERVENCIÓN EN UNIDAD DE ENSINO.

**Objetivo:** El entorno escolar es uno de los más vulnerables para los accidentes y los cambios en el estado de salud de los niños y los educadores por lo general son los primeros en entrar en acción. En esta perspectiva, el objetivo del estudio es describir una actividad educativa con los maestros de primaria y para identificar posibles situaciones de riesgo de accidentes. Adoptado la metodología descriptiva de naturaleza cualitativa, mediante la observación y la rueda de conversación para la recolección de datos. El análisis mediante encuestas en la literatura científica y la discusión de los datos, ayudó a la construcción de dos dimensiones empíricas, que ayudó a confirmar que la estructura observada presenta factores de riesgo de deterioro si hay una falta de conocimiento acerca de la atención primaria. Este estudio mostró que las medidas educativas que participan en el diálogo, ayudan a la mejora y el fortalecimiento de la práctica preventiva y de intervención en la escuela y señalan la importancia de crear un ambiente escolar seguro.

**Descriptor:** Educación para la Salud, Escuela de Salud, Primeros Auxilios.

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Nefrologia. Professora da Universidade do Estado do Pará, UEPA. E-mail: laragazi@gmail.com

<sup>2</sup>Estudante de Enfermagem da UEPA.

## INTRODUÇÃO

Com o crescente aumento da violência nas escolas estaduais e municipais de todo o país e as ocorrências de acidentes e alterações no estado de saúde que acometem os estudantes, observa-se a necessidade de abordar o tema Primeiros Socorros em colégios, tendo em vista que a maioria dos professores mostra-se despreparada para oferecer suporte aos alunos em situação de emergência, frente a incidentes que necessitam os primeiros socorros e/ou pronto atendimento<sup>(1,2)</sup>. Além disso, os gestores, professores e diretores necessitam promover um ambiente físico, social e psicológico seguros, visto que os pequeninos tendem a interagir e desenvolver as mais diversas atividades esportivas e motoras<sup>(3)</sup>.

É importante que profissionais de educação física e demais professores participem, periodicamente, de cursos e treinamentos em primeiros socorros e pronto atendimento, para se capacitarem adequadamente, nos aspectos psicológicos, emocionais e técnicos, assim proporcionando maior segurança aos alunos e demais professores da escola.

As escolas e os professores têm um papel importante na promoção da saúde e na prevenção de doenças e acidentes entre crianças e adolescentes, pois são os primeiros a terem contato com a vítima na prestação do primeiro atendimento na escola<sup>(3)</sup>. Dentre essas situações, observa-se como principais e mais comuns, nas escolas, sangramento nasal, desmaio, entorses e luxações, fraturas, cortes e escoriações<sup>(3)</sup>.

Na grade curricular dos cursos de licenciatura, com poucas exceções, não se faz presente uma disciplina que ensine procedimentos básicos de primeiros socorros; em consequência, os professores não sabem como agir em situações que comprometam a saúde da criança, gerando risco para o estado vital do escolar<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, surgiu o interesse em realizar uma estratégia de educação em saúde voltada para os primeiros socorros na escola. Esse interesse adveio das práticas clínicas no componente curricular Enfermagem em Urgência e Emergência, desenvolvido no bloco I do 4º ano da graduação de Enfermagem, somado ao contato anterior com o Programa Saúde nas Escolas do Ministério da Saúde. Desse modo, pretendeu-se associar a importância das práticas preventivas

dos agravos à saúde com as dificuldades relatadas pelos professores em atender as crianças em casos de emergência.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo descrever uma ação educativa na escola, referente aos primeiros socorros, com professores do ensino primário, e identificar possíveis situações de risco para acidentes com os escolares. O estudo teve o intuito, também, de estimular a autonomia dos educadores para os cuidados primários e evitar possíveis agravos, devido às condutas realizadas de forma inadequada.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, especificamente, de uma ação educativa desenvolvida com docentes de uma escola municipal de ensino infantil, localizada na cidade de Tucuruí, no estado do Pará. Utilizou-se a observação e roda de conversa para a coleta de dados, sendo realizadas em três etapas:

Etapa 1. Visita ao ambiente escolar e levantamento de problemáticas; Etapa 2. Diálogo com professores e coordenadores, com apresentação da proposta de intervenção e coleta de possíveis temáticas a serem discutidas; e Etapa 3. Execução de atividade educativa.

A primeira etapa orientou este estudo quanto aos aspectos estruturais da escola e às características e disposição observadas dos educandos nesse ambiente; a segunda corroborou para a facilitação e planejamento da

intervenção, além da identificação das seguintes temáticas, mediante o diálogo e relato das vivências anteriores dos professores: desmaio, engasgo, fraturas, convulsão, ferimentos e sangramento nasal. A última fase apresentou a discussão das temáticas anteriores, contando com a utilização de recursos audiovisuais, realização de atividades práticas e técnica pedagógica para a avaliação da atividade, com o uso de cartolina e pincel de quadro branco.

A ação educativa somente ocorreu após a autorização da diretora da escola e dos professores presentes. O comitê ético da Universidade Estadual do Pará considerou que, a partir das diretrizes para pesquisas definidas pela resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares, a proposta de ação educativa não necessita de submissão para apreciação ética ao comitê, por se tratar de relato de experiência dos próprios coautores, com anuência do local e dos participantes onde

*“Os professores não sabem como agir em situações que comprometam a saúde da criança, gerando risco para o estado vital do escolar”*

ocorreu o estágio curricular obrigatório, asseguradas as garantias de confidencialidade dos dados.

Para a análise e discussão dos dados colhidos, utilizou-se a literatura, com a construção de duas dimensões empíricas: relação escola x criança e risco de acometimentos e intervenção educativa.

## RESULTADOS

O local de realização da intervenção possui um amplo espaço físico composto por 15 salas de aula, três banheiros masculinos e três banheiros femininos, área de alimentação, copa, biblioteca, sala de atividades lúdicas, sala dos professores, diretoria, secretaria e quadra poliesportiva (que se encontra em processo de construção). A escola atende 696 alunos (335 do sexo masculino e 361 do sexo feminino); 347 estudam no período matutino e 349 no período vespertino, divididos em 30 turmas organizadas de forma paritária: 15 pela manhã e 15 à tarde, que vão desde o pré-escolar até o 5º ano do ensino fundamental.

Com relação ao quadro de professores, esses totalizam 47, sendo 30 professores regentes, cinco professores mediadores, nove professores de área (educação física, língua inglesa, ensino religioso e ensino da arte) e três coordenadores, sendo um do ensino infantil, um do ensino fundamental e um coordenador de inclusão. Cada professor regente é responsável por uma turma. Ao considerar o quantitativo de alunos e de turmas, obtém-se uma média de 23,2 alunos por professor regente.

### 3.1. Dimensão 1: relação escola x criança e risco de acometimentos

O ambiente escolar é o espaço em que as crianças passam cerca de um terço de seu tempo. Esse torna-se um ambiente propício à ocorrência de acidentes, porque é o local onde um grande número de crianças e jovens interage, desenvolvendo as mais diversas atividades, mas é também um espaço privilegiado e potencializador. Embora se tenha a percepção que esse meio seja seguro, por se tratar de local responsável pela formação de cidadãos, é um ambiente favorável a acidentes pelo desenvolvimento de diferentes atividades, principalmente as esportistas<sup>(1,5)</sup>.

Nessa perspectiva, o ambiente alvo dessa intervenção

foi observado nos diferentes aspectos de sua estrutura e funcionamento, avaliando os pontos que podem ser destacados como propícios para acidentes entre os escolares. Dentre os achados, pode-se destacar que, pela escola ser localizada em um prédio de dois andares, o perigo de quedas de grandes alturas é preocupante; as janelas das salas do segundo andar encontravam-se sem grades ou telas de proteção, o que sugere que crianças, em momentos de aula ou nos intervalos, podem sofrer quedas de uma altura considerável.

O risco de quedas também está presente na escada que dá acesso ao segundo andar da escola. A escada não possui corrimão e/ou grade de proteção, constituindo-se em possível risco no momento de descida das crianças que estudam no segundo andar. Como se trata de uma estrutura de concreto e de uma altura de cerca de 3,5m, os traumas nesse local podem se apresentar como graves.

### 3.2. Dimensão 2: intervenção educativa

A terceira etapa desse estudo foi concretizada na realização de uma atividade educativa, contando com a participação de 10 professores. Voltou-se para a discussão de primeiros socorros frente às intercorrências de emergência, elencadas previamente durante o diálogo com o corpo docente escolar.

O planejamento e o desenvolvimento da atividade educativa apoiaram-se, teoricamente, no Protocolo de Suporte Básico de Vida<sup>(6)</sup>, enfocando as seguintes temáticas: desmaio, engasgo, fraturas, convulsão, ferimentos e sangramento nasal; e abordando conceitos, possíveis causas e modos de intervenção de primeiros socorros com simulações.

Inicialmente, foi descrita a temática desmaio, e as principais intervenções recomendadas, com descrição prática e dinâmica, incluindo a participação dos professores durante as intervenções. Assim, seguiu-se a mesma metodologia na abordagem dos demais temas: engasgo, fraturas, convulsões, ferimentos e sangramento nasal.

Contudo, ficou evidente no diálogo a presença de insegurança por parte dos professores e o sentimento de estarem fazendo intervenção de forma inadequada, podendo levar ao agravamento da situação ou à exposição desnecessária da criança. As observações nas atividades

*“O ambiente escolar é o espaço em que as crianças passam cerca de um terço de seu tempo”*

práticas mostraram o pouco conhecimento dos professores sobre as técnicas intervencionistas, no manejo inicial e no acionamento de ajuda de urgência, quando necessário, além de não relacionarem a execução do atendimento com a adoção de posturas corporais adequadas. Os participantes ainda discutiram sobre o contato com secreções e fluidos sanguinolentos, demonstrando que possuem receio e medo de contaminação.

As experiências vivenciadas pelos professores contribuíram para aproximar a discussão de suas realidades e o compartilhamento dessas experiências serviu de base para a avaliação final após a execução da atividade. Essas situações foram descritas em papel cartolina, buscando manejar o debate sobre as intervenções realizadas nas abordagens vividas e como procederiam caso presenciassem novamente as ocorrências, após a participação na atividade dialógica e educativa.

O resultado da avaliação pedagógica foi promissor. Os docentes conseguiram usar dos debates compartilhados no encontro e descreveram suas atuações de forma responsável e cuidadosa. Algumas dúvidas ainda presentes foram esclarecidas; essas se referiam ao acionamento de familiares, tumulto dos escolares e a busca por serviço especializado.

Finalizando o processo de intervenção, foi entregue um estojo de primeiros socorros à direção. Nele continha os materiais recomendados por Brolezi<sup>(3)</sup>, que são: água boricada, solução fisiológica, atadura, gaze e algodão esterilizados, esparadrapo, caixa com luvas de procedimentos e um termômetro. Durante a entrega, foi explicado aos professores a finalidade do uso de cada item e a forma correta de utilizá-los.

## DISCUSSÃO

### 4.1 Dimensão 1: relação escola x criança e risco de acometimentos

A influência da estrutura da escola na redução dos acidentes sofridos por crianças no ambiente escolar deve ser considerada na concepção dos prédios em que tais estabelecimentos irão funcionar. A escola, apesar de apresentar uma estrutura que pode ser considerada segura, possui alguns pontos que precisam ser corrigidos. Além disso, o conhecimento dos fatores de risco e dos acometimentos

acidentais mais comuns entre escolares, especialmente no ambiente escolar, permite ações e condutas mais pontuais e efetivas na prevenção de tais eventos.

Nesse caminho, diversos achados na literatura têm demonstrado os tipos de acidentes mais prevalentes entre escolares no espaço escolar. Embora a delimitação específica dos acidentes no ambiente educativo não seja satisfatória, pode-se encontrar na literatura alguns estudos que citam acidentes comuns nas escolas, como o sangramento nasal, desmaio, entorses e luxações, fraturas, cortes e escoriações<sup>(3)</sup>.

Ainda descrevem as aulas de educação física como o momento em que incidentes geralmente acontecem. Também, os acidentes com os alunos podem acontecer em outros momentos, como no horário do recreio, na entrada ou na saída da escola<sup>(3)</sup>.

As quedas são apontadas como o agravo mais prevalente e a principal causa de lesões traumáticas cerebrais, com um

risco significativo de sequelas crônicas, no ambiente escolar<sup>(5)</sup>. Mesmo que a maioria dos acidentes na escola não necessite de atenção médica, ela tem um índice considerável de eventos acidentais relacionados, em mais de um terço, a esportes e atividades recreativas e, próximo a um terço, resultante de quedas durante outras atividades.

Sendo assim, a segurança do ambiente escolar passa tanto pela estruturação física adequada da escola, quanto pelo preparo dos agentes

que atuam no ambiente escolar. Nesse caminho, especula-se que o conhecimento sobre primeiros socorros se faz necessário nas diferentes faixas etárias e para indivíduos de diferentes segmentos sociais e profissionais, pois o emprego desses procedimentos pode se fazer necessário para os mais variados grupos de uma população<sup>(7)</sup>. Cabe salientar, portanto, a importância deste estudo, inclusive por abordar situações que fazem parte do cotidiano dos indivíduos envolvidos, colaborando, assim, com novos conhecimentos e informações significativas para a cultura do “prestar socorro”.

### 4.2 Dimensão 2: intervenção educativa

Um estudo realizado com professores<sup>(3)</sup> verificou que os profissionais relataram presenciar acidentes escolares que se assemelham com este levantamento, principalmente quando descrevem como mais comuns o sangramento nasal e as

*“Ainda descrevem as aulas de educação física como o momento em que incidentes geralmente acontecem”*



fraturas. Outro estudo<sup>(5)</sup> descreveu a queda e entorses como as mais prevalentes.

A proposta da realização de uma abordagem teórica e prática, utilizando a observação do local de ensino e de temas sugeridos pelos próprios docentes, intensifica o papel desse profissional na aptidão de identificar situações de risco nesse ambiente. Assim, prevenir o acidente em espaço escolar passa por produzir em toda a comunidade educativa uma cultura de segurança e por tornar a escola um local seguro e saudável<sup>(6)</sup>.

As dificuldades do manejo em casos de acidentes escolares são confirmados na literatura pela deficiência de conhecimentos dos docentes sobre as condutas corretas a serem tomadas nas diferentes situações. Os docentes sentem-se parcialmente preparados para atender situações simples<sup>(6)</sup>; têm dúvidas quanto à gravidade das lesões, não se sentindo preparados para prestar assistência<sup>(6)</sup>, apresentando atitudes inseguras e medo de realizar o cuidado<sup>(6)</sup>, sem saber identificar a melhor conduta a ser tomada<sup>(2)</sup>.

Concluiu-se que os professores, geralmente, têm facilidade de aprendizado frente às ações educativas dialógicas, quando essas compartilham suas próprias vivências e os consideram atores principais do processo e protagonistas das discussões. Estudos compartilharam experiências aproximadas e tiveram resultados significativos<sup>(1,2)</sup>, enquanto outros também reforçam a importância da realização de capacitação dos profissionais das escolas para contribuir com a educação em saúde que vem ao encontro com a iniciativa da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e

Violências do Ministério da Saúde e a Política de Saúde na Escola<sup>(3,5,9)</sup>.

## CONCLUSÃO

O interesse da criança em explorar novas situações, sua potencialidade, novas habilidades e a forma de interação com o ambiente escolar podem ocasionar acidentes quando expostas às ameaças presentes nesse espaço. No levantamento realizado, a estrutura dos ambientes escolares observados apresentou fatores de risco para tais acontecimentos, o que representa a necessidade de investimentos da política de governo em estudos para adequação desses locais, beneficiando a comunidade usuária.

Dessa forma, muitos desses casos podem ser prevenidos e, se vierem a ocorrer, é fundamental o conhecimento dos profissionais envolvidos para a prestação dos primeiros socorros. Foi identificada uma deficiência nesse propósito por parte do educador, que compartilha a maior parte do seu tempo com as crianças dentro da escola. Este estudo comprovou que medidas educativas envolvidas no diálogo podem auxiliar na construção do fortalecimento e aprimoramento dessa prática.

Assim, a fomentação de parcerias entre os profissionais de educação com os da saúde se torna promissora no planejamento de discussões do campo da saúde e sua forma de abordagem no ambiente educacional, auxiliando a construção de novos métodos, estratégias e formas de pensar.

## REFERÊNCIAS

1. Coelho JP. Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia. Revista científica do ITAPAC On-line [Internet]. 2015 [acesso em 20 fev 2017]; 8(1). Disponível em: <[http://www.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo\\_7.pdf](http://www.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_7.pdf)>.
2. Meireles GOAB. Abordagem de Primeiros Socorros Realizada Pelos Professores em uma Unidade de Ensino Estadual em Anápolis - GO. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 23 fev 2017]; v. 18, n. 1, p. 25-30. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/260/26037787004.pdf>>
3. Oliveira RA, Junior RL, BORGES CC. Situações de primeiros socorros em aulas de educação física em municípios do sudoeste de Goiás. Enciclopédia biosfera. [Internet]. 2015 [acesso em 23 fev 2017]. v.11, n.20; p. 72-77. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclopedia/2015a/situacoes.pdf>>
4. Brozeli EA. Orientações de Primeiros Socorros em Urgência na Escola. [Internet]. 2014 [acesso em 01 jun 2016]. Disponível em: <[http://www.unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/saude\\_foco/artigos/ano2014/primeiros\\_socorros\\_naescola.pdf](http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/primeiros_socorros_naescola.pdf)>.
5. Venâncio MAVD. Prevalência dos acidentes em espaço escolar e percepção dos agentes educativos. [Internet]. 2014. [acesso em 23 fev 2017]. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária) – Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2559/1/VENANCIO,%20Maria%20Alice%20Varanda%20Duarte%20-%20DissertMestrado.pdf>>.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Costa WAC et al. Unidade didática de ensino dos primeiros socorros para escolares: efeitos do aprendizado. Pensar a Prática. [Internet]. 2015. [acesso em 23 fev 2017]. v. 18, n. 2, p.338-349. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fef/article/view/30205/18787>>.
8. Oliveira AS, Lopes AG, Lisboa JM, Campelo DML, Marinho CMM, Araujo LSC. Atuação dos Professores às crianças em casos de acidentes na escola. Rev Interdisciplinar UNINOVAFAP 2012; 5(3): 26-30.
9. Brasil. Ministério da saúde. Saúde na Escola. 1 ed. Brasília: Ministério da saúde; 2009.

# PLANTA FÍSICA DOS ABRIGOS DE RESÍDUOS QUÍMICOS PERIGOSOS DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Taiza Florencio Costa<sup>1</sup>, Vanda Elisa Andres Felli<sup>2</sup>, Maritza Consuelo Ortiz Sanchez<sup>3</sup>, Simone Cruz Machado Ferreira<sup>4</sup>, Zenith Rosa Silvino<sup>4</sup>, Miriam Marinho Chrizostimo<sup>4</sup>

**Objetivo:** avaliar as especificações da planta física dos abrigos de resíduos químicos perigosos gerados em hospital. **Metodologia:** pesquisa descritiva, realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Os dados foram coletados por meio da Ficha de Informação de Gerenciamento de Resíduo Químico Perigoso. **Resultados:** os dados evidenciaram 11 especificações, sendo sete (63,63%) não conformidades no armazenamento interno e seis (54,54%) conformidades no armazenamento externo. Os resultados apontaram os aspectos a serem revistos pelo hospital quanto à adequação da planta física dos abrigos de resíduos químicos perigosos no aguardo da coleta externa. Indicaram, ainda, diretrizes quanto às normas para construção dos abrigos, subsidiando o Plano de Gerenciamento de Resíduos Químicos Perigosos. **Conclusão:** o Plano tornou possível a prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho e a promoção da saúde humana e ambiental, como fatores de sustentabilidade no setor saúde hospitalar.

**Descritores:** Hospitais de Ensino, Resíduos Químicos, Saúde Ocupacional, Saúde Pública, Saúde Ambiental.

## PHYSICAL PLANT OF HAZARDOUS SHELTERS WITH CHEMICAL WASTE FROM HOSPITAL CARE

**Objective:** to evaluate the specifications of the physical plant for residues of dangerous hazardous chemical waste shelters generated at a hospital. **Methodology:** This is a descriptive research that takes place at University Hospital of the University of Sao Paulo. Data collection was carried out through the Chemical Waste Management Data Sheet Dangerous. **Results:** The data showed 11 specifications, 7 (63.63%) non-conformities in the internal storage and 6 (54.54%) conformities in external storage. The results pointed out the aspects to be reviewed by the Hospital, with respect to the adequacy of the physical plant of hazardous chemical waste shelters, awaiting external collection. They also offered guidelines for the standards of construction of shelters, supporting the Waste Management Plan of hazardous chemicals. **Conclusion:** With this Plan it was possible to prevent accidents and diseases related to work and the promotion of human and environmental health and sustainability factors within the hospital sector.

**Descriptors:** Teaching Hospitals, Chemical Waste, Occupational Health, Public Health, Environmental Health.

## PLANTA FÍSICA DE LOS CENTROS DE ACOGIDA DE RESIDUOS QUÍMICOS PELIGROSOS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

**Objetivo:** evaluar las especificaciones de la planta física de los lugares de almacenamiento de residuos químicos peligrosos generados en hospital. **Metodología:** Investigación descriptiva realizada en el Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo. La recolección de datos se realizó mediante Hoja de Información de Gestión de Residuos Químicos Peligrosos. **Resultados:** Los datos mostraron que 11 especificaciones, 7 (63.63%) del almacenamiento interno no estaba en conformidad y 6 (54,54%) cumplían los requisitos de almacenamiento externo. Los resultados también mostraron los aspectos que deben ser revisados por el Hospital, como la adecuación de la planta física, los lugares de almacenamiento de residuos químicos peligrosos, en espera del transporte externo. También fueron ofrecidas directrices como normas para la construcción de depósitos, apoyo al Plan de Gestión de Residuos Químicos Peligrosos. **Conclusión:** Con el Plan se hizo posible la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo y a la promoción de la salud humana y ambiental, como factores de sostenibilidad en el sector salud hospitalario.

**Descriptor:** Hospitales Docentes, Residuos Químicos, Salud Ocupacional, Salud Pública, Salud Ambiental.

<sup>1</sup>In memoriam. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal Fluminense-UFF.

<sup>2</sup>Enfermeira. Livre Docente. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFF, Niterói, Rio de Janeiro. E-mail: E-mail: morsa\_peru@yahoo.com.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFF.

## INTRODUÇÃO

O funcionamento das organizações hospitalares envolve atividades que dependem de produtos químicos específicos, como medicamentos, esterilizantes, desinfetantes, solventes, conservantes, gases, entre outros. Conseqüentemente, o uso desses produtos químicos 24 horas, em 365 dias do ano, geram, no decorrer da assistência, os chamados Resíduos Químicos Perigosos (RQP).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os RQP são resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Sendo os mesmos<sup>(1)</sup>:

- Produtos antimicrobianos, citostáticos, antineoplásicos, esterilizantes, desinfetantes e demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos)<sup>(2)</sup>.

O formaldeído, enquanto um conservante de tecidos humanos, e o ortoftaldeído, um desinfetante de alto nível, são produtos usados no centro obstétrico e na endoscopia, respectivamente, sendo que os resíduos derivados desses produtos possuem comprovada periculosidade. Tais resíduos devem ser gerenciados, evitando danos à saúde dos trabalhadores, à saúde pública e ao meio ambiente<sup>(3-4)</sup>.

Segundo a Resolução ANVISA nº 306/2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, todo gerador de RSS deverá elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), sendo a guarda temporária dos RQP definida nas seguintes etapas<sup>(1)</sup>:

**Armazenamento temporário** - no abrigo interno do setor gerador do RQP;

**Armazenamento externo** - no abrigo externo do hospital gerador do RQP.

A ênfase do presente estudo nas etapas de armazenamento interno e externo envolvendo a planta física dos abrigos de resíduos químicos perigosos deve-se ao fato de que todo procedimento prévio ao armazenamento pode ser prejudicado em função da inadequação dos requisitos da edificação, além do risco de acidentes e comprometimento da saúde humana e ambiental.

Nesse contexto, considerando a periculosidade do formaldeído e ortoftaldeído, o presente estudo buscou identificar o atendimento aos dispositivos legais quanto à planta física dos abrigos internos e externos, por meio das especificações da Ficha de Informação de Gerenciamento de Resíduo Químico Perigoso Hospitalar (FIGERQP-HOSP)<sup>(5)</sup>.

## OBJETIVO

Avaliar as especificações da planta física do abrigo

temporário e abrigo externo de formaldeído e ortoftaldeído.

## METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, uma vez que pretende avaliar as especificações da planta física do abrigo temporário e abrigo externo dos resíduos perigosos de formaldeído e ortoftaldeído do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP, protocolo de número 1183/12. Foi feita por meio da observação das instalações dos abrigos, dispensou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento utilizado foi o formulário denominado FIGERQP-HOSP, elaborado sob o referencial da RDC 306/04 da ANVISA<sup>(1-5)</sup>, sendo realizadas 16 avaliações durante quatro meses, observando as possíveis mudanças na adequação da planta física.

Na operacionalização da coleta de dados por meio da FIGERQP-HOSP, os abrigos de resíduos de formaldeído e de ortoftaldeído foram avaliados quanto às especificações de: Construção em alvenaria; Aberturas teladas; Ventilação; Dispositivos que impeçam a incidência direta de luz solar; Piso e paredes com materiais laváveis; Piso e paredes lisos e resistentes; Piso e parede impermeáveis e de cor clara; Porta que abre para fora; Porta com proteção contra vetores; Piso em declive para o centro com sistema de contenção para líquidos com capacidade para 10% do volume armazenado e símbolo de risco químico na porta dos abrigos. Os dados foram sistematizados, inseridos em bancos de dados, analisados e apresentados em tabelas segundo a frequência absoluta e relativa.

## RESULTADOS

Na avaliação do sistema de gerenciamento dos resíduos de formaldeído e ortoftaldeído, a FIGERQP-HOSP evidenciou 11 especificações necessárias ao gerenciamento dos RQP, envolvendo as etapas de armazenamento interno e externo nos abrigos do hospital. A Tabela 1 trata das características dos abrigos internos.

**Tabela 1** - Especificações de armazenamento presentes ou ausentes em relação às avaliações nos abrigos internos de resíduos de formaldeído e ortoftaldeído. São Paulo, 2012.

Especificações do abrigo de armazenamento interno	Presente	%	Ausente	%
1 - Construído em alvenaria	1	9,09	-	-
2 - Aberturas teladas	-	-	1	9,09
3 - Ventilação	-	-	1	9,09
4 - Dispositivos que impeçam a incidência direta de luz solar	-	-	1	9,09

Continuação.

Especificações do abrigo de armazenamento interno	Presente	%	Ausente	%
5 - Piso e paredes com materiais laváveis	1	9,09	-	-
6 - Piso e paredes lisos e resistentes	1	9,09	-	-
7 - Piso e parede impermeáveis e de cor clara	1	9,09	-	-
8 - Porta que abre para fora	-	-	1	9,09
9 - Porta com proteção contra vetores	-	-	1	9,09
10 - Piso em declive para o centro com sistema de contenção para líquidos com capacidade para 10% do volume armazenado	-	-	1	9,09
11 - Símbolo de risco na porta	-	-	1	9,09
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>36,36</b>	<b>7</b>	<b>63,63</b>

Observa-se na Tabela 1 que na etapa de armazenamento interno, durante as 16 avaliações nos abrigos internos de resíduos, quatro (36,36%) itens entre os 11 atenderam às especificações da FIGERQP - HOSP, sendo as mesmas: "construído em alvenaria", "piso e paredes com materiais laváveis", "piso e paredes lisos e resistentes", "piso e parede impermeáveis e de cor clara". Destaca-se ainda o fato de sete (63,63%) especificações não atendidas: "aberturas teladas", ventilação, "Dispositivos que impeçam a incidência direta de luz solar", "Porta que abre para fora", "Porta com proteção contra vetores", "Piso em declive para o centro com sistema de contenção para líquidos com capacidade para 10% do volume" e "Símbolo de risco na porta". A Tabela 2 visa abordar as características do abrigo externo.

**Tabela 2** - Especificações de armazenamento presentes ou ausentes em relação às avaliações no abrigo externo de resíduos de formaldeído e ortoformaldeído. São Paulo, 2012.

Especificações do abrigo de armazenamento externo	Presente	%	Ausente	%
1 - Construído em alvenaria	1	9,09	-	-
2 - Aberturas teladas	1	9,09	-	-
3 - Ventilação	1	9,09	-	-
4 - Dispositivos que impeçam a incidência direta de luz solar	1	9,09	-	-
5 - Piso e paredes com materiais laváveis	1	9,09	-	-
6 - Piso e paredes lisos e resistentes	-	-	1	9,09
7 - Piso e parede impermeáveis e de cor clara	-	-	1	9,09

Continuação.

Especificações do abrigo de armazenamento externo	Presente	%	Ausente	%
8 - Porta que abre para fora	-	-	1	9,09
9 - Porta com proteção contra vetores	-	-	1	9,09
10 - Piso em declive para o centro com sistema de contenção para líquidos com capacidade para 10% do volume armazenado	-	-	1	9,09
11 - Símbolo de risco na porta	1	9,09	-	-
<b>Total de avaliações</b>	<b>6</b>	<b>54,54</b>	<b>5</b>	<b>45,45</b>

Observa-se na Tabela 2 que, no decorrer das avaliações, ocorreu o atendimento a seis (54,54%) das 11 especificações, estando em conformidade a "construção de alvenaria", "aberturas teladas", "ventilação", "dispositivos que impeçam a incidência direta de luz solar", "piso e parede com materiais laváveis" e "símbolo de risco na porta". Verificou-se, ainda, a ausência de "piso e paredes lisos e resistentes", "piso e parede impermeáveis e de cor clara", "porta que abre para fora", "porta com proteção contra vetores", "piso em declive para o centro com sistema de contenção para líquidos com capacidade para 10% do volume armazenado" bem como cinco (45,45%) especificações não atendidas.

## DISCUSSÃO

No campo de estudo, o armazenamento temporário se dá em pequenas salas dentro dos próprios setores, onde são abrigados também os coletores de resíduos dos Grupos A (infectantes) e E (perfurocortantes). Tal situação desfavorece uma adequação segundo as normas para todos os grupos.

Em relação ao abrigo externo do hospital, o mesmo vem ocorrendo em um galpão separado do prédio do hospital, porém próximo ao mesmo, onde os galões ficam distribuídos no chão ou sobre tabladados sem separação por tipos de RQP de xilol, formaldeído, ortoformaldeído, reagentes, ácidos e outros resíduos de produtos químicos.

Verificou-se no presente estudo que as especificações do abrigo interno são as mesmas para o abrigo externo, diferenciando-se o fato de que no abrigo externo ficam armazenados os recipientes de RQP provenientes de todos os setores do hospital.

A Portaria do Centro de Vigilância Sanitária - CVS 21/2008 estabelece que o armazenamento temporário, em abrigo interno de Resíduos Perigosos de Medicamentos (RPM), poderá ser dispensado quando a unidade geradora promover a retirada imediata dos coletores de RPM que atingirem o limite de sua capacidade e enviar direto para



o abrigo externo<sup>(6)</sup>. Tal medida poderia também ser aplicada aos RQP.

Entretanto, no HU-USP, os RQP e RPM são mantidos no abrigo interno, em função da dinâmica dos setores estudados e da rotina do serviço de higienização.

Acredita-se que por serem as exigências relativas à planta física dos abrigos de resíduos extremamente complexas, o hospital poderia optar por estabelecer a rotina de retirada imediata do RQP e RPM do ponto de geração diretamente para o abrigo externo de resíduos, eliminando, assim, a necessidade do abrigo interno de RQP e RPM.

O abrigo dos RQP deve ser dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados, e evidenciados por meio do indicador de variação da proporção de resíduos do Grupo B (resíduos químicos), bem como as características dos mesmos quanto ao potencial de inflamabilidade, corrosividade, toxicidade e reatividade.

Considerando os dispositivos legais a serem observados na construção dos abrigos de resíduos, a RDC 306/04 destaca também a necessidade do atendimento a outras resoluções, a exemplo da RDC nº 307/2002, RDC nº 189/2003 da ANVISA e a RDC nº 50/2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde<sup>(7-9)</sup>.

Pesquisa realizada na Jordânia (Oriente Meio) evidenciou que, muitas vezes, as etapas de armazenamento interno e externo não são efetuadas por falhas no sistema de gerenciamento dos resíduos, uma vez que 21 hospitais estudados geraram cerca de 1400kg/dia. Ainda, 57% dos hospitais lançam os resíduos líquidos no sistema de esgoto e os demais em fossas sépticas e o tratamento adotado foi a incineração, em que 48% dos incineradores não seguiam regulamentos do Ministério da Saúde<sup>(10)</sup>.

A relevância da adequação dos abrigos interno e externo é apontada em pesquisas, para cada tipo de RSS, assim como as dificuldades em atender às exigências dos dispositivos legais vigentes na construção dos mesmos.

Em instituições hospitalares construídas sem contemplar as salas de resíduos, a falta de espaço físico é um dos maiores desafios na concretização de abrigos interno e externo adequados às normas, uma vez que envolvem arquitetura, engenharia e recursos financeiros<sup>(11)</sup>.

Chama atenção estudo relacionando a reciclagem de placentas usadas como matéria-prima em produtos farmacêuticos, o que confirma a relevância de se ter abrigos adequados e específicos para cada grupo de resíduos sendo: Grupo A (infectantes), Grupo B (Químicos), Grupo C (Radioativos), Grupo D (Recicláveis) e Grupo E (perfluorocortantes) e, entre os mesmos, o armazenamento dos RQP<sup>(12)</sup>.

Em relação à reciclagem dos RQP, o destaque está na reciclagem das embalagens secundárias (caixas, bulas entre outros), que não tiveram contato com o produto químico a ser utilizado.

A geração de RSS aumentou em função dos avanços da tecnologia na assistência aos pacientes no ambiente hospitalar, evidenciando ainda que quanto maior a rotatividade de pacientes maior a geração de RQP<sup>(12-13)</sup>.

Os avanços tecnológicos requerem cada vez mais atenção em relação à relevância do gerenciamento de resíduos de produtos químicos de serviços de saúde hospitalares devido ao potencial de periculosidade ambiental e humano.

Portanto, a adequação dos abrigos de resíduos é urgente uma vez que RQP têm sido mantidos por mais de 24 horas no abrigo temporário<sup>(14)</sup>.

Segundo a legislação vigente, no que diz respeito ao armazenamento temporário, as especificações exigidas deverão também ser contempladas pelo abrigo externo<sup>(1)</sup>.

No presente estudo foi possível verificar diversas falhas quanto às instalações dos abrigos internos e externo, inferindo-se que seja decorrente da falta de previsão dos mesmos durante a elaboração da planta física.

Relativo, ainda, às etapas de armazenamento temporário e armazenamento externo, verifica-se no PGRSS da Instituição, campo de estudo, a indicação de consulta em planta baixa anexa, mas não se localizou o anexo dos abrigos construídos ou a construir. As dificuldades em relação ao armazenamento temporário de resíduos são decorrentes de questões administrativas internas dos estabelecimentos de saúde e também em função da falta de apoio e normas claras dos órgãos públicos no tocante à gestão de RSS<sup>(14)</sup>. A inadequação desses abrigos expõe a instituição, juntamente com todos os trabalhadores e comunidade, aos riscos de acidentes devido à periculosidade dos RQP.

Em relação aos acidentes notificados nos abrigos de RQP, observa-se ainda uma subnotificação, pois os danos causados pelos RQP são insidiosos no organismo humano, levando desde irritações das mucosas, até alterações celulares, além do risco de explosão nos abrigos. No Brasil, as notificações de acidentes e doenças ocupacionais devem ocorrer por meio da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT) e também pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), incluindo-se nesse universo de ocorrências a exposição aos resíduos químicos perigosos<sup>(15-18)</sup>.

Portanto, as adequações da planta física e avaliação nos abrigos internos e externos de RQP representam um fator de promoção da saúde e de prevenção de graves acidentes e doenças ocupacionais junto à equipe multiprofissional da atenção hospitalar.

## CONCLUSÃO

Tendo em vista os dados coletados, as exigências dos dispositivos legais quanto à planta física dos abrigos de resíduos químicos, assim como a literatura referente a prática desse gerenciamento, foi possível avaliar por meio da Ficha de Informação de Gerenciamento de Resíduo Químico Perigoso que os abrigos da instituição campo de estudo apresentam várias não conformidades. Isso porque não atendem às especificações necessárias para abrigar, com total segurança, os resíduos de formaldeído e

de ortoftaldeído, entre outros, que possuam uma ou mais características de periculosidade como a inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Essa situação é indicativa da necessidade da instituição em adequar seus abrigos e seu Plano de Gerenciamento de Resíduos Químicos Perigosos, enquanto parte do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do campo de estudo com vistas à prevenção de acidentes do trabalho, promoção da saúde humana e do meio ambiente, aliados ao desenvolvimento sustentável na atenção hospitalar.

## REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC n.306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Revoga a resolução ANVISA – RDC n.33 de 2003. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, BR). Brasília; 2004.
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 10.004: Resíduos sólidos – classificação. Rio de Janeiro; 2004.
3. Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB). Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos – FISPO. – Formaldeído. FISPO. [homepage na internet]. São Paulo; 2004. [citado 2017 jun 16]. Disponível em : <http://www.cetesb.sp.gov.br/>
4. Johnson & Johnson Brasil. Ficha de Informações de Produtos Químicos n. 01- Ortoftaldeído.[homepage na internet] São Paulo; 2017. [citado 2017 jun. 16]. Disponível em: <http://www.johnson.com>
5. Felli VEA, Costa TFC, Baptista PCP, Guimarães ALO, Anginoni BM. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. Rev Esc Enferm da USP. 2015 (Online), 49:98-105.
6. Centro de Vigilância Sanitária (CVS). n. 21, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre a norma técnica sobre gerenciamento de resíduos perigosos de medicamentos em serviços de saúde. In: Centro de Vigilância Sanitária (CVS, SP) São Paulo; 2008.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC n.307, de 14 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Altera a resolução ANVISA – RDC n.50 de 2002. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, BR). Brasília; 2004.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC n.189, de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50 de 2002. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, BR). Brasília; 2003.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, BR). Brasília; 2003.
10. Abdulla F, Abu OH, Rabi A. Site investigation on medical waste management practices in northern Jordan. Waste Manag. 2008;28(2):450-8.
11. Takayanagui AMM. Risco Ambiental e o gerenciamento de resíduos nos espaços de um serviço no Canadá: um estudo de caso. [tese]. Ribeirão Preto: (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
12. Jang YC, Lee C, Yoon OS, Kim H. Medical waste management in Korea. J Environ Manage. 2006 Jul;80(2):107-15.
13. Tudor TL, Woolridge AC, Phillips CA, Holliday M, Laird K, Bannister S, Edgar J, Rushbrook P Evaluating the link between the management of clinical waste in the National Health Service (NHS) and the risk of the spread of infections: A case study of three hospitals in England. Int J Hyg Environ Health. 2010 Nov;213(6):432-6.
14. Tsakona M, Anagnostopoulou E, Gidaracos E. Hospital waste management and toxicity evaluation: a case study. Waste Manag. 2007;27(7): 912-20.,
15. Ministério da Saúde, Brasil. Portaria GM/MS nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ministério da Saúde;2012.
16. Machado MHV, Santos MR, Oliveira ES, Wermelinger, MCMW, Vieira M, Lemos WR, Lacerda WF, Aguiar FW, Souza JPB. Condições de Trabalho da Enfermagem. Rev. Enferm. em Foco. (Online), v. 7, p. 63-71, 2016.
17. Alberguini LBA, Silva LC, Rezende MOO. Tratamento de resíduos químicos – guia prático para a solução dos resíduos químicos. São Carlos: Rima; 2005.
18. Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB). n. P4.262, de agosto de 2007. Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos químicos provenientes de estabelecimentos de serviços de saúde. In: Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB, SP). São Paulo; 2007.

# CONHECIMENTO DE ENFERMEIRAS RESIDENTES ACERCA DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO

Leticia Bastos Vilela Feijão<sup>1</sup>, Lara Mabelle Milfont Boeckmann<sup>2</sup>, Manuela Costa Melo<sup>3</sup>

**Objetivo:** conhecer as percepções, vivências e experiências de residentes de Enfermagem Obstétrica acerca da humanização da assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto de risco habitual. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem na investigação qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com 10 residentes de enfermagem obstétrica, no período de maio a agosto de 2016. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para tratamento dos dados. **Resultados:** evidenciou-se que as participantes conhecem e estimulam as boas práticas durante a assistência fornecida. No entanto, os achados apontam a existência de desafios no cenário prático que necessitam ser superados. **Conclusão:** as evidências encontradas podem contribuir para reflexões que auxiliem a promoção das boas práticas na atenção obstétrica.

**Descritores:** Parto, Parto Humanizado, Enfermeiras Obstétricas.

## KNOWLEDGE OF RESIDENT NURSES REGARDING GOOD PRACTICES FOR CHILDBIRTH CARE

**Objective:** to know the understanding and experiences of Obstetric Nursing residents regarding the humanization of care based on good practices of attending to regular risk childbirth. **Methodology:** this is a descriptive and exploratory study of approach in qualitative research. The data were collected through interviews with 10 residents of obstetric nursing, from May to August 2016. Content analysis by Bardin was used for data treatment. **Results:** it was shown that the participants were familiar and stimulate the good practices during the assistance provided. However, the findings point to the existence of challenges in the practical scenario that need to be overcome. **Conclusion:** the evidence found may contribute to reflections that help to promote good practices in obstetric care.

**Descriptors:** Delivery, Humanizing Delivery, Obstetric Nurses

## CONOCIMIENTO DE ENFERMERAS RESIDENTES ACERCA DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL PARTO

**Objetivo:** conocer las percepciones, vivencias y experiencias de residentes de Enfermería Obstétrica acerca de la humanización de la asistencia pautada en las buenas prácticas de atención al parto de riesgo habitual. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo y exploratorio de enfoque en la investigación cualitativa. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas con 10 residentes de enfermería obstétrica, en el período de mayo a agosto de 2016. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin para tratamiento de los datos. **Resultados:** se evidenció que las participantes conocen y estimulan las buenas prácticas durante la asistencia suministrada. Sin embargo, los hallazgos apuntan la existencia de desafíos en el escenario prático que necesitan ser superados. **Conclusión:** las evidencias encontradas pueden contribuir a reflexiones que ayuden a promover las buenas prácticas en la atención obstétrica.

**Descriptor:** Parto, Parto Humanizado, Enfermeras Obstétricas.

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em enfermagem Obstétrica. Docente no Curso de Enfermagem de Educação Superior de Brasília, DF. E-mail: enf.leticiaivilela@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Servidora pública da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasília, DF.

## INTRODUÇÃO

A assistência humanizada ao parto de risco habitual vem sendo objeto de diversas discussões tanto no âmbito nacional como no âmbito internacional. A questão da mudança de modelo biomédico vigente tem sido um desafio há décadas no Brasil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) brasileiro têm recomendado práticas da humanização do cuidado, segurança e qualidade em relação ao parto e nascimento, também chamadas de “boas práticas”<sup>(1)</sup>.

Em 1996, as boas práticas de atenção ao parto de risco habitual foram divulgadas como recomendações da OMS<sup>(2)</sup>. No ano de 2000, o MS reafirmou a importância dessas práticas com a divulgação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria/GM n.º 569<sup>(3)</sup>. Em 2011, as mesmas boas práticas de atenção ao parto foram novamente publicadas e reforçadas pela atual política materno-infantil intitulada Rede Cegonha<sup>(4)</sup>.

As boas práticas de atenção ao parto de risco habitual envolvem ações de humanização da assistência à parturiente, como, por exemplo: oferta de líquidos, orientação e educação em saúde, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, monitoramento fetal, estímulo às posições verticalizadas, movimentação durante o trabalho de parto, contato pele a pele entre mãe e filho, amamentação precoce, entre outras ações<sup>(2-4)</sup>.

Nesse contexto, entende-se por humanização da saúde as competências técnicas e científicas de acordo com os princípios éticos, as quais são somadas e reconhecidas para a melhoria do atendimento e do planejamento do cuidado individualizado<sup>(5-6)</sup>.

Entretanto, percebe-se que para os profissionais que atuam no cenário da assistência ao parto a atual política de humanização se contrapõe ao modelo biomédico obstétrico vigente, sendo este geralmente fundamentado a partir do autoritarismo, do não incentivo à autonomia e do protagonismo da gestante. Isso resulta em práticas obstétricas intervencionistas, medicalizadas e tecnológicas, em que a assistência obstétrica é medicocentrada<sup>(7-8)</sup>.

Dessa forma, são muitos os esforços para promover e consolidar as práticas de humanização. Profissionais de diversas categorias, especialmente os enfermeiros obstetras, têm aderido e disseminado as boas práticas de atenção ao parto, buscando promover uma assistência de qualidade e segura para gestantes<sup>(8-9)</sup>.

A Rede Cegonha, atual estratégia política ministerial, estimula e promove a atuação do enfermeiro obstetra por meio da ampliação das casas de parto, centros de parto normal e incentivo à formação desse profissional por meio dos programas de residência de enfermagem obstétrica. Entretanto, conflitos têm acontecido devido à categoria

médica sentir seu espaço expropriado pela mudança de papéis e poderes na cena do parto, onde o enfermeiro obstetra, com atuação legitimada pelas políticas públicas, constitui importante estratégia para promover a humanização em um espaço no qual ainda persiste a hegemonia médica, condutas intervencionistas e elevados índices de cesárea<sup>(4,8,10-11)</sup>.

O Brasil é considerado o líder mundial na realização da cesárea. Pelos dados do MS, o número de nascimentos por cesarianas no Brasil cresceu de 38,7% em 2002 para 55,7% em 2012<sup>(11)</sup>. Com isso, observa-se que as boas práticas ainda não foram internalizadas pelos profissionais de saúde, além de que o contingente de enfermeiros obstetras ainda é incipiente, pois a estimativa do número de profissionais da categoria no Brasil é de no máximo 10.000<sup>(10)</sup>. Dessa forma, é fundamental o estímulo à formação de mais profissionais. A OMS recomenda no mínimo uma parteira qualificada para cada 125 nascimentos ao ano. Para isso, o Brasil deveria possuir ao menos 23.000 obstetras/ou EOs<sup>(10)</sup>. Acredita-se que devido à humanização na sua formação não ser intervencionista, os EOs podem contribuir efetivamente para a mudança de modelo, redução das cesáreas e da inserção das boas práticas de assistência ao parto<sup>(10-11)</sup>.

Assim, objetivou-se conhecer as percepções, vivências e experiências de residentes de Enfermagem Obstétrica acerca da assistência humanizada pautadas nas boas práticas de atenção ao parto de risco habitual.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, abordagem na investigação qualitativa<sup>(12)</sup>. Os participantes foram 10 residentes de enfermagem obstétrica do primeiro e segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. As residentes realizaram suas práticas no centro obstétrico e concordaram em participar voluntariamente do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra intencional foi determinada por saturação dos relatos obtidos a partir da análise dos dados<sup>(13)</sup>. Cada entrevista teve duração média de 20 minutos, todas gravadas em gravador digital, e em seguida ouvidas e transcritas de forma integral. Para preservar a identificação das participantes, utilizou-se a letra R para a identificação das falas, com as respectivas numerações subsequentes.

A coleta de dados foi realizada de maio a agosto de 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovação parecer 1.525.857 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 55350816.8.0000.5553. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado desenvolvido exclusivamente para este estudo.

A partir da coleta, leitura e transcrição, procedeu-se à



aplicação da análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>(14)</sup>. Esse processo seguiu-se as três etapas distintas: a primeira consistiu na organização dos depoimentos, realizada a identificação das verbalizações, temas, categorias; segunda consistiu na comparação da análise feita na etapa anterior, exploração desse material por meio da classificação e codificação dos dados, recortando as unidades de análise; e a última etapa consistiu no agrupamento dos dados obtidos, interpretação desses resultados, elaboração das sínteses que emergiram das entrevistas, o que permitiu realizar as interpretações acerca do conteúdo dos relatos

Para manter o rigor no estudo, foi utilizada a lista de critérios consolidados para o *Reporting* Pesquisa Qualitativa (COREQ) como ferramenta de apoio. Esse é constituído por 32 itens de verificação com relação à equipe de pesquisa, o projeto de pesquisa e análise dos dados em relação a métodos de pesquisa qualitativa<sup>(15)</sup>.

## RESULTADOS

A pesquisa foi conduzida com 10 residentes de enfermagem obstétrica, sendo todos do sexo feminino, faixa etária entre 21 a 28 anos. Duas possuem pós-graduação prévia em áreas afins. Tempo de formada entre um e cinco anos. Nenhuma delas trabalhou anteriormente na área de obstetria. Referente à categorização e à interpretação dos discursos, emergiram três categorias de análise, a seguir: Cumprimento e entendimento das boas práticas de atenção ao parto; Benefícios das boas práticas de atenção ao parto; Desafios identificados no cenário para o cumprimento das boas práticas na atenção ao parto.

**Categoria 1:** Cumprimento e entendimento das boas práticas de atenção ao parto

Verificou-se, a partir dos relatos transcritos, que as residentes realizam e compreendem em que consistem as boas práticas durante a assistência ao parto. Ressalta-se que o entendimento das boas práticas é adquirido por meio de embasamento científico, como observamos nos relatos seguintes: *“São práticas evidenciadas cientificamente que contribuem positivamente para o processo parturitivo e para o parto e pós-parto [...]”*(R2); *“[...] Procuo [...] facilitar o trabalho de parto, estímulo o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida”*(R6).

**Categoria 2:** Benefícios das boas práticas de atenção ao parto

Para essa categoria temática, cerca de oito participantes relataram que as principais vantagens da utilização das boas práticas consistem no incentivo ao protagonismo, ao empoderamento da parturiente, melhoria e confiança na relação interpessoal entre a parturiente e os membros da equipe, índices satisfatórios da vitalidade fetal após o

nascimento e redução da duração do trabalho de parto; os quais são desfechos positivos e marcantes para a mulher, sendo esses fatos expressos em suas falas: *“Com certeza eu vejo benefícios diversos, primeiramente é o empoderamento da mulher [...], ela fica bastante tranquila, trabalho de parto tende a evoluir mais tranquilo também e o bebezinho nasce muitas vezes mais sereno, bem tranquilo. Eu acredito que os benefícios vão além, para a família toda, né!”* (R1); *“Eu percebo que as boas práticas promovem um protagonismo da mulher, oferece conforto, segurança, confiança com o profissional, percebo que [...] partos que evoluem de uma forma mais tranquila, com menos intercorrências, bebês nascem com valor de Apgar maior e um relato de desfecho positivo na vivência da mulher”* (R3); *“[...] da mulher se sentir melhor, eu acho que esse é o benefício, dela ter uma boa lembrança em relação ao parto [...]”* (R7).

**Categoria 3:** Desafios identificados no cenário para o cumprimento das boas práticas na atenção ao parto

Com relação aos desafios encontrados para a realização das boas práticas na atenção ao parto, todas as residentes expressaram opiniões semelhantes, apontando as dificuldades do trabalho em equipe, a carência de recursos materiais, infraestrutura adequada e a falta de preceptores em alguns campos de atuação: *“[...] Temos a estrutura física que não favorece a privacidade da mulher, temos a falta de recursos. Outro ponto também é a resistência dos outros profissionais, os médicos em respeitar essas práticas”* (R1); *“A falta de preceptores no setor, a equipe da enfermagem ou da medicina, que em muitos lugares não dão abertura para a atuação do residente”* (R2); *“Eu encontro desafios normalmente em relação aos médicos que não apoiam e não compreendem as práticas que eu realizo.”* (R3); *“Às vezes, encontro resistência de outros profissionais ou barreiras institucionais, espaço físico, rotinas e falta de protocolos que dificultam a realização dessas práticas”* (R6).

## DISCUSSÃO

Compreender e utilizar as boas práticas implica reduzir com maior impacto a morbi-mortalidade materna e neonatal por meio de ações embasadas em evidências científicas e práticas humanizadas. Em contrapartida, a não adesão significa negligência e iatrogenia no cuidado por parte do profissional que atende a gestante, já que essas práticas são classificadas como eficazes e devem ser estimuladas<sup>(3)</sup>.

A utilização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento se propõe a acolher as mulheres com dignidade, respeito, atendimento apropriado e singular, buscando o seu protagonismo, isto é, ser capaz de conduzir seu próprio parto, a criação do vínculo mãe-filho<sup>(16)</sup>. Logo, humanizar a assistência ao nascimento envolve mudanças de atitudes,

tornando o nascimento um evento familiar e um processo fisiológico.

Neste estudo, foi frequente a fala das participantes com referência à importância de maior autonomia da gestante durante o trabalho de parto e a melhor adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Estudo comprova os benefícios que ocorrem quando a mulher protagoniza o seu processo parturitivo obedecendo instintivamente ao mecanismo fisiológico para qual o corpo feminino foi preparado<sup>(17)</sup>.

Durante a assistência à parturiente, o enfermeiro deve instituir condutas embasadas cientificamente que valorizem o processo fisiológico do nascimento e parto, assim como o incentivo e a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, evitando intervenções desnecessárias e empenhando-se para que a parturiente e sua rede de apoio, composta por familiares, doulas e acompanhantes, tenham uma experiência do parto positiva<sup>(18-19)</sup>.

Uma revisão sistemática publicada pela biblioteca Cochrane, avaliando 22 ensaios clínicos envolvendo um total de 15.288 mulheres, com o objetivo de observar os efeitos do apoio contínuo individual durante o período intraparto, trouxe como resultados: aumento no número de partos vaginais espontâneos, diminuição do uso de analgesia intraparto, menor percepção negativa da mulher sobre a experiência do parto, diminuição no número de cesáreas, redução da utilização de analgesia regional e diminuição do número de recém-nascidos (RN) com apagar menor que cinco<sup>(20)</sup>.

O direito à presença do acompanhante durante o processo parturitivo, sendo de livre escolha da mulher, deve ser estimulado. Estudos demonstram que entre as atividades realizadas por eles estão as medidas de conforto físico e de apoio emocional, como: massagens, deambulação, oferta de líquidos/alimentos, incentivo a posições verticalizadas e utilização de exercícios respiratórios<sup>(21-22)</sup>.

Referente aos desafios vivenciados para a prática de uma assistência humanizada, alguns estudos citam a resistência por parte dos profissionais médicos, razão pela qual é importante que ocorra a sensibilização de outras categorias profissionais para que o processo de parturição seja realizado de forma humana, holística e multiprofissional, tendo como objetivo uma equipe centrada, qualificada e unida, tendo cada

uma sua competência em serviço<sup>(17,18,23)</sup>.

Com relação aos conflitos evidenciados entre as categorias médicas e de enfermagem, a humanização como legitimidade profissional implica em um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função exclusiva, no parto normal, do médico obstetra para a enfermeira obstetra, legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. Desloca também o local do parto, do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto, a exemplo dos modelos europeu e japonês de assistência<sup>(24)</sup>.

Assim, o cenário do parto hospitalar torna-se um ambiente em que a integração da equipe multiprofissional, em especial dos médicos obstetras e os enfermeiros obstetras, que por vezes divergem nas condutas, segue mão contrária a dos princípios norteadores da política de humanização.

Referente à estrutura física deficiente e à falta de protocolos relatados, dentre os desafios enfrentados para a assistência de qualidade à parturiente no sistema de saúde estão as precárias condições de trabalho, como o sucateamento da estrutura física e dos materiais. Tais barreiras colaboram para uma precária assistência, sendo necessária uma reorganização dos serviços, bem como a revisão e incorporação de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade<sup>(10,16)</sup>.

No que se refere à carência de profissionais para o acompanhamento

da preceptoria, outros achados científicos corroboram os resultados deste estudo. Em pesquisa conduzida com 19 residentes egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 2014, foram referidas dificuldades vivenciadas durante o programa de residência. Em torno de 21% das residentes apontaram a falta de acompanhamento dos preceptores durante suas atividades práticas<sup>(25)</sup>.

## CONCLUSÃO

Compreender e utilizar as boas práticas de assistência ao parto de risco habitual significa promover o processo parturitivo por meio de uma assistência com menor grau de intervenção, buscando estimular a autonomia da mulher e o respeito a sua fisiologia com vistas à segurança e à redução da morbimortalidade materna e neonatal.

*“Durante a assistência à parturiente, o enfermeiro deve instituir condutas embasadas cientificamente que valorizem o processo fisiológico do nascimento e parto”*

Neste estudo, constatou-se que as residentes reconheceram a importância da utilização das boas práticas de assistência ao parto de risco habitual, demonstraram possuir embasamento teórico e humanização, apoiando-se nas melhores evidências científicas com destaque para o emprego de métodos não farmacológicos para alívio da dor, amamentação precoce, o incentivo à presença do acompanhante, o livre posicionamento, estímulo a posições verticalizadas e o contato pele a pele.

Contudo, os achados deste estudo evidenciaram desafios

para o cumprimento das boas práticas, representados pelas dificuldades proporcionadas pelo ambiente e entre as categorias profissionais que assistem o nascimento, como anteriormente mencionado.

Diante do exposto, espera-se, como desdobramento positivo deste estudo, que maior atenção seja dispensada às demandas da residência de enfermagem obstétrica pela importância que esta representa para a sustentação de um modelo de assistência à saúde em sintonia com as boas práticas de atenção ao parto.

## REFERÊNCIAS

- Fujita JALM, Shimo AKK. Parto humanizado: experiência no Sistema Único de Saúde. *Rev Min Enferm.* 2014;18(4):1006-10.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Maternidade segura – Assistência ao parto normal: um guia prático.* Genebra: OMS; 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 8 jun 2000; Seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 27 jun. 2011; Seção 1.
- Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2013;22(3):629-36.
- Camacho KG, Progianni JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev Eletr Enferm.* 2013;15(3):648-55.
- Velasque EAG, Pradebon VM, Cabral FB. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *Rev Enferm UFMS.* 2011;1(1):80-7.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. *Diário Oficial da União*, 8 jan 2015; Seção I.
- Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro. *Rev Saúde Colet.* 2012;22(1):35-52.
- Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2013;18(4):1059-68.
- Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):304-13.
- Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 30ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. saúde pública.* 2008 jan; 24(1): 17-20.
- Bardin L. *Análise de conteúdo.* 5. ed. Brasil: Edições 70; 2009.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-57. doi: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>
- Pereira SS, Oliveira ICMS, Santos JBS, Carvalho MCMP. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Actas de Saude Colet.* 2016;10(3):199-213.
- Guedes GW, Sousa MNA, Lima TNFA, Lima MNFA, Davim RMB, Costa TS. Conhecimentos de gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta pré-natal. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(10):3860-7.
- Amorim T, Gualda DMR. Coadjuvante das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. *Rev Rene.* 2011;12(4):833-40.
- Silva U, Fernandes BM, Paes MSL, Souza MD, Duque DAA. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(4):1273-9.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.
- Alves MC, Brüggemann OM, Bampi RR, Godinho VG. Apoio a parturiente por acompanhante de sua escolha em uma maternidade escola. *Rev Fundam Care.* 2013;5(3):153-64.
- SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):1-9
- Oliveira JDG, Campos TNC, Souza FMLC, Davim RMB, Dantas JC. Percepção de enfermeiros obstetras na assistência a parturiente. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(10):3868-75.
- Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet.* 2005;10(3):627-37.
- Pereira ALF, Nicácio MC. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. *Rev de Enferm UERJ.* 2014;22(1):50-6.

# A FORMAÇÃO DE PESQUISADORES NA TEMÁTICA DA SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM

Fábio José Silva<sup>1</sup>, Ana Paula Pelegrini Ratier<sup>2</sup>, Vanda Elisa Andres Felli<sup>3</sup>, Renata Santos Tito<sup>4</sup>, Patrícia Campos Pavan Baptista<sup>4</sup>

Objetivo: verificar a formação máxima dos pesquisadores promovida por um grupo de pesquisa. Metodologia: estudo documental, descritivo de abordagem quantitativa, realizado com participantes do grupo de estudos sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem e saúde (GESTES). Foram coletados dados do período de 1997 a 2014, por meio de busca *online* de currículo *lattes* dos membros e submetidos à análise estatística descritiva. Resultados: participaram do grupo 50 mulheres e seis homens. Aproximadamente 40% dos integrantes concluíram a graduação, 36% o mestrado, 14% o doutorado e 4% o pós-doutorado. Identificou-se a alta inserção dos doutores e dos mestres em instituições de ensino superior, tanto públicas como privadas. Ainda, verificou-se que a formação de mestres e doutores é dependente dos recursos humanos disponibilizados pelo programa de pós-graduação, como orientadores. Conclusão: o grupo cumpriu a sua finalidade, tanto em relação à formação numérica de pesquisadores, quanto à promoção da sua inserção em universidades.

**Descritores:** Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Saúde do Trabalhador, Pesquisa em Enfermagem, Grupos de Pesquisa.

## THE TRAINING OF RESEARCHERS IN THE ISSUE OF HEALTH OF THE WORKING NURSE

Objective: to evaluate the highest training level of researchers of a research group. Methodology: documentary and descriptive study, with participants from the study group on the health of nursing and health workers (GESTES). From 1997 to 2014, data were collected through on-line search of members' *lattes* curriculum and submitted to descriptive statistical analysis. Results: Fifty women and six men participated in GESTES in this period. Approximately 40% of the members concluded undergraduate level, followed by masters (36%) and doctors (14%) degrees. Both doctors and masters are dedicated to higher education in public or private universities. The qualification of masters and doctors is dependent on the human resources available by the pos-graduate program and mentors. Conclusion: GESTES fulfilled its purpose, in regards to the training of a considerable number of researches and in the promotion of their inclusion in universities.

**Descriptors:** Health Human Resource Training, Occupational Health, Nursing Research, Research Group.

## LA FORMACIÓN DE INVESTIGADORES EN LA TEMÁTICA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR DE ENFERMERÍA

Objetivo: evaluar las especificaciones de la planta física de los lugares de almacenamiento de residuos químicos peligrosos generados en hospital. Metodología: Investigación descriptiva realizada en el Hospital Universitario de la Universidad de São Paulo. La recolección de datos se realizó mediante Hoja de Información de Gestión de Residuos Químicos Peligrosos. Resultados: Los datos mostraron que 11 especificaciones, 7 (63.63%) del almacenamiento interno no estaba en conformidad y 6 (54.54%) cumplían los requisitos de almacenamiento externo. Los resultados también mostraron los aspectos que deben ser revisados por el Hospital, como la adecuación de la planta física, los lugares de almacenamiento de residuos químicos peligrosos, en espera del transporte externo. También fueron ofrecidas directrices como normas para la construcción de depósitos, apoyo al Plan de Gestión de Residuos Químicos Peligrosos. Conclusión: Con el Plan se hizo posible la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo y a la promoción de la salud humana y ambiental, como factores de sostenibilidad en el sector salud hospitalario.

**Descriptores:** Capacitación de Recursos Humanos en Salud, Salud Laboral, Investigación en Enfermería, Grupos de Investigación.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutor em Ciências. Servidor Hospital Universitário da Universidade de São Paulo-USP.

<sup>2</sup>Terapeuta Ocupacional. Mestre em Ciências. Servidora do Hospital Universitário da USP.

<sup>3</sup>Enfermeira. Livre Docente. Professora da Escola da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: vandaeli@usp.br

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre em Ciências. Servidora do Instituto do Coração.



## INTRODUÇÃO

Desde o início da pós-graduação em enfermagem, no Brasil, na década de 1970<sup>(1)</sup>, a evolução do conhecimento técnico-científico na área da enfermagem tem demonstrado a execução de práticas assistenciais especializadas e embasadas em evidências científicas, oriundas de avanços no campo da pesquisa<sup>(2)</sup>. O desenvolvimento da enfermagem no campo da pesquisa científica tem sido respaldado pelos resultados de projetos realizados por grupos de pesquisa (GP), vinculados aos diversos programas de pós-graduação em enfermagem<sup>(3)</sup>.

Os GP, compostos por equipes de pesquisadores titulados ou em formação, contribuem para o fortalecimento da enfermagem como ciência e profissão. É a produção científica, gerada pelas pesquisas, que permite o aprofundamento e a consolidação do conhecimento, direcionando os profissionais para práticas mais qualificadas, repercutindo em maior visibilidade à profissão<sup>(4)</sup>.

Nessa realidade, percebemos o crescente número de pesquisas relacionadas à temática saúde do trabalhador de enfermagem, desde a primeira tese defendida no país<sup>(5)</sup> e, mais recentemente, na sua interface com a segurança do paciente. Isso porque considera-se que o bem-estar biopsíquico do trabalhador impacta fortemente na qualidade da assistência prestada e, portanto, na segurança do paciente<sup>(6)</sup>.

Nessa concepção, constatamos o surgimento e o crescimento de grupos de pesquisadores que se propõem a aprofundar estudos sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. Como resultados dos estudos, verifica-se também o incremento dos estudos que propõem a implementação de estratégias protetoras da saúde dos trabalhadores de enfermagem, visando proporcionar-lhes melhor qualidade de vida, ascensão na carreira e, conseqüentemente, melhor produtividade<sup>(3)</sup>.

Aliados à geração de conhecimento em áreas específicas, os grupos de pesquisa constituem a porta de entrada para a formação de pesquisadores, em todos os níveis de formação, ou seja, doutores, mestres, alunos de especialização e de iniciação científica. Os GP têm participação fundamental na formação de recursos humanos com importante contribuição, tanto no ensino, como na pesquisa. O crescimento dos grupos de pesquisa no Brasil demonstra contributos de inovação à ciência e tecnologia, à medida que também dão suporte à evolução dos programas de pós-graduação. Na enfermagem, os GPs demandam maior inclusão dos alunos de graduação, reforçando as estratégias de formação, tanto para a atuação na área assistencial, como no ensino e pesquisa em enfermagem<sup>(4,7-9)</sup>.

Portanto, no intuito de aprofundarmos o conhecimento

e dar visibilidade aos produtos relativos à formação nessa temática pelo grupo intitulado "Grupo de Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem (GESTE)", este estudo foi realizado com o objetivo verificar a formação máxima dos pesquisadores promovida pelo grupo de pesquisa.

## METODOLOGIA

O estudo, do tipo documental, descritivo e de abordagem quantitativa, buscou verificar a formação dos pesquisadores do GESTE. Esse grupo é vinculado ao Programa de Pós Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, do Departamento de Orientação Profissional, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. O grupo está inscrito no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Foram identificados 56 membros do Grupo, formados no período de 1997 a 2014, por meio das 261 publicações científicas. Essas publicações consistiram em livros, capítulos de livros, teses, dissertações e resumos em anais de congresso, trabalhos de conclusão de curso (TCC), monografias de iniciação científica (IC), monografias de especialização (ME), dissertações de mestrado (M), teses de doutorado (D) e de pós-doutorado (PD).

A coleta de dados foi realizada por meio de busca *online*, durante o ano de 2015, nos currículos *Lattes* dos membros que participaram do GESTE, desde seu surgimento, em 1997, até 2014. Foi considerada a maior titulação do pesquisador e a produção científica sobre a temática saúde do trabalhador, durante sua participação no grupo.

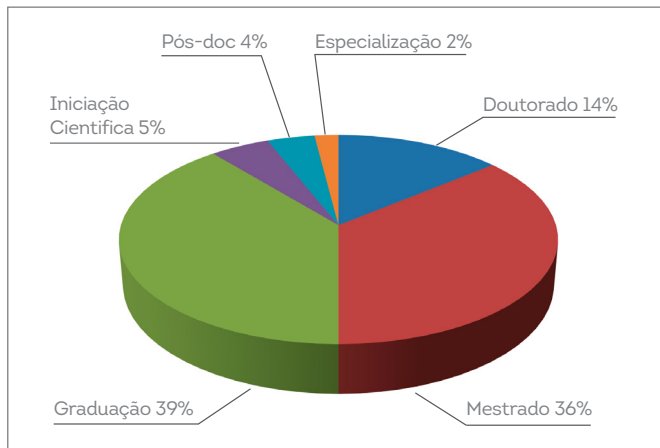
Os dados foram inseridos em planilha Excel®, sistematizados e analisados estatisticamente utilizando-se frequência relativa e absoluta. Após a análise, os resultados foram apresentados em gráficos para posterior discussão.

Os dados relativos à formação dos membros participantes do GESTE foram identificados por meio de buscas *online* de informação de domínio público, não sendo necessária a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido e a submissão do projeto ao Comitê de Ética.

## RESULTADOS

Desde o início de sua formação, o grupo contou com 56 participantes. Desses, seis são homens e 50 são mulheres, totalizando 89% de participantes do sexo feminino. Com relação à formação na graduação, aproximadamente 95% dos participantes eram enfermeiros e 5% dos participantes eram graduados em terapia ocupacional, fisioterapia e biologia.

Com relação ao grau máximo de formação acadêmica dos participantes do grupo, temos o gráfico a seguir:

**Gráfico 1** – Grau máximo de formação acadêmica dos membros do grupo. São Paulo, 2015.

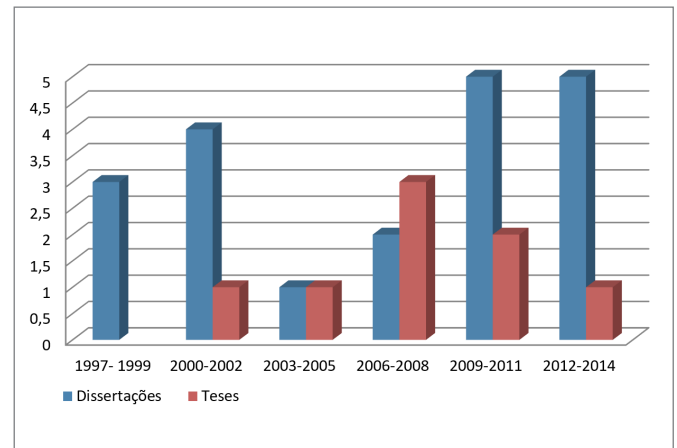
Fonte: Elaborado pelo autor

Verifica-se no gráfico acima que apenas dois membros do grupo (4%) obtiveram formação no pós-doutorado. Ao descrevermos as porcentagens mais significativas, notamos que quase 40% dos integrantes desse GP concluiu a graduação, seguidos daqueles que obtiveram titulação de mestres, que contabilizaram 36% dos participantes. Ainda, concluíram o doutorado 14% dos membros, iniciação científica 5% e especialização 2%.

Com relação à inserção no mercado de trabalho, após a titulação, observamos que dois membros com pós-doutorado estão inseridos, como docentes, em universidades públicas. Dos oito membros, com título de Doutor, que trabalham como docentes no ensino superior de Enfermagem, seis lecionam em universidades federais, um em universidade estadual e um em uma faculdade privada. Notamos uma tendência dos participantes com maior graduação em partirem para o ensino superior em instituições públicas, em que, para o ingresso, exige-se o título de Doutor.

Dos integrantes do grupo com título de Mestre, nove atuam na área acadêmica, inseridos na docência em faculdades e/ou universidades privadas; sete integrantes trabalham na área assistencial. Desses, cinco prestam serviço em hospitais universitários ou vinculados a instituições de ensino: dois dos integrantes acumulam dois vínculos, sendo um assistencial e outro de professor em nível médio e superior. Um membro atua apenas como pesquisador e dois membros não têm mais contato com o grupo de pesquisa, não tendo sido encontrados seus dados.

Considerando a pós-graduação *stricto sensu*, o gráfico a seguir mostra a frequência de formação de mestres e doutores no decorrer do período, por meio das teses e dissertações defendidas.

**Gráfico 2** – Formação *stricto sensu* dos membros do grupo. São Paulo, 2015.

Fonte: Elaborado pelo autor

O gráfico permite observar a irregularidade na formação de mestres e doutores. No período de 1997 a 1999, houve formação somente de mestres, sendo que o primeiro título de doutor surge no segundo triênio, entre 2000 e 2002. No período de 2003 a 2005, a formação de ambos se iguala e nos períodos seguintes a formação de doutores é incrementada, enquanto a formação de mestres diminui.

## DISCUSSÃO

Uma das maneiras dos pesquisadores obterem uma formação consistente em pesquisa, em um dado campo de estudo, é a sua participação ativa em GP, considerando que neles ocorre o encontro fecundo do saber científico com os aspectos práticos vivenciados no cotidiano dos diversos pesquisadores<sup>(10)</sup>.

A respeito do GP em questão, percebemos que a predominância de participantes do gênero feminino se assemelha ao perfil da enfermagem no cenário nacional<sup>(11)</sup>. Isso decorre do fato dos pesquisadores estarem inseridos em profissões tipicamente femininas como enfermagem e docência. Leva-se em consideração que o GP tem sua criação e operação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP), instituição que agrega as duas profissões. Além dessa questão, notamos interesse dos graduados em dar continuidade à formação acadêmica, visto o vínculo já estabelecido com os membros do grupo, conhecendo suas linhas de pesquisa.

O corpo docente nos grupos de pesquisa é considerado como a base de sustentação na construção e materialização de conhecimento em pesquisa. É graças a ele que a evolução do saber científico ocorre, na medida em que se atribui aos docentes a orientação, o compartilhamento e a difusão do

conhecimento juntamente com seus membros. Tal aspecto evidencia a relevância do docente como sujeito que contribui para a evolução da ciência e tecnologia, cumprindo com sua responsabilidade social frente aos investimentos recebidos pelos órgãos de fomento em pesquisa<sup>(12)</sup>.

Referente ao grau máximo de formação dos participantes desse GP, notamos neste estudo que ainda se formam mais mestres do que doutores e a oferta de vagas para mestrado nos programas de pós-graduação em enfermagem também é maior do que as vagas para doutorado<sup>(13)</sup>. Isso porque, muitas vezes, a formação dos mestres segue a formação de doutores. Mesmo assim, a formação dos doutores é crescente nos últimos biênios, uma vez que é crescente a formação de recursos humanos, ou seja, orientadores dos programas de pós-graduação que podem assumir essa orientação. Essa realidade mostra a importância para a maior titulação de doutores, considerada requisito para concurso e inserção em universidades públicas. Notamos que a maioria dos doutores são absorvidos nessas instituições, compondo, assim, 85% do seu corpo docente<sup>(14)</sup>.

A formação de mestres e doutores, ainda, é estabelecida nos programas de pós-graduação, em decorrência da sua avaliação e qualificação, segundo critérios estabelecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Considera-se, ainda, que os cursos de doutoramento no país são relativamente recentes e os mestrados mais antigos, instituídos na década de 1970<sup>(1)</sup>.

Inferimos que uma das razões para o maior número de mestres esteja também relacionado ao menor dispêndio de tempo para a conclusão do curso, tornando-se, assim, uma opção mais viável para o estudante. Além disso, na maior parte das instituições de ensino, constitui curso precedente ao ingresso no doutorado.

Com relação aos mestres, mais da metade deles já ingressou em atividades docentes em instituições privadas, que permitem sua contratação sem título de doutor. A maioria dos mestres que se encontra na área assistencial atua em hospitais universitários e/ou instituições de ensino, onde desenvolvem atividades de supervisão em estágios de graduação e preceptoria em programas de residência. Tal aspecto evidencia que a titulação de mestres promove o crescimento profissional no seu local trabalho e confirma a tendência de que a pós-graduação *stricto sensu* também potencializa a formação do trabalhador da área de assistência, contribuindo para tornar sua prática mais reflexiva, inovadora e de melhor qualidade quando agregada aos conhecimentos advindos da pesquisa e da formação na academia<sup>(2,13)</sup>.

Além disso, o crescimento profissional, como

consequência dessa titulação, pode ser entendido como valorização do nível de conhecimento do trabalhador, trazendo-lhe assim mais motivação em seu ambiente laboral. Vale lembrar que, se sentindo reconhecido e motivado, o trabalhador de enfermagem percebe a importância do seu esforço, mesmo em situações de desgaste<sup>(15)</sup>.

Com base no perfil e evolução na carreira dos integrantes do grupo, observamos a potencialidade do grupo em contribuir não só para o desenvolvimento acadêmico, mas também para a formação de líderes assistenciais, considerando que a produção de conhecimento lhes oferece subsídios para desenvolver atividades de ensino, agregadas à assistência, tornando-os referências em conhecimento técnico-científico para os demais membros da equipe de enfermagem<sup>(16)</sup>.

Também, há, no grupo de pesquisa, a intenção de contribuir com o processo de formação dos enfermeiros, por meio da inserção de alunos de graduação em iniciação científica, desenvolvendo seus TCC. Considera-se desejável a capacidade de proporcionar múltiplos olhares para os diversos cenários a partir de um GP composto também por alunos de graduação<sup>(17)</sup>. O GP proporciona o fortalecimento do elo pesquisa-ensino, quando a inserção do aluno ocorre desde o período de graduação<sup>(8)</sup>.

Em um GP, deve ser valorizada a presença de pesquisadores de diversos níveis de formação, considerando que essa heterogeneidade de saberes proporciona uma aprendizagem mais abrangente. Dessa forma, o GP começa a adquirir uma identidade própria que desenvolve um pensamento crítico coletivo, gerando maior segurança e autonomia de pesquisa<sup>(10)</sup>.

Essa autonomia que se inicia em pesquisa é lapidada pela dinâmica do grupo, em que são discutidas as questões metodológicas, os referenciais teóricos, bem como o tratamento dos dados coletados, que são compartilhados entre alunos e pós-graduandos, atrelados à experiência trazida pelos docentes na liderança do grupo. A emancipação dos membros, futuros líderes de GPs, pode ser avaliada pelos docentes, considerando os focos de aprendizado em pesquisa, evidenciada pelo interesse, conhecimento do referencial e método, criatividade, trabalho em equipe e identidade adquirida<sup>(18)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os GPs e a formação nesse *locus* fortalece o papel do enfermeiro nas áreas acadêmica e assistencial. O avanço de conhecimento proporcionado pelo incremento na produção científica permite aos enfermeiros trilhar caminhos de maior qualificação e valoração em suas práticas, agregando maior visibilidade à profissão e possibilitando a disseminação do conhecimento adquirido em pesquisa.

Na área de saúde do trabalhador, a progressão na formação se reflete na criação e implementação de alternativas inovadoras para melhorias nas condições de trabalho e fora dele e, também, na formação de outros trabalhadores.

Os achados deste estudo corroboram com a literatura, em que predominam nos GPs mulheres que, com as maiores titulações, optaram por dedicar-se ao ensino, seja em sala de aula ou em campo. Ainda, são extremamente valorizadas as participações de alunos de graduação, de modo a manter

a continuidade no processo de ensino-aprendizagem em pesquisa e assegurar vanguardismo, qualidade e avanço nos elos entre assistência e pesquisa.

Em relação à absorção dos pesquisadores pelo mercado de trabalho, observamos o maior número de doutores nas instituições públicas de ensino, enquanto que os mestres atuam, em sua maioria, em faculdades particulares ou em instituições hospitalares também vinculadas ao ensino e pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Scochi CGS, Munari DB, Gelbcke FL, Erdmann AL, Gutiérrez MGR, Rodrigues RAP. Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. *Rev Bras de Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Abr 23];6:680-89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700011)
2. Fortuna CM, Mishima SM. A pesquisa de enfermagem e a qualificação da assistência: algumas reflexões. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2012 [cited 2017 Abr 25];14(4):740-2. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/13408>
3. Godinho MR, Greco RM, Gonçalves AMC. Enfermagem e saúde do trabalhador: análise dos grupos de pesquisa. *Rev Rene* [Internet]. 2011 [cited 2017 Abr 25];12(4):825-32. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_html\\_site/a21v12n4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/a21v12n4.html)
4. Erdmann AL, Peiter CC, Lanzoni, GMM. Grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil: comparação dos perfis de 2006 e 2016. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mai 02];38(2):e69051. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.69051>
5. Silva SM, Telles ACM, Gallasch CH, Almeida MCS, Baptista PCP, Felli VEA. Temáticas investigadas pelo Grupo de Estudos sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem e Saúde. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 02];24(5):e22974. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/22974>
6. Baptista PCP, Pustiglione M, Almeida MCS, Felli VEA, Garzin ACA, Melleiro MM. Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mai 05];49(Esp2):122-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0122.pdf>
7. Soares MI, Resck ZMR, Camelo SHH, Lima GS. A pesquisa como fio condutor para a produção do cuidado em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mai 05];6(1):591-605. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13755/9689>
8. Azevedo DM, Holanda CSM, Costa RKS. A importância do grupo de pesquisa na formação em enfermagem: uma experiência na graduação. *Saúde transform soc* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mai 15];4(1):1-2. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saude-transformacao/article/view/1992/2488>
9. Araújo AML, Moraes HCC, Vasconcelos HCA, Rabelo JC, Santos RXL, Holanda RE. A pesquisa científica na graduação em enfermagem e sua importância na formação profissional. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mai 15];9(9):9180-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10716/11800>
10. Justina LAD, Caldeira AMA. A pesquisa de iniciação científica como espaço de formação inicial de professores e pesquisadores de Biologia. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mai 18];7(2):1-12. Available from: <http://www.scielo.org.ar/img/revistas/reiec/v7n2/html/v7n2a01.htm>
11. Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wemlinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 20];7(spe):09-14. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>
12. Oliveira AC, Ferreira MA. O papel estratégico do corpo docente nos programas de pós-graduação. *Esc Anna Nery* (imp.) [Internet]. 2011 [cited 2017 Mai 25];15(2):227-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/en\\_v15n2a01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/en_v15n2a01.pdf)
13. Erdmann AL. Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2017 Mai 25];22(spe1):551-3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/21.pdf>
14. Cunha MI, Zanchet BBA, Ribeiro GM. Qualidade do ensino de graduação: culturas, valores e seleção de professores. *Práxis Educativa* [Internet]. 2013 [cited 2017 Mai 31];8(1):219-41. Available from: <http://177.101.17.124/index.php/praxiseducativa/article/view/5377/3476>
15. Corral-Mulato S, Bueno, SMV. Carreira docente de enfermagem: escolhas e significados arq. *Cienc. Saúde UNIPAR* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 05];18( 3):169-172. Available from: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5192/3004>
16. Andrade D, Alves MB, Gobo DC, Silva EA, Baia WRM. Implantação do Modelo Enfermeiro Referência "Primary Nursing" em um Hospital Público Oncológico no Estado de São Paulo. *Blucher Medical Proceedings* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 10];1(2):64. Available from: <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/implantao-do-modelo-enfermeiro-referencia-primary-nursing-em-um-hospital-pblico-oncolgico-no-estado-de-so-paulo-9485>
17. Erdmann AL, Mello, Ferreira AL, Andrade SR, Klock P. Funcionalidade dos Grupos de Pesquisa de Administração/Gestão/ Gerência de Enfermagem. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 20];11(2):19-26. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2\\_html\\_site/a02v11n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/a02v11n2.htm)
18. Teixeira LA, Passos MM, Arruda SM. A formação de pesquisadores em um grupo de pesquisa em Educação em Ciências e Matemática. *Ciênc. Educ* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 25];21(2):525-41. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=251038426016>



# DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O COMPONENTE SENTIDOS DA TEORIA DE ROY, APLICADOS A ADULTOS EM NEURORREABILITAÇÃO

Leonardo Tadeu de Andrade<sup>1</sup>, Telma Ribeiro Garcia<sup>2</sup>, Tânia Couto Machado Chianca<sup>1</sup>

**Objetivo:** elaborar e validar enunciados de diagnósticos e intervenções de enfermagem para o componente Sentidos do Modo Fisiológico de Roy, para pacientes adultos em neurorreabilitação. **Metodologia:** trata-se de estudo metodológico, que envolveu diferentes métodos de coleta, organização e análise de dados. **Resultados:** foram elaborados 18 diagnósticos de enfermagem, sendo validados 14 com suas respectivas intervenções de enfermagem. **Conclusão:** a construção de subconjuntos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem CIPE® nas diversas especialidades clínicas é uma necessidade e uma recomendação do Conselho Internacional de Enfermeiras.

**Descritores:** Dor, Enfermagem em Reabilitação, Diagnóstico de Enfermagem, Classificação.

## **NURSING DIAGNOSES AND INTERVENTIONS FOR THE SENSES COMPONENT OF ROY'S THEORY, APPLIED TO ADULTS IN NEUROREHABILITATION**

**Objective:** To elaborate and validate statements of nursing diagnoses and interventions for the component Senses of Physiological Mode of Roy's theory for patients in neurorehabilitation. **Methodology:** This is a methodological study, which involved different methods of data collection, organization and analysis. **Results:** 18 nursing diagnoses were elaborated and 14 were validated with their respective nursing interventions. **Conclusion:** The construction of subgroups of ICNP® nursing diagnoses, outcomes and interventions in the various clinical specialties is a necessity and a recommendation of the International Council of Nurses.

**Descriptors:** Pain, Rehabilitation Nursing, Nursing Diagnosis, Classification.

## **DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL COMPONENTE SENTIDOS DE LA TEORÍA DE ROY, APLICADOS A ADULTOS EN NEUROREHABILITACIÓN**

**Objetivo:** Desarrollar y validar los enunciados de diagnósticos e intervenciones de enfermería para el componente Sentidos del Modo fisiológico de la teoría de Roy, para pacientes adultos en neurorrehabilitación. **Metodología:** Se trata de un estudio metodológico, que involucró a diferentes métodos de recopilación, organización y análisis de datos. **Resultados:** fueron elaborados 18 diagnósticos de enfermería, de los cuales fueron validados 14 diagnósticos con sus respectivas intervenciones de enfermería. **Conclusión:** La construcción de los subconjuntos de diagnóstico, resultados e intervenciones de enfermería de la ICNP® en las diversas especialidades clínicas es una necesidad y una recomendación del Consejo Internacional de Enfermeras(os).

**Descriptor:** Dolor, Enfermería en Rehabilitación, Diagnóstico de Enfermería, Clasificación.

<sup>1</sup>Enfermeiro, Doutorando na Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, E-mail: leonardotad@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Paraíba - UFPB

<sup>3</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da UFMG.

## INTRODUÇÃO

O processo *Sentidos* do Modo Fisiológico de Roy tem um papel importante no processo de adaptação da pessoa, pois permite a pessoa interagir com o ambiente<sup>(1)</sup>. A sensação de dor é uma consideração muito importante nesse processo, pois ela é uma das principais causas de sofrimento humano. Dela resultam alterações biológicas e psicossociais, além de prejudicar o sono, trabalho, humor, concentração, relacionamentos, atividade física e sexual, ou seja, compromete a qualidade de vida das pessoas<sup>(1,2)</sup>.

A dor é cotidiana nas instituições de saúde e por ser um fenômeno cuja etiologia e manifestação são multidimensionais, ela necessita de abordagem e tratamento interdisciplinar<sup>(2,3)</sup>. Entender como ela ocorre e quais os estímulos que podem estar causando a dor dos pacientes em neuroreabilitação ajudam o enfermeiro a avaliar de forma mais eficaz a adaptação da pessoa<sup>(1)</sup>. Portanto, avaliar a dor constitui uma premissa na prática do enfermeiro, buscando um cuidado individualizado, a fim de aliviar a dor<sup>(4)</sup>.

Os enfermeiros atuam em face de diagnósticos e tratamento das respostas de indivíduos e grupos a problemas de saúde potenciais ou reais relativos a alterações da habilidade funcional e do estilo de vida<sup>(4)</sup>. Têm investido nos últimos anos, no desenvolvimento de teorias e modelos conceituais de enfermagem, pois estas norteiam o desvelar da natureza e da vida e embasam a construção do conhecimento da profissão. Seu uso auxilia no reconhecimento da realidade, definindo papéis e promovendo adequação e qualificação do desempenho profissional. Portanto, o Processo de Enfermagem (PE), fundamentado em uma Teoria de Enfermagem, adquire um caráter científico, facilitando a tomada de decisão do enfermeiro e conferindo-lhe uma prática segura e resolutiva<sup>(5)</sup>.

Um dos modelos conceituais mais utilizados na área da reabilitação é o Modelo de Adaptação de Roy, que tem como objetivo a promoção da adaptação da pessoa nos quatro modos de adaptação: fisiológico, autoconceito, interdependência e desempenho de papel, contribuindo, assim, para a reabilitação e qualidade de vida das pessoas<sup>(1)</sup>.

A orientação da prática clínica partindo do Modelo de Roy é possível, uma vez que este consegue orientar o PE. Ressalta-se que a utilização deliberada e sistemática de todas as etapas

do PE na assistência às pessoas em neuroreabilitação tem conferido ao enfermeiro maior visibilidade e reconhecimento profissional, e enriquecido seu conhecimento na neuroreabilitação, com a construção de um vocabulário específico para denominar os diagnósticos e intervenções de enfermagem que são próprios da sua prática<sup>(4, 6, 7)</sup>.

O uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) favorece a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados relacionados com a dor<sup>(5)</sup>. Atendendo recomendação do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), faz-se necessário desenvolver um grupo de enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE® para pacientes em neuroreabilitação, no componente *Sentidos*, a fim de planejar, executar e documentar os cuidados prestados a essa clientela com queixa de dor.

Este estudo é um recorte do projeto “Construção e Validação de um Catálogo CIPE® para a neuroreabilitação” e tem os objetivos de elaborar e validar enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o componente *Sentidos* do Modo Fisiológico de Roy, aplicados a pacientes em neuroreabilitação.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo metodológico, que envolveu diferentes métodos de coleta, organização e análise de dados, com os objetivos de elaborar e validar diagnósticos e intervenções de enfermagem da CIPE® para o componente *Sentidos* do Modo Fisiológico de Roy, para pacientes em neuroreabilitação<sup>(7)</sup>. O trabalho foi desenvolvido na Rede Sarah, unidade de Belo Horizonte - MG.

A pesquisa seguiu as linhas de orientação do CIE para a elaboração de um Catálogo CIPE®. Os enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem foram construídos com base em um banco de termos da reabilitação construído anteriormente<sup>(8)</sup>, a CIPE® versão 2015, tendo como referencial a norma ISO 18.104:2014 da Organização Internacional de Normalização<sup>(9)</sup>. Posteriormente, validou-se o conteúdo do Catálogo. Para finalizar, os enunciados foram organizados de acordo com os conceitos do Modelo de Roy, recortando-se, para este artigo, o componente *Sentidos* do Modo Fisiológico<sup>(10)</sup>.

Utilizou-se a validação de conteúdo, realizada por um

# “A pesquisa seguiu as linhas de orientação do CIE para a elaboração de um Catálogo CIPE”

grupo de juizes, *experts* na área do conhecimento desta pesquisa. Para a definição do tamanho amostral, adotou-se a fórmula levando em consideração a proporção final de sujeitos em relação à determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção:  $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P) / d$ , onde  $Z_{\alpha}$  é o nível de confiança, 95%,  $P$  é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência do componente dos enunciados, 85%, e  $d$  é a diferença de proporção considerada aceitável, 15%, com intervalo de 70 a 100% na referida concordância. O cálculo final foi  $n = 1,962 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,152$ , concluindo em um número amostral de 22 especialistas<sup>(11)</sup>.

Os critérios de inclusão dos juizes foram: experiência clínica de no mínimo de cinco anos de pacientes adultos em processo de neuroreabilitação e do uso da CIPE®<sup>(12)</sup>.

Os enfermeiros receberam um instrumento com duas partes distintas: a primeira parte do instrumento foi construída com base em uma ferramenta para avaliação de conceitos, adaptada à realidade da assistência ao paciente em neuroreabilitação. Foi perguntado a cada especialista se ele concordava ou não concordava nos seguintes itens: A - o enunciado contém frase clara sobre as condições de saúde, problema e/ou necessidade; B - esta condição pode ser modificada por intervenção de enfermagem; C - este diagnóstico se aplica à sua prática. Na segunda parte, dois questionamentos deveriam ser respondidos: se concordavam ou discordavam com enunciado das intervenções de enfermagem; e se elas eram usadas por eles na prática<sup>(12-13)</sup>.

Os resultados foram organizados em frequência absoluta e calculados pela fórmula do Índice de Concordância (IC):  $IC = NC / (NC + ND)$ , em que  $NC$  é o número de concordâncias e  $ND$  número de discordância<sup>(12)</sup>. O enunciado que atingiu IC geral de 0,80 foi considerado validado.<sup>(12-13)</sup>

A pesquisa segue as normas da resolução 466/2012 para pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada com o número: 30201114.0.0000.0022

## RESULTADOS

Foram convidados a participar do estudo 50 enfermeiros que preenchiem os requisitos de inclusão e devolvidos 33 instrumentos, correspondendo a 66% do total de enfermeiros para quem o instrumento foi enviado.

Os juizes eram maioria do sexo feminino (90,9%), com média de 33,1 anos de idade ( $\pm 8$  anos). O tempo médio de graduação foi de 15 anos ( $\pm 7,3$  anos), a maioria possuía titulação de especialista (75,5%), e os demais, titulação de mestre.

Todos os juizes tinham experiência prévia de aplicação da CIPE® na sua clínica. Dentre os enfermeiros, três desenvolveram estudos de dissertação ou artigos científicos com a temática da pesquisa.

Quanto ao local em que os juizes exerciam suas atividades profissionais, 8 participantes assistiam diretamente os pacientes no programa ortopedia adulto, 8 na neuroreabilitação adulto e 17 na neuroreabilitação lesão medular. Todos utilizavam o PE em sua prática profissional.

Foram elaborados 18 enunciados de diagnósticos e 97 intervenções de enfermagem. Destes enunciados, 06 diagnósticos e 14 intervenções de enfermagem estão presentes na CIPE®.

O quadro 01 mostra 14 diagnósticos de enfermagem para o componente Sentido que alcançaram índice de concordância acima de 0,80.

**QUADRO 01** - Diagnósticos de enfermagem do componente Sentidos, segundo o índice de concordância dos especialistas. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2016

Diagnósticos Validados no Modo Fisiológico - Sentidos	IC
Cefaleia ausente	1,0
Cefaleia (leve, moderada, forte e intensa)	1,0
Dor (aguda ou crônica) (leve, moderada, forte e intensa)	1,0
Dor (aguda, crônica) (ausente)	1,0
Dor neuropática / neurogênica (leve, moderada, forte e intensa)	1,0
Dor neuropática/neurogênica ausente (EVA 0)	1,0
Disúria	1,0
Disúria ausente	1,0
Alodinia	0,90
Atitude em relação à dor ineficaz	0,85
Controle da dor ineficaz	0,85
Enfrentamento da dor eficaz	0,85
Enfrentamento da dor ineficaz	0,84
Controle da dor	0,82

Os diagnósticos e intervenções de enfermagem construídas e listadas em ordem alfabética foram distribuídas de acordo com o componente Sentidos (Quadro 2).

**Quadro 2** – Diagnósticos / resultados e intervenções de enfermagem validados pelos especialistas, segundo o componente Sentidos do Modo Fisiológico de Roy. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2016

Diagnósticos / resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem
1. Alodinia	Administrar medicação; avaliar dor quanto localização, frequência, intensidade, duração; encaminhar paciente ao grupo de orientação sobre dor; medir a dor; orientar sobre a dor neuropática; solicitar avaliação médica; realizar medidas de alívio da dor; orientar sobre alternativas para alívio da dor; registrar no prontuário.
2. Atitude em relação à dor, ineficaz	Avaliar atitude do paciente em relação à dor; encorajar paciente a participar das atividades propostas; identificar atitude em relação à dor; implementar medidas não medicamentosas para aliviar a dor; medir a dor; reforçar adesão no tratamento da dor; reforçar comportamento positivo do paciente no manejo da dor; solicitar avaliação médica; monitorar satisfação do paciente com o controle da dor; monitorar bem-estar do paciente; registrar no prontuário.
3. Cefaleia (leve; moderada; forte; intensa)	Administrar medicação; medir a dor; solicitar avaliação médica; reduzir fatores ambientais que precipitem ou aumentem a experiência de dor; registrar no prontuário.
4. Controle da dor, ineficaz	Avaliar resposta ao manejo da dor; encorajar paciente a monitorar a própria dor; iniciar plano de manejo de dor; monitorar satisfação do paciente com o controle da dor; orientar sobre manejo de dor; reforçar adesão no tratamento da dor; reforçar conquistas no manejo da dor; solicitar avaliação médica; colaborar no plano de manejo da dor; registrar no prontuário.
5. Dor (aguda, crônica) (leve; moderada; forte; intensa)	Administrar medicação; avaliar dor quanto à localização, frequência, intensidade, duração; gerenciar medicação; medir a dor; solicitar avaliação médica; iniciar crioterapia para controle da dor; reduzir fatores ambientais que precipitem ou aumentem a experiência de dor; registrar no prontuário.
6. Disúria	Administrar medicação; avaliar urina; coletar amostra de urina para exame laboratorial; registrar no prontuário; solicitar avaliação médica
7. Dor neuropática/ neurogênica (leve; moderada; forte; intensa)	Administrar medicação; avaliar dor quanto à localização, frequência, intensidade, duração; encaminhar paciente ao grupo de orientação sobre a dor; gerenciar medicação; medir a dor; orientar sobre a dor neuropática; solicitar avaliação médica; orientar posicionamento para alívio da dor; orientar sobre alternativas para alívio da dor; registrar no prontuário.
8. Enfrentamento da dor, ineficaz	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre a dor; obter dados sobre resposta psicológica à dor; reforçar adesão no tratamento da dor; reforçar conquistas no manejo da dor; solicitar avaliação médica; observar comportamento/humor do paciente durante as atividades do dia e/ou em relação a dor; registrar no prontuário.
9. Cefaleia, ausente	Avaliar resposta à medicação; medir a dor; registrar no prontuário.
10. Controle da dor	Avaliar atitude do paciente em relação à dor; monitorar satisfação do paciente com o controle da dor; monitorar bem-estar do paciente; reforçar conquistas no manejo da dor; registrar no prontuário.
11. Dor (aguda, crônica), ausente	Avaliar resposta à medicação; medir a dor ; registrar no prontuário.
12. Disúria, ausente	Avaliar resposta à medicação; avaliar urina.
13. Dor neuropática/ neurogênica, ausente	Avaliar resposta à medicação; monitorar bem-estar do paciente; reforçar adesão no tratamento da dor; registrar no prontuário.
14. Enfrentamento da dor, eficaz	Avaliar resposta psicossocial à instrução sobre a dor; monitorar satisfação do paciente com o controle da dor; monitorar bem-estar do paciente; reforçar adesão no tratamento da dor; reforçar conquistas no manejo da dor; registrar no prontuário.



## DISCUSSÃO

Segundo o CIE, o grupo de enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem que evidencia a realidade da prática de enfermagem e se destina a uma especialidade clínica ou prioridade de saúde, neste caso, o componente Sentidos do Modo fisiológico de Roy deve ser submetido a um processo de validação por um grupo de juizes. Portanto, a validação de conteúdo por um grupo de juizes é uma etapa fundamental. Essa análise é baseada, necessariamente, no julgamento realizado pelos juizes experientes na área. Todos os juizes desta pesquisa apresentavam experiência na área da neurorreabilitação, com o uso do Modelo de Roy, o PE e com a CIPE®<sup>(13, 15)</sup>.

Quando os enfermeiros avaliam os estímulos que podem causar a dor nos pacientes em neurorreabilitação, eles observam o grau de adaptação da pessoa, sendo que o nível de adaptação pode ser positivo ou negativo. Sendo assim, os indicadores de adaptação positiva e negativos de adaptação incluídos no componente *Sentidos*, aplicados a pacientes em neurorreabilitação, podem ser considerados essenciais para a dinâmica do cuidado desses pacientes<sup>(5)</sup>.

Observa-se no estudo realizado que os enfermeiros concordaram com a elaboração de diagnósticos positivos e negativos e intervenções julgadas como apropriadas para o conjunto de enunciados diagnósticos propostos.

O grupo de diagnósticos facilita a prática dos enfermeiros, ao possibilitar o acesso rápido a enunciados preestabelecidos, favorecendo a tomada de decisão resultante do raciocínio clínico, a elaboração de estratégias de abordagem dos diagnósticos identificados para o alcance dos resultados de enfermagem esperados; e a documentação da assistência prestada ao paciente sob os cuidados da equipe de enfermagem<sup>(6)</sup>.

Um outro ponto importante é o uso da escala visual analógica na prática clínica. Ela exerce grande influência nas decisões sobre o cuidado, pois possibilita uma avaliação da intensidade da dor, sendo a característica mais importante em termos de seguimento e se torna o parâmetro de melhora ou piora da dor mais procurado por profissionais da saúde. Seu uso se tornou disseminado, pois possibilita uma definição

do melhor tratamento<sup>(14)</sup>.

Os enfermeiros possuem competências e habilidades para avaliar a dor, implementar estratégias de alívio e monitorar a eficácia dessas intervenções, por isso, esta pesquisa evidenciou um número elevado de diagnósticos e intervenções de enfermagem validados para o controle, enfrentamento e tratamento da dor<sup>(16)</sup>.

Observa-se também que os diagnósticos de enfermagem para dor neuropática e a alodinia validados são problemas comuns e experimentados por indivíduos com lesão neurológica. Esse tipo de dor é de difícil controle e necessita de intervenções medicamentosas e não medicamentosas, bem como educacionais. Entretanto, ainda é um desafio para os profissionais de saúde<sup>(17)</sup>.

Quanto à dor aguda ou crônica, ela precisa ser identificada, quantificada e tratada, visando um controle efetivo. A deficiência no conhecimento sobre a dor torna-se uma barreira no tratamento. Entretanto, o alto índice de concordância entre os enfermeiros evidenciou o conhecimento previsto por eles no manejo, controle e tratamento da dor<sup>(17)</sup>.

O enfermeiro tem responsabilidade na avaliação da dor, intervenção e monitorização dos resultados do tratamento. Percebe-se, assim, a importância que eles deram ao registrar a queixa dolorosa do paciente, sendo os registros de enfermagem o meio de comunicação para a equipe de saúde<sup>(18)</sup>.

*“Quanto à dor aguda ou crônica, ela precisa ser identificada, quantificada e tratada, visando um controle efetivo”*

## CONCLUSÃO

A construção de um grupo de diagnósticos e intervenções de enfermagem CIPE® nas diversas especialidades clínicas é uma necessidade e uma recomendação do CIE. Ele favorece a identificação da necessidade do paciente, o cuidado na dor. Essa afecção diminui a qualidade de vida da pessoa e prejudica sua reabilitação. Portanto, a fim de proporcionar o máximo de independência possível ao indivíduo, o enfermeiro tem em suas mãos um instrumento capaz de avaliar e determinar corretamente a real necessidade do paciente e intervir adequadamente. Com isso, o enfermeiro pode promover e incentivar o autocuidado através de educação e treinamento de situações, preparando a pessoa com deficiência física para uma vida social e familiar de melhor qualidade.

A base conceitual proposta na instituição envolveu a utilização de uma terminologia própria, estruturada e acordada entre os enfermeiros, cuja principal finalidade era demonstrar o valor da enfermagem e sua contribuição no cuidado em saúde. A partir da utilização de um sistema de classificação, ou de uma terminologia padronizada, passa a ser possível aos enfermeiros codificar, armazenar e recuperar a informação em um formato útil, bem como evidenciar os componentes primários da prática profissional, ou seja, os

diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

A avaliação e a precisão dos diagnósticos são elementos determinantes para a instituição dos programas de reabilitação. A identificação da natureza nociceptiva ou por desafereção da dor e da ocorrência de mecanismos de ativação e de sensibilização das unidades nociceptivas ou da disfunção e lesão das unidades supressoras de dor é importante para a implementação do tratamento e para prever o prognóstico.

## REFERÊNCIAS

1. Medeiros, LP; Souza, MBC; Sena, JF; Melo, MDM; Costa, JWS; Costa, IKF. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Rev Rene*. 2015; 16(1):132-40.
2. Lima DP, Sties SW, Gonzáles AI, Bundchen DC, Aquino IG, Carvalho T et al. Questionário para avaliação da dor musculoesquelética em praticantes de exercício (q-adom). *Rev Bras Med Esporte*. 2016; 22(5): 374-80.
3. Boonstra AM, Reneman MF, Waaksmas BR, Schiphorst Preuper HR, Stewart RE. Predictors of multidisciplinary treatment outcome in patients with chronic musculoskeletal pain. *Disabil Rehabil*. 2015;37(14): 1242-50.
4. Moura GN, Nascimento JC, Lima MA, Frota NM, Cristino VM, Caetano JA. Activities of living of disabled people according to the Roper-Logan-Tierney model of nursing. *Rev Rene*. 2015; 16(3):317-26.
5. Castro MCF, Fuly PSC, Garcia TR, Santos MLSC. Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais malignas. *Acta paul. enferm*. 2016; 29(3): 340-46.
6. Andrade, LT, Araújo, EG, Andrade, KRP, Souza, DRP, Garcia, TR, Chianca, TCM. Disreflexia autonômica e intervenções de enfermagem para pacientes com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):93-100.
7. Souza DRP, Andrade LT, Napoleão AA, Garcia TR, Chianca TCM. Termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em reabilitação físico-motora. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015; 49( 2 ): 0209-15.
8. Polit, D; Beck, C. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
9. International Organization for Standardization. Health informatics: Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS ISO 18104:2014). Geneva, Switzerland, 2014.
10. Conselho Internacional de Enfermeiros. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE, Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.
11. Lopes MV, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs knowl*. 2012; 23(3): 134-9.
12. Pasquali, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. Psi. Clin*. 1995; 25(5): 206-23.
13. Coluci, MZO; Alexandre, NMC; Milani, D. Construction of measurement instruments in the area of health. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2015; 20(3): 925-36.
14. Cruz CT, Stumm EMF. Instrumentation and implementation of pain evaluation scale in a Neonatal Intensive Care Unit. Case report. *Rev. dor*. 2015; 16(3): 232-34.
15. Albuquerque LM, Carvalho CMG, Apostólico MR, Sakata KN, Cubas MR, Egry EY. Terminologia da Enfermagem caracterizadora da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Enferm*. 2015; 68( 3 ): 452-59.
16. Pinheiro, ALU; Roso, CC; Zamberlan, C; Cherobini, MDB; Perrando, MS. Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. *J Nurs Health*. 2014;4(1):77-89.
17. Trbovich, M; Yang, H. Capsaicin 8% patch for central and peripheral neuropathic pain of persons with incomplete spinal cord injury: Two case reports. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2015; 94(8): e66-e72.
18. Oliveira AL, Palma SN, Cunha BAS. Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem. *Rev. dor*. 2016; 17( 3 ): 219-22.

# CONDIÇÕES DE TRABALHO QUE MAIS IMPACTAM NA SAÚDE DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Mônica Jordão de Souza Pinto<sup>1</sup>, Fernanda Araújo Pintor<sup>2</sup>, Felipe Pires Detta<sup>2</sup>

**Objetivo:** conhecer e analisar a produção científica sobre as condições de trabalho que mais impactam na saúde dos docentes de enfermagem no ensino superior. **Metodologia:** revisão integrativa realizada entre março e julho de 2017. A questão norteadora foi “Quais são as condições de trabalho que mais impactam na saúde dos docentes de enfermagem?”. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2008 e 2016, nas bases LILACS, MEDLINE e BDNF, em língua inglesa, portuguesa e espanhola, disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão foram estudos que não tivessem docentes de enfermagem como objeto. **Resultados:** a busca resultou em 90 publicações e com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados oito estudos. As condições de trabalho que mais influenciam na saúde dos docentes de enfermagem são as relacionadas aos fatores administrativos das instituições de ensino e os impactos à saúde que mais se destacaram foram os psíquicos. **Conclusão:** faz-se necessário um olhar mais atento às consequências da conformação administrativa na saúde desses trabalhadores.

**Descritores:** Condições de Trabalho, Docentes de Enfermagem, Saúde do Trabalhador

## WORKING CONDITIONS THAT MOST IMPACT THE HEALTH OF NURSING TEACHERS: INTEGRATIVE REVIEW

**Objective:** To know and analyze the scientific production about the working conditions that most impact the health of nursing teachers in higher education. **Methodology:** Integrative review conducted between March to July 2017. The leading question was “What are the working conditions that most impact the health of nursing faculty?” The inclusion criteria were articles published between 2008 to 2016, in the LILACS, MEDLINE and BDNF databases, fully available in English, Portuguese and Spanish. The exclusion criteria were studies that did not have nursing teachers as the object. **Results:** The inquiry resulted in 90 publications and with the application of the inclusion and exclusion criteria, eight studies were selected. The working conditions that most influence the health of nursing teachers are those related to the administrative factors of educational institutions, and the most highlighted health impacts were psychological. **Conclusion:** Thus, it is necessary to take a closer look at the impact of administrative conformation on the health of these workers.

**Descriptors:** Working Conditions, Nursing Faculty, Occupational Health

## CONDICIONES DE TRABAJO QUE MÁS AFECTAN A LA SALUD DE LOS DOCENTES DE ENFERMERÍA: REVISIÓN INTEGRATIVA

**Objetivo:** Conocer y evaluar la producción científica sobre las condiciones de trabajo que más impactan en la salud de los docentes de enfermería en la enseñanza superior. **Metodología:** Revisión integrativa realizada entre Marzo y Julio de 2017. La cuestión orientadora fue: “¿Cuáles son las condiciones de trabajo que más afectan a la salud de los docentes de enfermería? Los criterios de inclusión fueron publicados entre 2008 y 2016, en las bases. Los criterios de exclusión son los estudios que no han resultado docentes de enfermagem como objeto. **Resultados:** A buscar resultados en 90 publicações y con una aplicación de los criterios de inclusión y exclusión de los seleccionados. Las condiciones de trabajo que más influyen en la salud de los docentes de enfermería son las relacionadas con los factores administrativos de las instituciones de enseñanza y los impactos a la salud que más se destacaron fueron los psíquicos. **Conclusión:** Assim, se necesita un examen más detallado de las consecuencias de la conformación administrativa en la salud de los trabajadores.

**Descriptor:** Condiciones de Trabajo, Docentes de Enfermería, Salud Laboral

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP. E-mail: monijordao@hotmail.com

<sup>2</sup>Acadêmico de Enfermagem, UNIFESP.

## INTRODUÇÃO

O trabalho tem íntima relação com as condições de saúde, qualidade de vida e segurança do homem e, por esse motivo, gerenciar as condições do ambiente organizacional é essencial para a manutenção da atividade laboral.<sup>(1)</sup>

Toda e qualquer organização, seja ela pública ou privada, de pequeno, médio ou grande porte, precisa, para funcionar satisfatoriamente, de profissionais bem preparados e capacitados para os cargos que ocupam. Todavia, isso somente não basta, é preciso que esses trabalhadores tenham acesso a uma infraestrutura adequada, que lhes permita ser produtivos sem que sua integridade física e psicológica sejam afetadas. Caso contrário, o que se pode esperar é a decadência do negócio por desfalque na equipe de trabalho, seja por falta de motivação, seja por adoecimento e afastamentos.

Quando essa concepção se volta ao ambiente de educação em saúde, é válido destacar a atuação do enfermeiro docente como um profissional que, independente de ser responsável pela formação de novos enfermeiros compromissados e responsáveis pelo cuidado de outras vidas, também necessita de cuidados específicos.<sup>(2)</sup>

Ser professor de enfermagem no ensino superior requer um esforço enorme e mobiliza uma série de sentimentos e reações, pois exige conhecimentos, habilidades e atitudes que facilitam o processo de ensino-aprendizagem<sup>(3)</sup> em ambientes onde quase sempre há dor e sofrimento. Somado a isso, a conformação das instituições de ensino superior em que muitos deles estão inseridos faz com que suas capacidades cognitiva, física, psicológica e afetiva sejam amplamente solicitadas para a execução de bons trabalhos.

Frente a tais circunstâncias às quais estão expostos, é de suma importância que o mercado de trabalho compreenda que a esse grupo se faz necessário ações de promoção e proteção à saúde<sup>(1)</sup> como forma simples e pouco custosa para a prevenção de doenças ocupacionais. Por esse motivo, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: quais são as condições de trabalho (fatores físicos, sociais e administrativos que afetam o ambiente de trabalho)<sup>(4)</sup> que mais impactam na saúde dos docentes de enfermagem no ensino superior?

Portanto, o objeto deste estudo são os docentes de enfermagem no ensino superior e seu objetivo é conhecer e analisar a produção científica sobre as condições de trabalho que mais impactam na saúde dos docentes de enfermagem, pois se compreende a importância do papel social dessa classe de trabalhadores.

## METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura,<sup>(5)</sup> no entrementes de março e julho de 2017, a partir da seguinte pergunta de pesquisa: quais são as condições de trabalho que mais impactam na saúde dos docentes de enfermagem?

Delimitado o problema, definiu-se como estratégia de busca a consulta ao site da Biblioteca Virtual em Saúde e o

uso dos descritores “condições de trabalho” e “docentes de enfermagem” em português, inglês e espanhol, segundo os Descritores em Ciências da Saúde.<sup>(4)</sup> Os critérios de inclusão foram os artigos publicados entre 2008 e 2016, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF, em língua inglesa, portuguesa e espanhola, disponíveis na íntegra.

Dos estudos que retornaram à busca, extraíram-se dados importantes que foram organizados em planilha Excel® de acordo com: título do artigo, periódico, base de dados, país de origem, autores, graduação, titulação, idioma, ano de publicação, tipo do estudo, objetivo, resultados, nível de evidência e identificação de limitação ou vieses.

Para que não se perdessem informações importantes, os objetivos, resultados e conclusões/considerações finais foram transcritos na íntegra para a planilha. Em relação à classificação dos níveis de evidência, considerou-se: Nível 1 - evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2 - evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3 - evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4 - evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5 - evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e Nível 6 - evidências baseadas em opiniões de especialistas.<sup>(6)</sup>

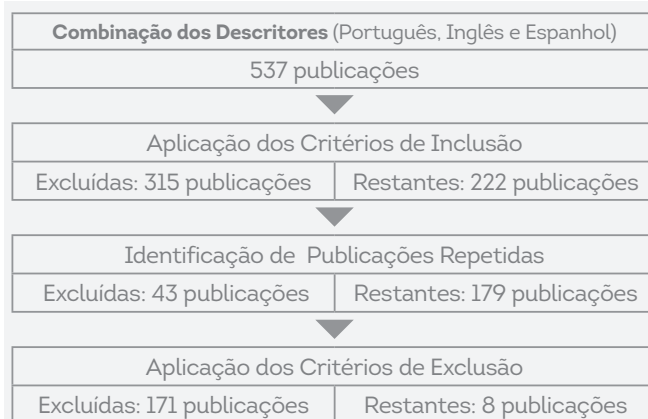
Essa estratégia de organização dos dados contribuiu para que os estudos fossem analisados e se aplicasse o critério de exclusão, ou seja, estudos que não tinham docentes de enfermagem como objeto foram descartados.

Por fim, das publicações que restaram, extraíram-se as principais condições de trabalho estudadas e seus principais impactos à saúde dos docentes de enfermagem no ensino superior.

## RESULTADOS

A combinação dos descritores resultou em 537 publicações. Com a aplicação dos critérios de inclusão, exclusão e descarte de publicações repetidas, foram selecionados oito estudos para análise crítica. (Figura)

**Figura:** Fluxo de seleção dos artigos. São Paulo/SP, 2008-2016.





Dos oito artigos, seis estavam na Base de Dados BDEF e nenhum na MEDLINE. Em relação ao país de origem do estudo e idioma, todos foram realizados no Brasil, sendo que sete foram publicados em português e um em inglês.

As revistas que mais publicaram sobre a temática foram a Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, com dois artigos, sendo um em 2012 e um em 2013; e a Revista da Escola de Enfermagem da USP, também com duas publicações, uma em 2009 e uma em 2014. As demais revistas foram Arquivos de Ciências da Saúde, em 2008, Revista de Enfermagem da UERJ, em 2011, Revista RENE, em

2015, e Revista de Enfermagem da UFPE (Online), em 2016, todas com uma publicação cada. Somente em 2010 não foi publicado artigo sobre a temática.

Em relação à apresentação das limitações encontradas para a realização dos trabalhos ou possíveis vieses, somente um artigo fez a menção no texto.

Os autores, título dos artigos, tipo de estudo, objetivo, principais condições de trabalho estudadas, principais resultados sobre o impacto à saúde e o nível de evidência das publicações foram dispostos sequencialmente em forma de quadro para melhor visualização (Quadro).

**Quadro:** Apresentação dos artigos segundo variáveis eleitas. São Paulo/SP, 2008-2016.

Autores/Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais condições de trabalho estudadas	Principais impactos à saúde	Nível de evidência
Magalhães, LCB; Yassaka, MCB; Soler, ZASG; 2008	Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes de curso de graduação em enfermagem	Descritivo, tipo censo	Identificar indicadores da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) entre docentes de um Curso de Graduação em Enfermagem, incluindo as variáveis de caracterização social, hábitos de vida; problemas de saúde, uso dos serviços de saúde e processos potencializadores e desgastantes da QVT.	Fatores físicos, sociais e administrativos	Biológico e psíquico	4
Ferreira, EM; Fernandes, MFP; Prado, C; Baptista, PCP; Freitas, GF; Bonini, BB; 2009	Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente	Exploratório e descritivo com abordagem qualitativa	Identificar os aspectos geradores de sofrimento e prazer no processo de trabalho do enfermeiro docente.	Fatores sociais e administrativos	Psíquico	6
Caran, VCS; Freitas, FCT; Alves, LA; Pedrão, LJ; Robazzi, MLCC; 2011	Riscos ocupacionais psicossociais e sua repercussão na saúde de docentes universitários	Transversal, descritivo, com abordagem quantitativa	Identificar a existência de ROP (riscos ocupacionais psicossociais) no ambiente de trabalho de professores universitários de uma instituição pública e as repercussões na saúde desses trabalhadores.	Fatores administrativos	Psíquico e social	4
Soares, RJO; Zeitoune, RCG; 2012	A promoção da saúde na percepção do docente de enfermagem: perspectivas para a saúde do trabalhador	Exploratório, de natureza qualitativa	Discutir a concepção de promoção da saúde na percepção dos professores de enfermagem e analisar essa concepção na perspectiva da saúde do trabalhador.	Fatores administrativos	Biológico, psíquico, social, espiritual	5
Oliveira, JM; Santos, PF; Feliciano, RG; Assis, MM; Cortez, EA; Valente, GSC; 2013	Riscos e doenças ocupacionais do docente universitário de enfermagem: implicações na saúde do trabalhador	Pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa	Identificar as condições do trabalho e os motivos de afastamento do docente universitário de enfermagem, bem como analisar os riscos e as doenças ocupacionais e propor medidas de prevenção aos docentes de enfermagem.	Fatores físicos, sociais e administrativos	Biológico	4
Leonello, VM; Oliveira, MAC; 2014	Higher education in nursing: the faculty work process in different institutional contexts	Estudo exploratório e qualitativo	Analisar o processo de trabalho do docente de Enfermagem em IES do município de São Paulo.	Fatores físicos, sociais e administrativos	Psíquico	4

Continuação.

Autores/Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais condições de trabalho estudadas	Principais impactos à saúde	Nível de evidência
Cruz, AM; Almeida, NG; Fialho, AVM; Rodrigues, DP; Figueiredo, JV; Oliveira, ACS; 2015	Percepção da enfermeira docente sobre sua qualidade de vida	Exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa	Descrever a percepção de enfermeiras docentes sobre sua qualidade de vida.	Fatores físicos, sociais e administrativos	Biológico e psíquico	4
Carvalho, LA; Thofehrn, MB; Souza, SAe; Coimbra, VCC; 2016	Riscos psicossociais no trabalho dos docentes de enfermagem e estratégias de coping	Descritivo, tipo informativo, a partir de revisão bibliográfica	Conhecer os riscos psicossociais a que estão expostos os docentes de Enfermagem e estratégias de coping utilizadas pelos mesmos no seu processo de trabalho.	Fatores físicos, sociais e administrativos	Psíquico e social	4

Ainda em relação aos autores, dos 34, um era graduado em serviço social, um em fisioterapia, um em fonoaudiologia e o restante em enfermagem. Cinco deles tinham apenas graduação, um estava cursando especialização, dois já haviam concluído o mestrado e quatro estavam cursando, 14 eram doutores e cinco estavam cursando, um era livre docente e dois eram professores titulares.

## DISCUSSÃO

A análise dos resultados permite afirmar que houve uma distribuição homogênea das publicações no decorrer dos anos e que há interesse dos periódicos de enfermagem em publicar artigos sobre a temática do presente estudo, o que explica o fato de a maior parte deles estar em uma base de dados específica de enfermagem (BDENF).

Além disso, é importante destacar o envolvimento dos pesquisadores brasileiros, em sua maioria enfermeiros e doutores, em estudar e conhecer os meandros das condições do trabalho dos docentes de enfermagem no ensino superior no país. Tal fato prenuncia, portanto, a relevância dada a esse grupo de trabalhadores, cuja função principal é a formação de cidadãos responsáveis, competentes, capazes de tomar decisão a partir do raciocínio clínico baseado em evidências, comprometidos com a qualidade e a segurança do trabalho em saúde.<sup>(7)</sup>

A leitura minuciosa das publicações e a identificação das condições de trabalho estudadas conduzem à sugestão de que os fatores físicos (carregar peso em excesso, exposição a ruídos, determinadas doenças, etc), os fatores sociais (dificuldades de relacionamento, falta de tempo para a família, relação aluno-professor, etc) e os fatores administrativos (improbidade acadêmica, baixas remunerações, muito tempo sem reajustes salariais, ausência de autonomia, jornadas de trabalho excessivas, etc) do trabalho impactam, sobretudo, na

saúde psicossocial dos docentes.

Estudo realizado em escolas de ensino superior em enfermagem, de caráter privado,<sup>(8)</sup> ao entrevistar os docentes e analisar seus discursos, identificou diversos aspectos geradores de prazer e sofrimento relacionados ao trabalho. Dentre as fontes de prazer no cotidiano do trabalho, foram citados o exercício da criatividade, a relação aluno-professor e seu compromisso com a formação de um novo profissional. Já o desinteresse e a falta de compromisso de alguns estudantes, a pressão organizacional, a instabilidade quanto à carga horária, a instabilidade do vínculo empregatício e o relacionamento interpessoal tinham a capacidade de causar sofrimento.

Realidade semelhante foi identificada por outra pesquisa que analisou três contextos distintos das instituições de ensino superior,<sup>(9)</sup> ou seja, um empresarial, um acadêmico e outro misto, com características empresariais e acadêmicas, concomitantemente. Ainda que com objetivos estratégicos e processos de trabalho docente diferentes, atributos como intensificação e precarização do trabalho, pouca valorização do ensino, realidade pautada em princípios mercadológicos, infraestrutura insuficiente, entre outros, foram destacados como comuns. Tais características tem o potencial de despertar nos docentes a sensação de fragilidade e a necessidade de ressignificação do trabalho a partir da reflexão das práticas didáticas, organizacionais e do contexto estrutural do ensino superior.

Uma revisão de literatura<sup>(10)</sup> também verificou os riscos psicossociais do trabalho docente e mencionou como principais a fadiga mental, dificuldade de relacionamento com colegas e superiores, ansiedade, falta de tempo para a família, baixa autoestima, baixo rendimento no trabalho, sofrimento moral, insatisfação e danos físicos decorrentes desses fatores.

Ao estudarem a qualidade de vida<sup>(11,12)</sup> e a concepção de

promoção da saúde na perspectiva da saúde do trabalhador de enfermeiros docentes,<sup>(13)</sup> pesquisadores encontraram relação do ambiente laboral com a existência ou não dessa condição. Alguns sujeitos, por exemplo, afirmaram não possuir qualidade de vida ou possuir parcialmente em detrimento das cobranças e das atividades do trabalho.<sup>(12)</sup> Outros, além de se queixarem de realizar excesso de atividades em um mesmo período e estarem insatisfeitos com o salário devido à falta de reajustes, referiram também os impactos à saúde, ou seja, praticavam pouca atividade física, consideravam ter peso acima do normal para a altura, sendo que a maioria afirmou sobrepeso, e procuravam muitas vezes assistência à saúde.<sup>(11)</sup>

Em estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, 94,4% dos docentes apontaram que a carga mental intensa, a sobrecarga de trabalho, o excesso de responsabilidades - mau planejamento das atividades, cobranças, desgaste físico, ruídos - e os problemas nas relações interpessoais são alguns dos diversos riscos psicossociais a que estão expostos. Além disso, afirmaram que esses riscos afetam sua saúde por meio do estresse, ansiedade, insônia, cefaleia e outras manifestações associadas como mau-humor, alteração na glicose, alterações da pressão, resfriados frequentes, falta de concentração, dor de estômago, etc.<sup>(14)</sup>

O excesso de peso e a não utilização de microfones em sala de aula também foram mencionados como condições de trabalho desencadeadoras de doenças ocupacionais de uma instituição de ensino privada no município de Niterói (RJ). Das doenças que mais causaram afastamentos laborais,

nesse caso, foram do sistema músculos-esquelético (25%), geniturinário (15,63%), respiratórias (12,05%), doenças cardiovasculares e estresses, ambas com 9,38%.<sup>(15)</sup>

Todavia, ainda que todos os artigos mencionem as condições de trabalho e seus impactos à saúde dos docentes de enfermagem, é importante ressaltar que o presente estudo apresenta limitações. A não possibilidade de generalização dos resultados é uma delas, pois as bases de dados para a busca foram limitadas, os artigos foram selecionados a partir daqueles que estavam disponíveis na íntegra e, por fim, a avaliação dos mesmos indicou nível de evidência<sup>(6)</sup> pouco expressivo, ou seja, nível quatro (75%), cinco (12,5%) ou seis (12,5%).

## CONCLUSÃO

Este estudo permite concluir que as condições de trabalho que mais influenciam na saúde dos docentes de enfermagem são aquelas que estão relacionadas aos aspectos administrativos das instituições de ensino superior, sejam elas públicas ou privadas. Ademais, os impactos à saúde que mais se destacaram são os psíquicos, evidenciando-se a necessidade de um olhar mais atento às consequências da conformação administrativa nos trabalhadores. Em especial, deve-se atentar aos reflexos à prática docente, pois esse grupo é o grande sustentáculo dessas instituições e também o grupo responsável pela formação de novos cidadãos. Somado a isso, recomenda-se que sejam realizados outros estudos nessa temática.

## REFERÊNCIAS

- Carvalho GM. Enfermagem do Trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. 221 p.
- Duarte CG, Lunardi VL, Barlem ELD. Satisfação e sofrimento no trabalho do enfermeiro docente: uma revisão integrativa. REME rev. min. Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Abr 05]; 2(e939):01-08. Available from: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1073/e939.pdf> Acesso em: 05 abr. 2017
- Alves AG, Martins CA, Silva FL, Ferreira LB, Alexandre MSA, Mattos DV. O deleite e as agruras de ser professor de enfermagem. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2017 Abr 05]; 10(Supl.5): 4240-48. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9611/pdf\\_11395](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9611/pdf_11395)
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017 [atualizado 2017 Mai; citado 2017 Jun 13]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>
- Soares Cassia Baldini, Hoga Luiza Akiko Komura, Peduzzi Marina, Sangaleti Carine, Yonekura Tatiana, Silva Deborah Rachel Audebert Delage. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Apr [cited 2017 Aug 06]; 48(2): 335-345. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en).
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Revista Einstein [Internet]. 2010 Jan [cited 01 Abr 2017]; 8(1):102-08. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)
- Conselho Nacional de Educação (BR). Resolução CNE/CES, nº3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União 2011 [cited 03 Abr 2017] 37 p. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
- Ferreira EM, Fernandes MFP, Prado C, Baptista PCP, Freitas GF, Bonini BB. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 Nov [cited 03 Abr 2017]; 43(Esp 2):1292-1296. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a25v43s2.pdf>.
- Leonello VM, Oliveira MAC. Higher education in nursing: the faculty work process in different institutional contexts. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 Set [cited 03 Abr 2017]; 48(6):1091-1099. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1093.pdf>.
- Carvalho LA, Thofehn MB, Souza SA, Coimbra VCC. Riscos psicossociais no trabalho dos docentes de enfermagem e estratégias de coping. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 Nov [cited 04 Abr 2017]; 10(Supl.5):4356-63. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11183/12728>.
- Magalhães LCB, Yassaka MCB, Soler ZASG. Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes de curso de graduação em enfermagem. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2008 Set [cited 03 Abr 2017]; 15(3):117-124. Available from: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN276.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN276.pdf).
- Cruz AM, R DF, Fialho AVM, Almeida NG, Figueiredo JV, Oliveira ACS. Percepção da enfermeira docente sobre sua qualidade de vida. Rev Rene [Internet]. 2015 Jun [cited 03 Abr 2017]; 16(3):382-90. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3240/324041234011/>.
- Soares RJO, Zeitoune RCG. Percepção da enfermeira docente sobre sua qualidade de vida: A promoção da saúde na percepção do docente de enfermagem: perspectivas para a saúde do trabalhador. R. pesq.: cuid. fundam. Online [Internet]. 2012 Mar [cited 03 abr 2017]; Ed. Supl.:37-40. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1666/pdf\\_505](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1666/pdf_505).
- Caran VCS, Freitas FCT, Alves LA, Pedrão LJ, Robazzi MLCC. Riscos ocupacionais psicossociais e sua repercussão na saúde de docentes universitários. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2011 Jun [cited 03 mai 2017]; 19(2): 255-61. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a14.pdf>.
- Oliveira JM, Cortez EA, Feliciano RG, Santos PF, Assis MM, Valente GSC. Riscos e doenças ocupacionais do docente universitário de enfermagem: implicações na saúde do trabalhador. Rev pesqui. cuid. fundam. Online [Internet]. 2013 Mar [cited 03 Abr 2017]; 5(1):3267-75. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1903/pdf\\_684](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1903/pdf_684).

# PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS SOBRE A COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Talyta Gonçalves da Silva Félix<sup>1</sup>, Cícera Renata Diniz Vieira Silva<sup>2</sup>, Mary Luce Melquíades Meira<sup>3</sup>, Rosânela Vidal de Negreiros<sup>2</sup>, Jogilmira Macêdo Silva Mendes<sup>2</sup>, Gerlane Cristinne Bertino Vêras<sup>3</sup>

**Objetivo:** analisar a percepção dos enfermeiros assistenciais sobre a função da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. **Metodologia:** pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida em um hospital universitário, com oito enfermeiros. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: conhecimento acerca da função da CCIH; reconhecimento da importância do enfermeiro na CCIH e contribuição do enfermeiro assistencial para com a CCIH. **Conclusão:** destaca-se o não reconhecimento da Comissão como órgão preventivo, mas muitas vezes atrelado somente à pós-exposição a acidentes de trabalho, evidenciando a cultura curativa no ambiente hospitalar.

**Descritores:** Infecção Hospitalar, Controle de Infecções, Enfermagem.

## UNDERSTANDING OF ASSISTANT NURSES ABOUT THE HOSPITAL INFECTION CONTROL COMMITTEE

**Objective:** To analyze the understanding of assistant nurses on the role of the Hospital Infection Control Committee. **Methodology:** Descriptive research, with a qualitative approach, developed in a university hospital, with eight nurses. For the analysis of the data, the content analysis was used. **Results:** Three subject areas emerged: Awareness about the role of HICC; Recognition of the importance of nurses in the HICC and their contribution to it. **Conclusion:** Failure to recognize the Commission as a preventive body stands out, but often only linked to post-exposure to work accidents, revealing the curative care culture in the hospital environment.

**Descriptors:** Hospital Infection, Infection Control, Nursing.

## PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS ASISTENCIALES SOBRE LA COMISIÓN DE CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

**Objetivo:** Analizar la percepción de los enfermeros asistenciales sobre el papel de la Comisión de Control de Infecciones Hospitalarias. **Metodología:** estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, desarrollado en un hospital universitario, con ocho enfermeros. Para la análisis de los datos, se utilizó la análisis de contenido. **Resultados:** tres categorías temáticas surgieron: El conocimiento de la función de CCIH; El reconocimiento de la importancia de los enfermeros en CCIH y la contribución del enfermero asistencial por el CCIH. **Conclusión:** Es digno de mención o no reconocimiento de la Comisión como órgano preventiva, a menudo torpe justo después de la exposición a los accidentes de trabajo, mostrando una cultura curativa en el ámbito hospitalario.

**Descritores:** Infección Hospitalaria, Control de infecciones, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. E-mail: talytafellix@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da UFCG.

<sup>3</sup>Enfermeira. Especialista. Docente da UFCG.



## INTRODUÇÃO

Infecções Hospitalares (IH), também conhecidas como infecções relacionadas à assistência à saúde, são definidas como os quadros infecciosos adquiridos após a admissão do paciente no ambiente hospitalar, cuja manifestação pode ocorrer durante a internação ou após a alta e que geralmente estão associados a fatores passíveis de prevenção por meio de medidas simples como higienização correta das mãos, utilização de técnicas assépticas e correto manuseio entre lavagem e distribuição de instrumentos assépticos<sup>(1)</sup>.

As IH são um problema social, haja vista que o número de casos é considerável e tendem a aumentar o tempo de internação do paciente, e, não esporadicamente, contribuem para o seu óbito, principalmente naqueles que estão nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), idosos e portadores de problemas neurológicos<sup>(2)</sup>.

Como forma de minimizar a incidência e gravidade das IH, foi criada a Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que coloca como obrigatória a instauração e continuidade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCHI). Para que esse programa seja bem executado, o serviço de saúde deve estabelecer a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que é responsável por supervisionar normas e rotinas, capacitar funcionários e profissionais das instituições de saúde, racionalizar o uso de antimicrobianos, fornecer informações epidemiológicas, entre outras ações, a fim de minimizar o índice de IH<sup>(3)</sup>.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616/98, os membros da CCIH são classificados como membros consultores e executores. Os consultores representam os serviços médico, de enfermagem, de farmácia, laboratório de microbiologia e administração. Os executores representam o Serviço de Controle Hospitalar e devem ser, no mínimo, dois técnicos de nível superior para cada 200 leitos, se possível um deles deve ser enfermeiro<sup>(4)</sup>.

O enfermeiro membro da CCIH desempenha funções diversas, como investigar e avaliar as possíveis causas de IH e, a partir de então, elaborar ações de controle, além de ser responsável pela educação continuada da equipe de enfermagem<sup>(5)</sup>.

A participação da equipe assistencial da instituição de saúde é de fundamental importância para o controle das IH. Para tanto, faz-se necessário que esses profissionais tenham conhecimento sobre as ações de responsabilidade da CCIH e se envolvam nas execuções de suas normas e protocolos, reconhecendo, inclusive, seu próprio papel no cenário do combate às IH<sup>(6)</sup>.

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros assistenciais sobre a função da CCIH.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello (HUJB), no município de Cajazeiras-PB. A população foi composta por 16 enfermeiros assistenciais que trabalham no HUJB, com amostra de oito enfermeiros que se enquadraram nos critérios de seleção.

Estabeleceu-se, como critério de inclusão, ser enfermeiro assistencial, trabalhar na instituição hospitalar em tela e não exercer (ou ter exercido) nenhuma função na CCIH. Foram excluídos os profissionais que se encontravam afastados de suas atividades por motivo de férias e/ou licença durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu em abril de 2016, mediante uma entrevista semiestruturada com questões que remetem ao conhecimento teórico dos profissionais em relação às funções da CCIH. Os dados foram coletados em local reservado no HUJB, com data e horário agendados, conforme a disponibilidade de cada sujeito da pesquisa. Foi utilizado um gravador de voz e as entrevistas foram transcritas e analisadas segundo a proposta de análise de conteúdo<sup>(7)</sup>. A questão norteadora do estudo foi: "Qual a percepção dos enfermeiros assistenciais do Hospital Universitário Júlio Bandeira sobre as funções da CCIH?". As questões quantitativas foram tabuladas segundo frequência absoluta e relativa e analisadas descritivamente. Os nomes dos sujeitos foram substituídos pela letra "P", seguida do número da entrevista.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sob parecer nº 1.478.178.

## RESULTADOS

O perfil dos entrevistados se estabeleceu da seguinte maneira: sexo feminino (87,5%), com média de idade de 31 anos, solteiros, com tempo de formação média de cinco anos e meio, mínimo de um ano e máximo de nove, com desvio padrão de  $\pm 3,60$ , e média de atuação na instituição de quatro anos, sendo o mínimo de um mês e o máximo de sete anos, com desvio padrão de  $\pm 2,73$ .

Mediante a questão norteadora do estudo e leitura cuidadosa e exaustiva das entrevistas, foram construídas três categorias: **Categoria 1** - Conhecimento acerca da função da CCIH; **Categoria 2** - Reconhecimento da importância do enfermeiro na CCIH; **Categoria 3** - Contribuição do enfermeiro assistencial para com a CCIH.

Na categoria 1, objetivou-se identificar o conhecimento

dos enfermeiros assistenciais sobre as funções exercidas pela CCIH. Constatou-se perante as falas que os enfermeiros não têm conhecimento amplo e adequado sobre as funções que devem ser exercidas pela CCIH, como se pode observar nas falas: *“Não tenho conhecimento acerca das funções específicas a serem desempenhadas pela CCIH.”* (P2); *“(…) não sei muito sobre o assunto não, o que eles devem fazer só sei o que vejo que fazem aqui. Nunca nem estudei sobre isso.”* (P3); *“(…) não conheço muitas funções não. Porque assim, eu nunca trabalhei com a CCIH, então eu vejo mais a atuação da coordenadora com a gente, que é muito de prevenção. Então assim, bem detalhado o que seria a CCIH eu nunca vi e nem nunca participei. E também na graduação nunca se falou nisso.”* (P6).

Os relatos referem alguns pontos que contribuem para o déficit no conhecimento, como a ausência da abordagem do tema durante a graduação, fazendo com que os profissionais só tenham acesso às informações pertinentes ao assunto quando passam a fazer parte da comissão. Esse fato provoca uma vulnerabilidade para a assistência prestada aos pacientes, oferecendo riscos, inclusive, para os próprios profissionais, já que as IH são um problema de saúde pública e que atingem os diversos atores sociais.

Os profissionais entrevistados afirmam reconhecer a importância do serviço para o bom funcionamento do hospital, mas, por vezes, não conseguem descrever de que forma ele é importante, citando apenas algumas funções exercidas pelo fato de observá-las em sua rotina: *“Bem, aqui é desempenhado o controle de antimicrobianos, apurados os casos de acidentes de trabalho e o que deve ser feito após os acidentes com os profissionais, qual a conduta deve ser tomada, essas coisas. Eles focam muito na lavagem das mãos também, que eu acho muito importante. É o ato mais importante que nós profissionais podemos realizar.”* (P3).

É função da CCIH racionalizar o uso de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares, elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, normatizar e implementar medidas para diminuir os riscos de eventos adversos evitáveis<sup>(8)</sup>. Nos relatos, verifica-se que há o reconhecimento dessas funções, mas ainda com uma visão muito restrita da real função da CCIH: *“(…) uso correto de antimicrobianos, solicitar exames, administrar vacinas, encaminhar ao acompanhamento médico, etc. Também deve garantir que os profissionais façam uso correto de EPI's, assegurando assim a segurança dos profissionais e usuários.”* (P1); *“Controle e incentivo... como também, instruir a equipe a uma boa lavagem das mãos que é primordial, uma*

*medida muito eficaz, controlar o uso dos antimicrobianos e promover práticas de limpeza e higiene. Higienização do hospital como um todo.”* (P4).

Partindo do princípio de que não se pode cobrar aquilo que não é conhecido, essa fragilidade no conhecimento é um fator que pode prejudicar a assistência e aqueles que a executam. Caso a CCIH não cumpra seu papel como deveria, os profissionais não poderão intervir de forma resolutiva, já que não conhecem os deveres desse setor, colocando em risco a si mesmo e a seus pacientes. Esse fato justifica a importância da educação em saúde para todos os profissionais.

Na Categoria 2, que se refere ao reconhecimento da importância do enfermeiro na CCIH, todos os entrevistados desta pesquisa ressaltam a importância do enfermeiro no serviço: *“Sim, considero importante. Ele tem a importância de fiscalizar as normas e rotinas, de orientar a equipe. E também porque o enfermeiro ele trabalha em uma equipe multidisciplinar e muitas vezes tem o papel de liderança, e ele está à frente da equipe de enfermagem. Com o papel de fiscalizador e orientador.”*(P4); *“Eu acho que o enfermeiro tem papel fundamental na CCIH. Ele deve estar atento aos riscos de infecção, não só hospitalares, mas também diante de todo e qualquer procedimento, seja ele mais ou menos complexo.”* (P5); *“Eu acho interessante a participação não só do enfermeiro, mas também de uma equipe multiprofissional que atue em diversas áreas, em especial do enfermeiro porque é ele que atua diretamente com o paciente e sabe de suas necessidades.”*(P8).

Quanto à contribuição do enfermeiro assistencial para com a CCIH, referenciada na categoria 3, todos os entrevistados relataram contribuir com a comissão, executando suas normas, protocolos e recomendações, sendo a lavagem das mãos o procedimento mais citado, por ser muito cobrado pelo serviço: *“Contribuo cumprindo e executando as ações programadas pela CCIH, cumprindo as normas e rotinas com a visão sempre de redução ou prevenção das infecções hospitalares.”* (P5); *“Na prevenção de contaminação. Tanto minha quanto para com meu público-alvo, que são crianças. Acho que a simples lavagem das mãos já é uma contribuição e altamente importante. O álcool gel que tá disponível em todos os locais aqui já é também uma forma de contribuição com a CCIH.”* (P6); *“Assim, fazendo sempre o certo. Colocando o lixo no lugar certo, lavando sempre as mãos, tendo cuidado de manter o paciente sempre... fazer a delimitação de paciente por patologia. Isso aí a gente evita muito a infecção. Limpando sempre os materiais, fazendo assepsia e antisepsia correta. No caso de pessoa antisepsia. Fazendo tudo correto. Procurando fazer o certo.”*(P7); *“A*

*minha forma de contribuir é justamente seguindo sempre o que é recomendado pela comissão, tanto para minha proteção quanto a proteção de pacientes, acompanhantes e todos aqueles que necessitam do nosso serviço.” (P8).*

De forma unânime, os participantes da pesquisa afirmaram que contribuem com a CCIH, cumprindo suas normas e rotinas, e apenas um entrevistado acrescentou o fato de também supervisionar e cobrar de seus colegas essa prática. Haja vista que o enfermeiro é o líder de sua equipe, cabe também a ele garantir que a mesma cumpra seu papel na prevenção e controle das IH. Esse papel não pode e nem deve ser executado apenas pela comissão, muito pelo contrário, aqueles que estão na assistência é que fazem valer as normas, são eles que a colocam em prática e está nessas mãos a maior parte da responsabilidade.

Vale ressaltar aqui a contradição dos profissionais quando afirmam que colaboram com a CCIH, pois, em outro momento, discorrem que na verdade não sabem qual é a real função da comissão e como ela deve agir. Desse modo, pode-se dizer que eles, na verdade, apenas cumprem seus deveres como profissionais e julgam, dessa forma, colaborar com a comissão.

## DISCUSSÃO

A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil corrobora com este estudo quanto ao sexo e faixa etária dos profissionais, sendo 85,1% do sexo feminino e 20,3% com idade entre 31 e 35 anos.<sup>(9)</sup> Souza et al.<sup>(10)</sup> relatam em seu estudo que a profissão ainda é impregnada de estereótipos, e que muitas vezes o cuidar é visto como um dever quase que exclusivamente feminino, algo muito relacionado à carga histórica, cujas mulheres deveriam permanecer em seus lares e dedicar suas vidas ao cuidado do marido e filhos. Ressalta-se que a equipe de enfermagem encontra-se em processo de masculinização<sup>(9)</sup>. Contudo, diverge do estado civil, o que pode estar relacionado à nova conjectura dos relacionamentos atuais, em que os relacionamentos não precisam obrigatoriamente de uma oficialização documental para a sua efetivação.

Andrade e Castro<sup>(11)</sup> em seu estudo concluem que um dos papéis dos profissionais de saúde é a educação permanente. No que se refere à enfermagem, essa é uma prática inerente desde sua formação e que tem, como resultados, profissionais mais qualificados e assistência de qualidade. Nesta pesquisa, é possível afirmar que há um déficit significativo na educação permanente, em especial pela ausência de cursos/treinamentos/capacitações relacionados à temática da CCIH. Ressalta-se a importância de estudar a temática em tela na academia, formando assim profissionais mais qualificados.

Resultados do estudo de Massaroli, Martini e Massaroli<sup>(12)</sup> equiparam-se a esta pesquisa no que se refere ao não conhecimento dos profissionais sobre a existência da CCIH até serem designados a trabalhar no serviço. Para resolver a problemática de conhecimentos deficientes, é necessário que se invista em educação permanente, tendo por objetivo mudar as ações realizadas nos serviços de saúde, sendo este também um dever da CCIH, que deve compartilhar o conhecimento com a comunidade científica<sup>(13)</sup>.

Fonseca e Parcianello<sup>(14)</sup> apontam que o enfermeiro é membro essencial da CCIH devido ao fato de este profissional manter maior contato com os pacientes, reconhecendo melhor suas necessidades. Ressalta-se, também, que a equipe de enfermagem é a mais numerosa nas instituições em saúde, sendo fundamental seu engajamento para minimização dos casos de IH e suas consequências.

Os mesmos autores propõem ainda que haja ações de prevenção mais que de controle, e o enfermeiro deve estar atento para oferecer seus cuidados, pois estes podem ser meio de disseminação de IH. Vale salientar que esse não é apenas um dever do enfermeiro, mas sim de toda a equipe de saúde da instituição.

A participação dos profissionais assistenciais na execução das políticas de controle das IH é de grande valia, pois estes devem ter conhecimento sobre o assunto e ser capazes de aliar teoria e prática<sup>(15)</sup>.

Sousa e Silva<sup>(16)</sup> apontam como uma das dificuldades para prevenção das IH a baixa adesão dos profissionais às normas propostas pela CCIH, resultado que vai a contraposto desta pesquisa, onde todos afirmam cumprir as solicitações da comissão, se referem a isso como principal forma de contribuição, apesar de não conhecê-las a profundo.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo levam ao reconhecimento de algumas fragilidades existentes quanto ao conhecimento dos enfermeiros assistenciais sobre as funções que devem ser exercidas pela CCIH. Na maioria dos casos, os profissionais reconhecem apenas que este deve ser o órgão a ser procurado em casos de acidentes de trabalho, mas, em termos de prevenção, consideram que em alguns serviços de saúde não há atividades propostas e executadas, indo ao encontro da cultura curativa, que ainda marca o ambiente hospitalar.

Em todo e qualquer serviço de saúde, a presença do enfermeiro se faz necessária, e na CCIH não é diferente. Os enfermeiros assistenciais reconhecem essa importância e a justificam pelo fato de conhecerem as reais necessidades

do hospital e dos pacientes, sendo eles aqueles que muito se dedicam ao cuidado e estão próximos aos enfermos constantemente.

Levando em conta todos os achados, conclui-se que é importante que as instituições invistam em educação em saúde com essa temática, para que os profissionais conheçam as funções da CCIH e possam cobrar dela o devido papel e contribuam com a mesma, uma vez que são eles que colocam em prática normas e protocolos e que estes podem

ser e fazer a diferença na redução e controle das IH.

Este estudo apresentou algumas limitações em relação à amostra, pelo fato de estar ocorrendo mudanças institucionais no local da pesquisa, o que gerou recusa de participação dos profissionais, e em virtude do pouco referencial teórico disponível para embasamento da pesquisa. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos no intuito de instigar os profissionais e instituições a executarem adequadamente o controle das IH.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira FGF, Chagas ANS, Freitas MMC, Barros, LM, Caetano JA. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Vigil. sanit. debate.* 2016; 4(1):70-77.
2. Perna TDGD, Puiatti MA, Perna DH, Martins NM, Couri MG, Ferreira CM. Prevalência de infecção hospitalar pela bactéria do gênero *Klebsiella* em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015; 13(2):119-23.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. [Acesso em: 29 Jan. 2016]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8932bb0047458d9f9714d-73fbc4c6735/LEI+N%C2%BA+9.431-1997.pdf?MOD=AJPERES>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre as diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. [Acesso em: 29 Jan. 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html).
5. Santana RS, Brito BAM, Ferreira JLS, Deus SRM, Moraes MEA, Gama MEA. Atribuição do enfermeiro na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar: Revisão Integrativa. *Rev. Pre. Infec e Saúde.* 2015;1(2):67-75.
6. Alencar IFPS, Araújo LCC, Alencar DRLN. Percepção de profissionais de enfermagem sobre infecção Hospitalar. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança* – 2016;14(2).
7. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 4ed., São Paulo: Editora Edições 70, 2011. 229p.
8. Borges ES, Ferreira SCM. Validação de instrumento para controle e prevenção de infecção de sítio cirúrgico em neurocirurgia. *Rev enferm UFPE on line.* 2016; 10(6):4778-87.
9. Machado MH, Aguiar WF, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da Enfermagem: O perfil sócio demográfico. *Rev Enferm Foco.* 2015; 6(1/4):11-17.
10. Souza LL, Araújo DB, Silva DS, Berrêdo VCM. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição.* 2014; 2(19): 218-32.
11. Andrade ES, Castro, AAP. A importância da educação em saúde para o controle da infecção hospitalar. *J Orofoc Invest.* 2016; 3(1):43-43.
12. Massaroli A, Martini JG, Massaroli R. Educação Permanente para o aperfeiçoamento do Controle de Infecção Hospitalar: revisão integrativa. *Saúde & Transformação Social.* 2014; 5(1):07-15.
13. Barros MMA, Pereira ED, Cardoso FN, Silva RA. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. *Universitas: Ciências da Saúde, Brasília,* 2016; 14(1): 15-21.
14. Fonseca GGP, Parcianello MK. O enfermeiro na comissão de controle de infecção hospitalar na perspectiva ecossistêmica: relato de experiência. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2014; 4(2):1214-21.
15. Paz MCF, Fortes DIFM, Silva DHG. Análise da infecção hospitalar em um hospital universitário na Paraíba no período de 2012 a 2014. *Revista Saúde e Ciência Online.* 2015; 4(3): 31-43.
16. Sousa ECP, Silva FL. Conhecimento e adesão da prática de higienização das mãos dos profissionais da saúde: Revisão bibliográfica. *Rev Saúde em Foco.* 2016; 3(1):84-93.



# PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM MULHERES

Daila Alena Raenck da Silva<sup>1</sup>, Ianny Gabriela Ferrão Garroni Alves<sup>2</sup>, Mariana Tejada de Barros<sup>3</sup>, Fernanda Vaz Dorneles<sup>4</sup>

**Objetivo:** verificar a prevalência de sífilis em mulheres que realizaram o teste rápido em um serviço de referência de Porto Alegre/RS. **Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado com 1300 prontuários de mulheres que realizaram o teste rápido no período de julho de 2012 a abril de 2014. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva. As variáveis categóricas foram expressas em número absoluto e percentual e aquelas com distribuição normal expressas como média  $\pm$  desvio padrão. **Resultados:** 103 (7,9%) apresentaram sífilis. A idade variou de 16 a 76 anos, a média foi de 38,9  $\pm$ 12,8 anos, 46 (45,1%) possuía acima de 11 anos de estudo, 31,0 (30,4%) possuíam parceria fixa, 35 (34,3%) já apresentou algum tipo de IST. **Conclusões:** entende-se que, para o controle da doença, o diagnóstico precoce é fundamental e o atendimento deve ser realizado de imediato na atenção primária em saúde, visando uma maior integração e vínculo com a unidade/comunidade/equipe de saúde.

**Descritores:** Doenças Sexualmente Transmissíveis, Sífilis, Saúde da Mulher.

## THE PREVALENCE OF SYPHILIS IN WOMEN

**Objective:** To verify the prevalence of syphilis in women who performed the rapid check up at a referral service in Porto Alegre. **Methodology:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study of 103 records of women who performed the rapid check up from July 2012 to April 2014. Data were analyzed using descriptive statistics, categorical variables were expressed in absolute number and Percentage and those with normal distribution expressed as average  $\pm$  standard deviation. **Results:** 103 (35.6%) had syphilis. The age ranged from 16 to 76 years, the average was 38.9  $\pm$  12.8 years, 46 (45.1%) had completed secondary education, 31 (30.4%) had a fixed partnership, 35 (34.3 %) already had some type of STD. **Conclusions:** It is understood that for the control of the disease, the early diagnosis is fundamental and the assistance should be performed immediately in the primary care, aiming at a greater integration and bond with the unit /community/health/team.

**Descriptors:** Sexually Transmitted Diseases, Syphilis, Women's Health.

## PREDOMINIO DE SÍFILIS EN MUJERES

**Objetivo:** Determinar el predominio de sífilis en mujeres que se sometieron a la prueba rápida en un servicio de referencia en Porto Alegre. **Metodología:** cuantitativa, estudio descriptivo transversal realizado con 103 registros de mujeres que se sometieron a la prueba rápida de julio de 2012 hasta abril de 2014. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva, las variables categóricas se expresan en números absolutos y porcentaje y los que tienen distribución normal expresaron como media  $\pm$  desviación estándar. **Resultados:** 103 (35,6%) presentaron sífilis. La edad varió de 16 a 76 años, el promedio fue de 38,9 $\pm$  12,8 años, 46 (45,1%) habían completado la escuela secundaria, 31 (30,4%) tenían pareja estable, 35 (34,3 %) ya tenía algún tipo de enfermedad de transmisión sexual. **Conclusiones:** Se entiende que para controlar la enfermedad, el diagnóstico precoz es importante y el servicio debe realizarse inmediatamente en la atención primaria, con el objetivo de una mayor integración y vínculo con el servicio de salud/comunidad/equipo de salud.

**Descritores:** Enfermedades de Transmisión Sexual, Sífilis, Salud de la Mujer.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PMPA. E-mail: dailalena@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Universidade FEEVALE.

<sup>3</sup>Enfermeira. Residente em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

<sup>4</sup>Enfermeira. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PMPA.

## INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são transmitidas por contato sexual e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. Entre as mais conhecidas e preocupantes estão o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a sífilis e as hepatites virais, que podem evoluir para complicações graves, infertilidade, neoplasia e até a morte<sup>(1)</sup>.

A sífilis teve seu agente etiológico descoberto em 1906, pelos pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann. O advento da penicilina como tratamento principal dessa patologia, na década de 40, proporcionou um declínio nos casos, no entanto, atualmente, ela ressurge como um problema de saúde pública<sup>(2)</sup>. É uma doença sistêmica de evolução crônica, cujo curso de evolução é variável, dependendo do tempo de contaminação e estágio da doença<sup>(3)</sup>.

A sífilis pode ser prevenida através da adoção da prática do sexo seguro com o uso do preservativo em todas as relações sexuais. O diagnóstico precoce é importante, principalmente em gestantes, com vistas a evitar a problemática da sífilis congênita. A prevenção abrange questões que envolvem um pré-natal adequado, bem como a aproximação do parceiro para a realização de rastreamento, tratamento e acompanhamento<sup>(4)</sup>. Desde 2005, a sífilis congênita faz parte da lista de agravos de notificação compulsória. Trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde, a fim de controlar a transmissão vertical da doença, podendo assim quantificar e verificar melhores formas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento<sup>(5)</sup>.

O pré-natal e o puerpério são momentos fundamentais para a orientação das principais medidas de prevenção contra a sífilis. São espaços favoráveis à realização de um bom acolhimento focado no vínculo e à efetivação de estratégias que promovam o entendimento referente à doença<sup>(6)</sup>.

O Ministério da Saúde, frente à epidemia de sífilis congênita, lançou, em 2011, por meio do Programa Rede Cegonha, a Portaria nº 145 de 24 de junho de 2011. Esse documento trata, no âmbito da atenção ao pré-natal, da competência das equipes de atenção básica de saúde na realização de teste rápido (TR) para sífilis em todas as gestantes e seus parceiros. Também, em dezembro de 2011, apresentou a Portaria nº 3.242, que preconiza que as parturientes e puérperas, que não realizaram teste para sífilis durante o pré-natal ou que apresentem sorologia desconhecida, realizem teste rápido para sífilis na maternidade<sup>(7)</sup>.

O teste rápido de sífilis é capaz de detectar a presença do treponema em 20 minutos. É realizado através da punção da polpa digital com a retirada de algumas gotas de sangue que, ao serem depositadas em um dispositivo portador de uma fita

de nitrocelulose, revelam o resultado através da coloração de bandas<sup>(8)</sup>.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, conforme a Portaria nº 289, de 14 de março de 2012, instituiu a realização de TR em toda rede de atenção primária de saúde, para detecção de HIV, sífilis e hepatites virais. Após um resultado positivo de sífilis pelo método TR, é solicitado um VDRL confirmação do diagnóstico<sup>(9)</sup>. Observa-se, no Brasil, uma taxa de 1,5 a 5,0% de mulheres contaminadas por sífilis em idade fértil. Essa estatística enfatiza o eixo prioritário das políticas de saúde na estratégia de intervir na cadeia de transmissão relacionada à sífilis congênita<sup>(10)</sup>.

Considerando a alta incidência da sífilis, os riscos a que estão expostas as mulheres, principalmente no que se refere ao pré-natal e à transmissão da sífilis congênita, este estudo pretende verificar a prevalência de sífilis em mulheres que realizaram o teste rápido em um serviço de referência de Porto Alegre/RS.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, desenvolvida em um serviço de referência de Porto Alegre. Foram avaliados 1300 prontuários durante o período de julho de 2012 a julho de 2014; desses, foram analisados 103 por apresentarem Teste Rápidos reagentes para sífilis. Este estudo utilizou dados secundários, oriundos do banco de informações do serviço. Foi construído um instrumento de coleta de dados para organizar a busca das informações. As variáveis selecionadas contemplam questões sociodemográficas, comportamentais e clínicas, entre elas idade, cor, situação conjugal, IST prévia, uso do preservativo. Os critérios de inclusão eleitos foram: apresentar teste rápido reagente para sífilis, ter idade superior a 12 anos, estar em acompanhamento no serviço de referência; e os de exclusão: prontuários com dados ilegíveis ou incompletos, usuários com dificuldades cognitivas. Os dados foram analisados no software (SPSS®) versão 20. Para a estatística descritiva, as variáveis categóricas foram expressas em número absoluto e percentual e as variáveis contínuas em média  $\pm$  desvio padrão. Este estudo respeita os aspectos éticos da Resolução 466/2012. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal da cidade, sob o protocolo 955.599.

## RESULTADOS

Foram encontrados 103 (7,9%) pacientes com testes rápidos reagentes para sífilis. Identificou-se a idade mínima de 16 e a máxima de 76, a média de idade foi de 38,9  $\pm$  12,8 anos. Das mulheres estudadas, 55 (53,9%) consideram-se brancas e 46 (45,1%) apresentavam mais de 11 anos de estudo.

Referente às relações estabelecidas com os parceiros, 31

(30,4%) possuía parceria fixa e 39,0 (40,1%) mantinha relações fixas e eventuais. Quando estudada a presença de ISTs previamente, notou-se que 35 (34,3%) já apresentou algum tipo. O uso de drogas foi observado em 16 (15,7%).

Das pesquisadas, 23 (22,5%) apresentaram exame reagente para HIV, 4 (3,9%) reagente para Hepatite C. Quanto ao uso do preservativo com parceiro fixo, 45 (44,1%) referiram não adotar o sexo seguro. O principal motivo citado para o abandono da prevenção foi a confiança no parceiro, 20 (19,6%), seguido do fato de não gostar de usar, 18 (17,6%). Foi identificado que 56 (54,9%) levaram o preservativo após a consulta.

## DISCUSSÃO

Verificou-se uma prevalência elevada de sífilis neste estudo. Esse fato pode estar vinculado ao aumento de casos na Região Sul, evidenciado pelos dados do último boletim epidemiológico lançado pelo Ministério da Saúde em 2016, que destaca o Rio Grande do Sul como o estado com a taxa de detecção mais alta do país, 111,5 casos /100 mil hab.<sup>(10)</sup>. Fato preocupante, uma vez que o público analisado neste estudo trata-se de mulheres em idade reprodutiva e verifica-se que a sífilis congênita é responsável por 40% das mortes fetais e perinatais no país. Questão que remete à importância de um pré-natal de qualidade, contemplando o parceiro no processo terapêutico<sup>(11)</sup>.

Verifica-se a idade mínima das participantes do estudo compatível com a idade de iniciação da vida sexual relatada na literatura. Um estudo realizado na cidade de São Paulo, que abordou a média de idade de iniciação sexual entre os adolescentes, aponta para um início precoce entre 12 e 17 anos<sup>(12)</sup>. Uma pesquisa realizada com adolescentes, na cidade do Rio de Janeiro, revela que o não uso de método de prevenção durante as relações sexuais está diretamente relacionado com o tempo de duração dos relacionamentos<sup>(13)</sup>. É importante reforçar a prevenção, pois a aquisição de uma IST nesse momento pode ter um impacto na saúde sexual e reprodutiva desses jovens<sup>(14)</sup>. Teve destaque, nesta pesquisa, o extremo mais alto da idade, o que pode estar vinculado ao fato dos idosos estarem mais ativos sexualmente; conseqüentemente, estão abandonando o preservativo<sup>(15)</sup>.

A idade média das mulheres do estudo foi compatível com os disponibilizados pelo Ministério da Saúde que apresenta a maioria na faixa etária de 20 a 39 anos<sup>(10)</sup>. As variáveis cor e escolaridade apontam oposição a outros estudos da literatura. Houve um predomínio de mulheres brancas e com escolaridade mais elevada. Um estudo de vigilância, realizado em Belo Horizonte, durante o período de 2001 a 2008, constatou que as pessoas negras tiveram a maior prevalência de sífilis<sup>(16)</sup>. Quanto à escolaridade, estudo realizado em

Fortaleza, entre 2000 a 2009, revela que o analfabetismo correspondeu a 55,4% dos casos notificados<sup>(17)</sup>. Outro estudo epidemiológico, descritivo, no estado da Bahia, apresentou uma prevalência de mulheres com poucos anos de estudo<sup>(18)</sup>.

O quantitativo elevado de ISTs prévias e o número de mulheres com resultado reagentes para HIV, Hepatites B e C já vem sendo evidenciado na literatura. As ISTs/Aids representam um grande problema de saúde pública, tanto no Brasil, como internacionalmente. No país, as ISTs mais prevalentes são a Sífilis, Gonorréia, Clamídia, Herpes Genital, HPV e HIV<sup>(19)</sup>.

Sobre o uso de drogas, há um percentual considerável de mulheres com exames reagentes para sífilis que usam entorpecente. O consumo de bebidas alcoólicas ou outras drogas pode diminuir a capacidade de percepção do indivíduo, levando à prática desprotegida de atividades sexuais com parceiros de maior risco, facilitando a transmissão de ISTs<sup>(20)</sup>.

Referente ao uso do preservativo, observa-se, nesta pesquisa, dificuldade por parte dos indivíduos em adotarem essa prática. A atitude de abandonar o método de prevenção está vinculada à confiança no parceiro ou ao desconforto durante o uso<sup>(21)</sup>. Um estudo realizado no Brasil, no ano de 2013, para avaliar o uso do preservativo masculino, em diferentes grupos populacionais, apontou a tendência da manutenção do hábito do preservativo no início dos relacionamentos e um abandono progressivo ao perceber a estabilidade da relação<sup>(22)</sup>. Verifica-se, no Brasil, o preservativo sendo pouco utilizado, principalmente entre os jovens<sup>(23)</sup>.

Observou-se um quantitativo de mulheres que apresentavam relações tanto com parceiro fixo quanto eventual, fato relatado na literatura. Existe uma íntima relação entre a infecção por sífilis com comportamentos de maior vulnerabilidade, caracterizados principalmente pela exposição a múltiplas parcerias sexuais, ausência de preservativo nas relações, presença de outras ISTs<sup>(24)</sup>.

Destacou-se, neste estudo, o número elevado de casos de mulheres reagentes para sífilis com exames positivos para HIV e Hepatite C. Esse achado evidencia o risco maior de transmissão do HIV em relações com a presença de outra IST<sup>(25)</sup>. A erradicação da sífilis será possível quando se priorizar o diagnóstico precoce e assegurar o tratamento das mulheres e seus parceiros. A utilização dos testes rápidos agiliza esse processo principalmente em áreas com recursos limitados.

Este estudo trouxe limitações referentes à coleta de dados, pois algumas variáveis apresentaram suas análises prejudicadas devido à ausência de informações; dentre elas, a presença de gestação, questão de tamanha relevância, sendo esse o tema disparador para a implantação da testagem rápida para sífilis no país.

## CONCLUSÃO

Verificou-se, neste estudo, uma alta prevalência de sífilis, com o predomínio de mulheres brancas, jovens, com bom nível de escolaridade, apresentando ISTs prévias e uso inconstante de preservativo. Com base nesses achados, entende-se que, para o controle da doença, o diagnóstico precoce é fundamental; prática possível com a implantação do método de teste rápido e o atendimento imediato como próximo passo. Essa ação visa à intervenção no curso da doença para minimizar o dano à saúde dessas mulheres e o rompimento da cadeia de transmissão, principalmente, com atenção especial às mulheres em idade reprodutiva, com chances de uma gestação, devido aos riscos da transmissão

vertical e consequente sífilis congênita.

Para o sucesso dessa ação, é fundamental a existência de profissionais capacitados e comprometidos. Para isso, é importante a implantação, por parte das políticas de saúde locais, de programas de educação continuada e a sensibilização desses trabalhadores para um olhar mais atento e humanizado às mulheres que buscam atendimento por suspeita de sífilis.

Verifica-se a necessidade de agir não apenas no tratamento quando a doença se encontra instalada, mas atuar e intensificar as estratégias de prevenção e promoção com vistas a abordar as medidas de proteção contra todas as ISTs, principalmente entre as mulheres.

## REFERÊNCIAS

- Kalinin Y. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. *Odonto*. 2016;23(45): 65-76.
- Miranda LFD. O seguimento de doadores de sangue com sorologia positiva para sífilis na Rede-SUS do Distrito Federal [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
- Mello JLDC, Lima MOPBD, Maciel ADC, Linhares FAC, Pinto IF. Sífilis: ainda uma grande simuladora. *RBM rev. bras. med.* 2014;71(9):303-305.
- Dos Anjos KF, Dos Ferraz K; Santos VC. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. *Saúde e Pesquisa*. 2009; 2(2):257-63.
- Filho EAF; Freire SS; Souza BA, Aguenta GS; Maedo CM. Sífilis e Gestação: estudo comparativo de dois períodos 2006 e 2011 em população de puerperas. *DST-J bras Doenças Sex Transm.* 2012; 24(1):30-5.
- Brasil. Ministério da Saúde Departamento de ações programáticas estratégicas, Secretaria de atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. 2005. Acessado em: 17 de novembro de 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/manual\\_pre\\_natl\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/manual_pre_natl_puerperio_3ed.pdf)
- Campos JEB; Passos FDL; Lemos EA; Ferreira AW; Sá CA M; Silva LGP; Asensi MD. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. *DST-J bras Doenças Sex Transm.* 2008; 20(1):12-17.
- Brasil. Ministério da Saúde - Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações, 2011. Acessado em 17 de novembro de 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011prt3242\\_30\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011prt3242_30_12_2011.html).
- Porto Alegre. Portaria nº 289, de 14 de Março de 2012. Teste rápido, HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Secretaria Municipal de Saúde. Porto Alegre 2012. Acessado em 17 de novembro de 2015. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/portaria\\_testagem\\_rapida\\_hiv.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/portaria_testagem_rapida_hiv.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília. Volume 47 Nº 35 - 2016. Acessado em 17 de novembro de 2015. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst\\_aids\\_boletim\\_de\\_sifil\\_1\\_pdf\\_32008.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/dst_aids_boletim_de_sifil_1_pdf_32008.pdf)
- De Brito RS, De Oliveira F. Prevenção da sífilis congênita em um município do Rio Grande do Norte. *Northeast Network Nursing Journal*. 2016;4(1):287-94.
- Miranda JC. Adolescência e vida sexual: o retrato de uma escola pública da região metropolitana do Rio de Janeiro. *SaBios-Revista de Saúde e Biologia*. 2013;8(2):31-40.
- Carneiro RF, Da Silva NC, Alves TA, De Brito DC, De Oliveira LL. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*. 2015;14(1):104-08.
- Rodrigues MO, De Carvalho OPS, Oliveira PP, Amaral JL. Conhecimento dos adolescentes de uma escola da rede pública sobre as principais doenças sexualmente transmissíveis. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2015;3(4):1268-80.
- Da Silva LVS, Dos Santos MS, Bueno AAB, Fassarella CS. O uso de preservativo e a prevenção de doença sexualmente transmissível na terceira idade. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2014;8(1):31-40
- Lima MG; Santos RFE; Barbosa GJA; Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(2): 499-506.
- Campos ALA; Araújo MAL; Melo SP; Gonçalves MLC. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(9): 1747-55.
- Oliveira JSS, Santos JV. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado da Bahia, no período de 2010 a 2013. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde*. 2015;2(2):20-30.
- Bastos VD, Araújo CLF, Loureiro TPC, Torres MS. Projeto Papo Sério: Ações de Saúde Sexual e prevenção das DST/AIDs entre Adolescentes Extramuros. *Revista de Extensão da Univasf*. 2015;3(3):51-61.
- Pereira BDS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HSD, Silva, CALD, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(3): 747-58.
- Da Costa ASS, Zaccara AAL, Leite KNS, De Brito KKG, Soares MJGO, Costa MML, Dos Santos OSH. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(3):364-71.
- Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18 Suppl 1:63-88.
- Chinazzo IR, Câmara SG, Frantz DG. Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. *Psico USF*. 2014;19(1): 1-12.
- Gesink D, Wang S, Norwood T, Sullivan A, Al-Bargash D, Shahn R. Spatial epidemiology of the syphilis epidemic in Toronto, Canada. *Sex Transm Dis*. 2014;41(11):637-48.
- Mafra RLP, Pereira ED, Varga IVD, Mafra WCB. Aspects of gender and vulnerability to HIV/AIDS among users of two of specialized services assistance in DST/AIDS of São Luís, Maranhão, Brazil. *Saúde e Sociedade*. 2016;25(3):641-51.



# AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Suderlan Sabino Leandro<sup>1</sup>, Pedro Sadi Monteiro<sup>2</sup>

**Objetivo:** avaliar o atributo da “Coordenação da Atenção” sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Metodologia:** estudo descritivo transversal realizado com 82 profissionais da “Estratégia Saúde da Família” de uma Região Administrativa do Distrito Federal e foi utilizado como instrumento o Primary Care Assessment Tool. **Resultados:** os profissionais avaliam a coordenação da atenção positivamente, porém, apontam fragilidades em relação aos serviços de referência que não disponibilizam informações úteis sobre o paciente encaminhado. **Conclusão:** esta pesquisa sugere que a continuidade da assistência ao paciente torna-se comprometida em decorrência da quebra na integração dos serviços, sendo necessário buscar formas de melhorar a comunicação entre os diversos níveis de atenção.

**Descritores:** Avaliação em Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente, Estratégia Saúde da Família.

## ASSESSMENT OF THE CARE COORDINATION FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS

**Objective:** To assess the features of care coordination from the perspective of health professionals. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study carried out with 82 professionals of the Family Health Strategy of an administrative region of the Federal District, and the Primary Care Assessment Tool was used as the instrument. **Results:** Professionals evaluate the coordination of care positively but point out weaknesses in relation to referral services that do not provide useful information about the referred patient. **Conclusion:** This research suggests that the continuity of patient care is compromised due to the breakdown in the integration of services and it is necessary to seek ways to improve communication between the different levels of care.

**Descriptors:** Health Assessment, Continuity of Patient Care, Family Health Strategy.

## EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

**Objetivo:** Evaluar el atributo de la “Coordinación de la Atención” bajo la perspectiva de los profesionales de la salud. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal realizado con 82 profesionales de la “Estrategia Salud de la Familia” de una región administrativa del Distrito Federal y fue utilizado como un instrumento de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria. **Resultados:** Los profesionales evaluarán la coordinación de la atención positivamente, pero apuntan fragilidades en relación a los servicios de referencia que no ofrecen informaciones útiles sobre el paciente remitido. **Conclusión:** esta investigación sugiere que la continuidad de la asistencia al paciente se ve comprometida debido a la ruptura en la integración de los servicios, siendo necesario buscar formas de mejorar la comunicación entre los diversos niveles de la atención primaria.

**Descriptorios:** Evaluación en Salud, Continuidad de la Asistencia al Paciente, Estrategia Salud de la Familia.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutorando na Universidade de Brasília-UnB. E-mail: suderlan.leandro@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Unb.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada como o principal eixo para organização do sistema de saúde, tendo como perspectiva alcançar resultados equitativos em saúde com maior eficiência, efetividade e satisfação do usuário<sup>(1)</sup>. No Brasil, é representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada preferencial, responsável pela coordenação e ordenação das linhas de cuidado, pela integração da Rede de Atenção à Saúde e por transformar a realidade de um território definido, com inclusão de ações e serviços que contemplem as situações de injustiças sociais e fortaleça a participação social<sup>(2,3)</sup>.

Essa capacidade do serviço de APS de integrar e assegurar a continuidade do cuidado ao indivíduo é conferido ao atributo da coordenação da atenção, que funciona como um instrumento de articulação e integração entre os vários sujeitos e instituições, necessitando que nos diversos níveis de atenção utilizem estratégias que potencialize um fluxo contínuo de diálogo, principalmente entre os profissionais<sup>(4)</sup>. Assim, para colaborar com a minimização da fragmentação do cuidado e garantia da equidade do acesso é preciso melhorar a qualidade dos serviços, com fortalecimento da gestão da clínica, da organização/ampliação da oferta, dos fluxos e distribuição dos profissionais nos diversos níveis de atenção<sup>(5)</sup>.

Nesse sentido, é necessário que o sistema de saúde seja organizado dentro de uma perspectiva de atender às necessidades da população considerando a existência de desafios que, no caso da realidade brasileira, vêm se reinventando por consequência do processo de mudança das características da morbidade e mortalidade nos últimos anos. Considerando que os agravos crônicos tendem a aumentar e que as pessoas acometidas permanecerão sob um longo período durante o ciclo de vida e que, com isso, ocorrerá um aumento da procura pelos serviços de saúde, elevando o número de consultas e exames e, conseqüentemente, um maior ônus para o sistema de saúde, sendo necessário um planejamento para organização, qualificação e ampliação do atendimento<sup>(6)</sup>.

Assim, para que os serviços da APS estejam preparados para acolher as pessoas com essas necessidades, os profissionais precisam estar sensíveis a colaborar com a execução do papel de coordenação do cuidado dentro da perspectiva da integração. Mas, para alcançar essa preparação dos profissionais que possam contribuir com esse processo é necessário despertar o olhar para essas questões por meio da avaliação do processo de trabalho.

A partir da avaliação em saúde, é possível a identificar os pontos críticos que possam afastar a população de um cuidado integral, bem como contribuir diretamente com a tomada de decisão dos gestores na busca por melhoria

de qualidade da assistência, considerando a opinião dos profissionais. Dessa forma, a avaliação é considerada um dos componentes do processo de gestão e, de acordo com a complexidade de uma organização, irá contribuir diretamente na tomada de decisão, com o intuito de resolver os problemas<sup>(7)</sup>.

Neste estudo, a ferramenta escolhida para fazer a avaliação foi o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão Brasil, pois baseia-se na combinação de elementos de estrutura, processo e resultado, sendo possível medir a presença e extensão de todos os atributos da APS, além de ser o instrumento mais utilizado nas pesquisas sobre APS devido ao seu reconhecimento, aceitação e validação em vários países<sup>(8)</sup>.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o atributo da coordenação da atenção sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa realizado na Região Administrativa (RA) de Samambaia, no Distrito Federal, com enfermeiros e médicos da ESF. A amostra do estudo foi composta por conveniência, sendo utilizados como critérios de inclusão os profissionais que estivessem atuando há pelo menos seis meses na mesma equipe da ESF. Foram excluídos 22 profissionais, sendo seis por terem menos de seis meses de atuação na equipe, outros por encontrarem-se de licença médica, licença-maternidade ou por estarem de férias e um por recusa.

A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2015 e teve a colaboração de seis estudantes do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) que, após treinamento realizado pelo pesquisador responsável, conheceram o objeto da pesquisa e a utilização do instrumento. Os profissionais convidados a participar foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e assinavam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para a coleta, foram utilizados dois instrumentos, um sobre o perfil dos profissionais, e outro, já validado internacionalmente, conhecido como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool Brasil - *Primary Care Assessment Tool*), versão Profissional. Nesse recorte, foram utilizadas questões referentes à dimensão Coordenação da Atenção -Integração de Cuidados<sup>(9)</sup>.

Após a coleta dos dados, as informações foram tabuladas no programa *Microsoft Excel*, sendo analisadas à luz da literatura.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal (FEPECS-DF), parecer 1.167.857.

**RESULTADOS**

O perfil dos 82 participantes do estudo revelam que 54% (n=44) são enfermeiros e 46% (n=38) são médicos, sendo 66% (n=54) do sexo feminino e 34% (n=28) do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 12% (n=10) têm idade entre 21 e 30 anos, 57% (n=47) entre 31 e 40 anos, 20% (n=16) entre 41 e 50 anos, 7% (n=6) entre 51 e 60 anos e 4% (n=3) são maiores de 60 anos. No que se refere à especialização, 72% (n=59) realizaram curso de pós-graduação *latu sensu*, sendo que 39% (n=23) têm formação em Saúde da Família.

A avaliação do atributo coordenação da atenção, os dados foram apresentados na Tabela a seguir.

**Tabela -** Análise estatística da frequência relativa e absoluta da avaliação dos profissionais da APS sobre a coordenação da atenção, Brasília DF, 2015.

Variáveis	Médicos		Enfermeiros		Frequência Total	
	n	%	n	%	N	%
<b>Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?</b>						
Com certeza, sim	7	18	8	18	15	18
Provavelmente, sim	12	32	14	32	26	32
Provavelmente, não	13	34	12	27	25	30
Com certeza, não	6	16	10	23	16	20
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-
<b>Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?</b>						
Com certeza, sim	19	50	19	43	38	46
Provavelmente, sim	12	32	16	37	28	34
Provavelmente, não	3	8	4	9	7	9
Com certeza, não	4	10	5	11	9	11
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-
<b>Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?</b>						
Com certeza, sim	14	37	18	41	32	39
Provavelmente, sim	14	37	18	41	32	39
Provavelmente, não	5	13	3	7	8	10
Com certeza, não	5	13	5	11	10	12
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-
<b>Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes oferece informações escritas para levar ao especialista ou serviço especializado?</b>						
Com certeza, sim	36	95	33	75	69	84
Provavelmente, sim	2	5	9	20	11	13
Provavelmente, não	0	0	0	0	0	0
Com certeza, não	0	0	2	5	2	3
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-

Continuação.

Variáveis	Médicos		Enfermeiros		Frequência Total	
	n	%	n	%	N	%
Com certeza, sim	0	0	5	11	5	6
Provavelmente, sim	6	16	8	18	14	17
Provavelmente, não	15	39	16	37	31	38
Com certeza, não	17	45	15	34	32	39
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-
<b>Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?</b>						
Com certeza, sim	28	74	23	52	51	62
Provavelmente, sim	8	21	15	34	23	28
Provavelmente, não	2	5	5	12	7	9
Com certeza, não	0	0	1	2	1	1
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-

Fonte: Autor da pesquisa, 2015.

Os dados revelam que a maioria das variáveis apresentou respostas positivas 'com certeza sim' e 'provavelmente sim' sendo mais frequentes. Porém, somente na variável relacionada ao conhecimento que os profissionais têm sobre todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados houve uma equiparação das informações, pois 50% (n = 41) dos profissionais responderam 'com certeza sim' e 'provavelmente sim' e os outros 50% (n=41) dos profissionais responderam 'com certeza não' e 'provavelmente não'.

No que se refere a informações úteis recebidas do especialista ou do serviço especializado sobre o paciente encaminhado, os dados revelam uma avaliação negativa, em que 39% (n=32) dos profissionais responderam 'com certeza não' e 38% (n=31) dos profissionais responderam 'provavelmente não,' ou seja, 77% (n=63) concordam que não recebem informações dos especialistas.

**DISCUSSÃO**

Na Região Administrativa de Samambaia-DF, pode-se afirmar que o atributo da coordenação da atenção revelou que está em conformidade, principalmente no que diz respeito às atividades desenvolvidas pelos enfermeiros e médicos da APS, reforçando que essa função definida para APS traz importantes contribuições para continuidade do cuidado, uma vez que é a ordenadora da rede de atenção e que precisa estar bem estruturada, com capilarização por todo o território, sendo um ponto forte para que possa exercer o papel de base do sistema<sup>(10)</sup>.

A despeito dos aspectos da coordenação da atenção, chama atenção a situação em que metade dos participantes do estudo relata que tem conhecimento de todas as consultas

ao especialista que os seus pacientes fazem. Na verdade, essa sincronia pode indicar que há fragilidades no registro dessas informações dos indivíduos, sendo necessário investimento por parte da gestão na capacitação/sensibilização dos profissionais para incorporar ações de monitoramento do registro do trajeto assistencial dos seus pacientes. Em outros estudos, como o realizado em Sobral-CE e Alfenas-MG, os autores relatam que essa questão foi bem avaliada pelos profissionais<sup>(11,12)</sup>.

Sobre o conhecimento da rede SUS-DF, os profissionais têm clareza dos pontos de atenção existentes, bem como a possibilidade do trajeto assistencial a ser seguido, tanto que avaliaram positivamente e afirmam que conhecem os serviços disponíveis na rede, corroborando com estudo realizado no município de Sobral-CE, em que os profissionais referem conhecer o trajeto assistencial dentro da rede de atenção local<sup>(11)</sup>.

Para marcação de consultas junto a especialistas, a avaliação dos profissionais foi satisfatória, pois eles sabem que existe um profissional nas unidades para ajudar na marcação das consultas, corroborando com dados de outro estudo em que a maioria dos profissionais responderam 'com certeza sim', demonstrando que eles também têm conhecimento da existência de uma pessoa para ajudar na marcação da consulta<sup>(11)</sup>.

No que concerne ao encaminhamento dos pacientes, foi quase unânime a avaliação positiva dos profissionais que relatam o envio de informações sobre a situação do paciente, corroborando com outros estudos realizados nos quais as avaliações pelos profissionais também foram positivas<sup>(11,12)</sup>. Porém, em estudo anterior, é apontado que Brasília é uma das cidades que apresenta maior dificuldade para o agendamento de serviços de média complexidade e que, mesmo com a existência dos formulários para registro, não são utilizados pelos profissionais<sup>(13)</sup>.

Ressalta-se que, no DF, está disponível uma guia de consulta que deve ser preenchida pelos profissionais para encaminhamento. Nessa guia contém informações sobre a queixa principal, com espaço para ser registrada a conduta realizada e orientação de segmento, bem como o espaço para registro da contrarreferência. Portanto, é importante destacar que existe essa troca de informações entre

profissionais da ESF e das especialidades, com o intuito de que seja garantido a continuidade do contato, sendo primordial que o profissional exerça a sua função de coordenador dos cuidados ao paciente<sup>(13)</sup>.

Um dos maiores obstáculos identificados que impedem que a coordenação do cuidado ocorra está relacionado à falta de comunicação com os especialistas, os quais não disponibilizam informações úteis sobre os pacientes. Com isso, a contrarreferência fica fragilizada, sendo avaliada pelos participantes do estudo negativamente, confirmado por outros estudos com resultados similares<sup>(11,12)</sup>. As equipes têm restrições para coordenar o cuidado em virtude dos problemas com os fluxos comunicacionais entre os diferentes pontos da rede, admitindo que há fragmentação da rede<sup>(5)</sup>. Na verdade, a informação é a essência da coordenação da atenção, necessitando que todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado registrem de forma consistente os serviços prestados para que todos possam ter acesso e compreender as informações disponibilizadas<sup>(14)</sup>.

O item relacionado à conversa que o profissional da APS realiza quando o paciente retorna da consulta com o especialista para conhecer os resultados foi bem avaliado pelos profissionais, demonstrando um compromisso e uma preocupação com a situação do paciente. Essa positividade também pode ser conferida

em outros estudos, em que refere que a responsabilidade pela continuidade do cuidado é da equipe da ESF e que essa conversa pós-consulta demonstra que o encaminhamento não caracteriza uma transferência de responsabilidade, sendo esse um resgate da integralidade do cuidado<sup>(11,12)</sup>.

De um modo geral, os resultados deste estudo estão em consonância com outro estudo realizado em duas regiões administrativas do DF e cujos dados demonstram que, no subsistema integração de cuidados, os profissionais avaliam positivamente, mas apontam vários desafios para a coordenação que comprometem a integração entre os serviços e demonstram que existe fragilidade na rede de serviços<sup>(15)</sup>. Estamos diante de uma árdua tarefa que é romper essa lógica compartimentalizada de funcionamento dos serviços de saúde, pois para constituir uma rede de atenção à saúde capaz de garantir a integralidade, o acesso e a oferta

*“Para marcação de consultas junto a especialistas, a avaliação dos profissionais foi satisfatória”*



de serviços de saúde de qualidade é preciso ter uma APS robusta e que assuma o papel de centro de comunicação<sup>(16)</sup>.

A limitação da pesquisa é apontar somente a visão dos profissionais de saúde de nível superior que atuam na APS, sendo necessário conhecer também a visão dos outros profissionais envolvidos no cuidado, bem como os usuários dos serviços.

## CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pode-se afirmar que a coordenação do cuidado é um atributo bem avaliado pelos profissionais da APS de Samambaia/DF, porém, não pode ser garantida

a continuidade do cuidado, pois a integração dos serviços está comprometida pela contrarreferência, o que não corresponde ao empenho dos profissionais da APS.

Assim, os dados nos remetem aos desafios para a equipe gestora, sendo necessário buscar maneiras de realizar reflexões com as equipes na perspectiva de garantir a coordenação da atenção e, para tanto, há a necessidade de uma qualificação do processo de trabalho, principalmente, no que se refere à comunicação entre os diversos níveis de atenção, bem como garantir que em todas as unidades seja implantado um núcleo de marcação de consultas com servidores disponíveis para atender à população.

## REFERÊNCIAS

- Arantes LJ, Shimizu HE, Hamann, EM. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet*, 2016; 21(5):1499-1509. DOI: 10.1590/1413-81232015215.19602015
- Brasil. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica [para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)]. *Diário Oficial [da] União*. 2011 out. 31. [Acesso em: 22 abr. 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).
- Souza MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: Diversidade e incompletude. In: Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014. P. 40-76.
- Reichert APS. Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à saúde: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFPI*. 2016; 5(1): 1-3 [Acesso em: 29 abr. 2017] Disponível em <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reu-fpi/article/view/5165/pdf>.
- Santos AM, Giovanella L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde em Deb*. 2016; 40(108): 48-63. DOI: 10.1590/0103-1104-20161080004
- Francisco PMSB, Segri NJ, Barros MBA, Malta DC. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. *Epidemiol Serv Saú*. 2015; 24 (1): 7-18. DOI: 10.5123/S1679-49742015000100002
- Vieira da Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (12): 4851-4860 DOI: 10.1590/1413-812320141912.00572014
- Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary care assessment tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e Atenção Primária à Saúde. *Rev div saú para deb*. 2014; (52): 114-24. [Acesso em: 15 dez. 2016] Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?sequence=1>
- Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Deb*. 2014; 38: 279-95. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S021.
- Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev esc enfer*. 2014; 48: 126-132. DOI: 10.1590/S0080-623420140000600018
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Sal Publ*. 2007; 21 (2): 164-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>
- Carrer A, Toso ARGO, Guimarães ATB, Conterno JR, Minozzo KC. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21 (9): 2849-60. DOI: 10.1590/1413-81232015219.16212016
- Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde em Deb*. 2015; 39(105): 387-99. DOI: 10.1590/0103-110420151050002007 .
- Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(4):1141-54. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28632016

# ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Neuzileny Nery Ferreira Silva<sup>1</sup>, Sandra Maria Cezar Leal<sup>2</sup>, Daiane Trentin<sup>3</sup>, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas<sup>4</sup>, Caroline Porcelis Vargas<sup>5</sup>, Leticia Becker Vieira<sup>6</sup>

**Objetivo:** identificar como os enfermeiros da atenção básica atuam diante dos casos de mulheres em situação de violência, em um município no Pará. **Método:** estudo com abordagem qualitativa. Participaram 10 enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. Coleta por meio de Grupo Focal. Utilizou-se a análise de conteúdo, resultando em quatro categorias: silenciada e invisibilizada; o SIM da violência como questão de Saúde Pública; o desconhecimento da notificação; saindo de cena. **Resultados:** o tema da violência contra a mulher é complexo e de difícil abordagem nos serviços de saúde, requerendo dos enfermeiros maior interação e conhecimento sobre o assunto para qualificar a terapêutica dos casos. **Conclusão:** a pesquisa pode contribuir para a visibilização da violência contra a mulher, no contexto da Atenção Básica, da região em estudo.

**Descritores:** Violência Contra a Mulher, Programa de Educação Permanente, Atenção Básica, Enfermagem.

## PRIMARY CARE NURSES' PERFORMANCE WITH WOMEN IN SITUATIONS OF VIOLENCE

**Objective:** To identify how primary care nurses act in the cases of women in situations of violence, in a municipality in Pará. **Method:** A study with qualitative approach. Participants included 10 nurses from the Family Health Strategy. Collection through Focus Group. Content analysis was used, resulting in four categories: Silenced and Invisible; The SIM of violence as a public health issue; The unawareness of the Notification; Leaving scene. **Results:** The issue of violence against women is complex and difficult to approach in the health services, requiring nurses to interact more and know more about the subject in order to qualify the treatment of the cases. **Conclusion:** The research can contribute to the visibility of violence against women, in the context of Primary Care, of the region under study.

**Descriptors:** Violence Against Women, Permanent Education Program, Basic Attention, Nursing.

## ACTUACIÓN DE LOS ENFERMEROS DE LA ATENCIÓN BÁSICA ANTE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLÊNCIA

**Objetivo:** Identificar cómo los enfermeros de la atención básica actúan ante los casos de mujeres en situación de violencia, en un municipio en Pará. **Método:** Estudio con abordaje cualitativo. Participaron 10 enfermeras de la Estrategia de Salud de la Familia. Recolección por medio de un grupo focal. Se utilizó el análisis de contenido, resultando en cuatro categorías: Silenciada e Invisibilizada; El SIM de la violencia como cuestión de Salud Pública; El desconocido de la notificación; Saliendo de escena. **Resultados:** El tema de la violencia contra la mujer es complejo y de difícil abordaje en los servicios de salud, requiriendo de los enfermeros mayor interacción y conocimiento sobre el tema, para calificar la terapéutica de los casos. **Conclusión:** La investigación puede contribuir a la visibilización de la violencia contra la mujer, en el contexto de la Atención Básica, de la región en estudio.

**Descritores:** Violencia contra la Mujer, Programa de Educación Permanente, Atención Básica, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutoranda da Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestranda da Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: k2vargas@gmail.com.

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define violência o uso intencional da força física, do poder real ou ameaça contra si próprio, outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A violência contra as mulheres (VCM) é um tipo comum de violência<sup>(1,2)</sup>.

Estima-se que 10 a 50% das mulheres em todo o mundo já sofreram violência física em algum momento de suas vidas, sendo os parceiros íntimos os principais agressores e os lares cenários comuns dessas práticas. O tema da VCM é reconhecido pela OMS como um grave problema mundial e passou a tratar como questão de saúde pública<sup>(2)</sup>.

Nessa perspectiva, o profissional da saúde capacitado atua na tentativa de resolução do problema, contribuindo para redução do ciclo da violência, evitando que casos simples se tornem mais graves, devendo conhecer as articulações dos serviços em rede para dar maior fluidez e eficácia no atendimento<sup>(3)</sup>. Entretanto, a violência é pouco identificada nos serviços de saúde e subnotificada, mascarando a gravidade da situação. Além disso, é considerada como problema de extrema dificuldade para ser abordado<sup>(4)</sup>.

Os serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS) constituem a principal porta de entrada para o atendimento das mulheres em situação de violência.<sup>(4)</sup> Destaca-se ainda, que é um espaço privilegiado para identificar as mulheres em situação de violência, principalmente, pela proximidade do serviço com a usuária. Com base no exposto, constitui-se como objetivo deste estudo: identificar como os enfermeiros da ABS atuam diante dos casos de mulheres em situação de violência.

## METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo, realizado nos serviços de ABS, em um município localizado na mesorregião Sudeste do Pará, região Norte do Brasil. Participaram enfermeiros(as) com atuação profissional nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O critério de inclusão foi ser enfermeiro(a) da ESF do município em estudo. Foram excluídos os que estavam afastados por férias ou licenças no período em estudo. Utilizou-se como técnica de coleta dos dados o Grupo Focal (GF). Os que aceitaram participar do estudo foram liberados das atividades pelas coordenações dos serviços envolvidos nos dias de coleta de dados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2015, com intervalo de uma semana. O primeiro encontro teve duração de duas horas e trinta minutos e o segundo durou uma hora e cinquenta minutos, realizados em uma sala de reuniões do Sindicato dos Trabalhadores de Educação Pública, no

qual participaram oito enfermeiras e dois enfermeiros. Os encontros foram gravados em áudio, com a permissão dos integrantes. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin. O anonimato foi garantido, mediante a atribuição de identificação dos participantes como: E1, E2, E3 e assim sucessivamente. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, em 2015: CAAE: 45735615.5.0000.5344 e parecer nº 1.103.299.

## RESULTADOS

Emergiram dos resultados quatro categorias, as quais são apresentadas a seguir.

### Silenciada e invisibilizada: o (não) ver da violência nos serviços de AB

A análise dessa categoria revela a invisibilidade das mulheres em situação de violência no cotidiano dos serviços de saúde, indicando a dificuldade de os profissionais reconhecerem as situações de violência. Revelaram que o silêncio faz parte desse contexto, tanto das mulheres que não verbalizam a violência, quanto dos profissionais que não investigam a possibilidade durante os atendimentos. *Casos de violência doméstica é mais difícil identificar, porque a mulher não vai no posto falar sobre isso. Fala de álcool, drogas, menos de violência.* (E10).

*As agressões verbais, um empurrão, para elas já é normal, nem consideram como agressão, é até difícil você trabalhar.* (E6).

Também sinaliza-se que o próprio corpo é objeto de denúncia, ou seja, os casos que envolvem lesões físicas remetem à possibilidade da situação ocorrida e são os mais emblemáticos: *Para identificar uma pessoa que sofre violência física se chega com marcas é mais fácil.* (E1).

O estudo traz questões relacionadas à dificuldade de as mulheres em situação de violência buscarem o atendimento, mostrando que a procura é realizada em casos extremos, quando há comprometimento físico e demanda intervenção dos serviços de saúde: *[...] chegou na UPA, de ambulância. [...] disse que havia apanhado do marido com uma enxada, [...]. Essa mulher só procurou a Unidade porque estava muito machucada e não aguentava mais.* (E4).

### O "SIM" da violência como questão de saúde pública

A análise dessa categoria aponta que o tema da VCM ainda causa estranhamento para os profissionais de saúde quando abordado como problema de saúde pública. No primeiro encontro, ao ser lançada a pergunta: Vocês consideram a violência contra as mulheres uma questão de saúde pública? As respostas das enfermeiras foram unânimes

e monossilábicas “SIM”. Entretanto, não manifestaram desejo de discorrer sobre o tema.

Já no segundo encontro, foi perguntado novamente e solicitado exemplos dos problemas de saúde mais comuns atendidos ou observados por esses profissionais em relação às mulheres em situação de violência atendidas na demanda dos serviços. Desse encontro, emergiram as seguintes falas: *Depressão, isolamento da família, dos amigos, até do filho.* (E10). *Ela se afasta de todo mundo, [...] qualquer amiga próxima vai saber o que ela passa.* (E9)

Outro aspecto mencionado pelas participantes é o uso de medicação controlada pelas mulheres em situação de violência: *O marido bateu tanto, que ela toma remédio controlado até hoje.* (E10).

A notificação dos casos atendidos nos serviços de saúde é importante estratégia para respaldar a necessidade de investimentos públicos e institucionais na promoção de ações para o enfrentamento do problema.

### O desconhecimento da notificação

Outra análise é a identificação da ausência de notificação dos casos que envolvem violência, por parte dos profissionais enfermeiros, revelando o desconhecimento da legislação: *Na Unidade não nem tem essa ficha disponível. Só vi em livros a imagem da ficha.* (E1).

### Saindo de cena: o encaminhamento como tentativa de solução ou transferência de responsabilidade?

Quando se buscou saber a conduta adotada pelos enfermeiros nos casos de atendimento às mulheres em situação de violência, as falas expressaram medo, insegurança e desconhecimento. Por não se sentirem capacitados para prestar o atendimento, na maioria das vezes, optavam pelo encaminhamento.

Os relatos remetiam a falta de preparo dos profissionais para atenderem a mulher vítima de violência. Motivados, muitas das vezes, pela sensação de impotência, e coagidos, optavam por não aprofundar a investigação de violência conjugal. O sentimento de incapacidade para o atendimento e o medo de represália fazem com que as enfermeiras calesem e não prossigam com as investigações: *Como o município oferece alguns núcleos de apoio na atenção básica, na Unidade como o NASF, o CRAS, o Propaz, não temos poder de resolutividade, nos inibimos de entrar, tenho medo. Eu aciono esses órgãos de apoio.* (E7)

Outro ponto mencionado pelas participantes são os casos de encaminhamentos, que podem revelar a resistência em atender situações de violência: *[...] precisamos do psicólogo, do assistente social pra resolver isso, independente da denúncia.* (E6)

## DISCUSSÃO

As discussões no grupo revelaram que as enfermeiras têm consciência da existência do problema, apontaram instrumentos como a conversa e qualificação da escuta, prestando mais atenção às queixas das usuárias, como mecanismos de desvelo dessa violência. Desse modo, é necessário que o profissional de saúde manifeste atitude de acolhimento e credibilidade, possibilitando-a a falar sobre a violência<sup>(2,5)</sup>.

A face visível da violência é expressa quando as mulheres chegam aos serviços de saúde procurando a cura para o corpo ferido, marcado por hematomas e fraturas que representam a denúncia da violência<sup>(6)</sup>. Os casos que envolvem a violência física denunciam que, para algumas mulheres, o ambiente doméstico passa a ser um local perigoso, cenário da maioria das agressões físicas. Além disso, os principais agressores são pessoas com algum vínculo, marido ou companheiros, dificultando a formalização de denúncias e a procura por atendimento, que só ocorrem quando resultam em fatos extremamente graves<sup>(7)</sup>.

Outras falas apontam a dificuldade de os profissionais identificarem as mulheres, usuárias dos serviços, como sujeitos que vivenciam situações de violência. Em muitas situações, o agravo é identificado por deixar marcas concretas no corpo. Dessa forma, o olhar dos profissionais fica limitado às lesões físicas comprometendo a integridade do cuidado<sup>(8)</sup>.

No que tange à atuação do agente comunitário de saúde (ACS), este desempenha papel chave na equipe da Estratégia Saúde da Família. Faz a articulação entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. É o elo entre a comunidade, que é potencializado pelo fato de ser um morador na região, atuando junto com a equipe na prevenção de doenças, agravos e vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares, ações educativas e coletivas, nos domicílios e na comunidade<sup>(4,8)</sup>.

Os ACS ao identificarem um caso de violência, devem informar imediatamente a equipe, buscando, por meio da socialização e discussão dos casos, a solução por meio das condutas terapêuticas e assistenciais. Porém, essa ação pode gerar conflitos, por expor o ACS como principal autor da denúncia, que envolve situações de maus tratos<sup>(6)</sup>.

Destaca-se a importância da enfermeira, na equipe de ESF, como profissional que instrumentaliza e prepara os ACS, mediante as necessidades da população, por meio de ações de educação em saúde. Além disso, ela contribui na identificação dos casos de violência e na formulação de ações assistenciais<sup>(6)</sup>.

Portanto, é necessário pensar na capacitação dos ACS como importante estratégia no reconhecimento de situações de violência. Nesse sentido, é preciso envolver o enfermeiro na condição de coparticipante no processo



de instrumentalização desses trabalhadores, para atuar na desnaturalização de situações que envolvam VCM<sup>(6)</sup>.

Outro aspecto identificado é a depressão e o isolamento das mulheres em situação de violência. Entretanto, mediante a demanda dos serviços de saúde, os casos de violência são velados e tratados como depressão<sup>(9)</sup>. Estudos<sup>(10,12)</sup> sinalizam que a saúde psicológica da mulher em situação de violência sofre impactos nefastos, requerendo atenção especial e acompanhamento psicológico para o tratamento e restabelecimento da mulher.

A VCM é uma questão de saúde pública, acarretando altos custos ao sistema de saúde, além de requerer atendimento integral, prestado por equipe multiprofissional e em rede<sup>(13)</sup>. Ela tem múltiplas faces, pode resultar em homicídios, cometidos principalmente por parceiros íntimos. Uma grave situação que deixa marcas, mutila e ceifa a vida de muitas mulheres, em especial das jovens<sup>(14)</sup>.

Cabe ressaltar que as mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde e, quando conseguem ter acesso, muitas vezes, já estão com a saúde comprometida. Devido à não identificação precoce dos casos, em que a violência não é declarada, pois as situações são identificadas somente nos casos mais graves<sup>(15)</sup>.

A identificação da ausência de notificação dos casos que envolvem violência por parte dos profissionais enfermeiros é outro ponto a ser analisado. A menção por alguns profissionais do desconhecimento da ficha de notificação, sendo a presente pesquisa fonte de informação, sinaliza que a violência é subnotificada, corroborando com a ênfase em um fenômeno invisível<sup>(14, 16, 17)</sup>.

Por outro lado, pode-se inferir a importância do conhecimento dos profissionais acerca da legislação vigente e o cumprimento dos protocolos. Cabe salientar que os dados gerados pelas notificações subsidiam ações do Ministério da Saúde, fomentam políticas públicas para o atendimento e enfrentamento da violência<sup>(16)</sup>.

Ainda, o desconhecimento da notificação indica que não há uma pactuação para o enfrentamento da VCM. Desse modo, a compulsoriedade não é garantia de aumento nas notificações, o que pode ser encarado como descaso pelos profissionais<sup>(17,18)</sup>.

Os resultados deste estudo apontaram que a subnotificação da VCM na ABS do município assume caráter emergencial. Porém o achado não deve ser tomado para culpabilizar os profissionais. Mas, com o desafio de construir estratégias conjuntas que permitam os profissionais o repensar de suas práticas, buscando novos entendimentos sobre o assunto como possível solução<sup>(17,18)</sup>.

Nesse sentido, a formação e instrumentalização do profissional pode ser um contraponto para as dificuldades encontradas na notificação de casos de VCM. Do mesmo modo, o profissional preparado pode identificar precocemente casos de violência, especialmente no que tange à violência crônica, qualificando o atendimento e contribuindo para visibilidade da violência<sup>(4)</sup>.

Outra face do estudo, é o encaminhamento aos órgãos competentes, que, por sua vez, nem sempre dão retorno dos desdobramentos. Fato também evidenciado nos resultados

de outro estudo, que relatam encaminhamento de casos de violência aos órgãos assistentes da rede sem respostas positivas para a solução do problema<sup>(19)</sup>.

Entretanto, os profissionais referem dificuldades em lidar com o sofrimento das usuárias e recorrem ao encaminhamento a outros profissionais especialistas como solução, suscitando a transferência de responsabilidade do cuidado. Dessa forma, os encaminhamentos aos serviços psicossociais ou de

saúde, sem assegurar a proteção à mulher, contribuem para a manutenção da violência e o descrédito da usuária nos serviços de saúde, policial e jurídicos, reiterando o caráter individual e esquecendo a conotação social do problema<sup>(16)</sup>.

Os limites desta pesquisa estão relacionados à apresentação de dados de uma região, que representam o cenário da ABS do município em estudo, acerca dos atendimentos das mulheres em situação de violência. Porém, mesmo não sendo possível generalizar, os resultados refletem a invisibilização da VCM no contexto da ABS, cenário que se repete nas demais regiões do país.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelam que os atendimentos às mulheres em situação de violência ainda são de difícil

*“A identificação da ausência de notificação dos casos que envolvem violência por parte dos profissionais enfermeiros é outro ponto a ser analisado”*

abordagem no contexto da ABS, o que se agrava com a dificuldade para reconhecer as situações que envolvem violência, descaracterizando o fato como grave problema de saúde pública. Soma-se a isso a necessidade do entendimento da notificação da violência como importante instrumento que fomenta a construção de políticas públicas para o

enfrentamento da VCM.

É necessário pensar na ampliação de práticas educativas, bem como reformular ações, aprofundando o conhecimento na promoção da qualificação da equipe, carecendo de novos estudos sobre o assunto, relacionando a prática e a teoria.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência [Internet]. São Paulo; 2012. [citado 2015 abr 27]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359\\_por.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf?ua=1)
2. Leite MTS et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Rev. Latino-Am [Internet]*. 2014; 22(1): 85-92. [citado 2017 fev 16]. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
3. Baptista RS et al. Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. *Rev. Rene [Internet]*. 2015; 16(2): 210-7. [citado em 2016 dez 19]. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12654/1/2015\\_art\\_rsbaptista.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12654/1/2015_art_rsbaptista.pdf)
4. Moreira TNF et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc [Internet]*. 2014; 23(3): 814-27. [citado em 2017 fev 16]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88568>
5. Cortes LF et al. Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. *Rev. Gaúcha Enferm [Internet]*. 2015; 36(esp.): 77-84. [citado em 2017 fev 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0077.pdf>
6. Hasse M; Vieira ME. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate [Internet]*. 2014; 38(102): 482-93. [citado em 2016 jan 1]. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0482.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0482.pdf)
7. Garcia-Moreno C et al. The health-systems response to violence against women. *The Lancet [Internet]*. 2015; 385(9977): 1567-79. [citado em 2016 nov 16]. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61837-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf)
8. Hesler LZ; Costa MC; Resta DG; Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 1(34): 180-6.
9. Bittar D; Kohlsdorf M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista Psicol Argum [Internet]*. 2013; 31(74): 447-56. [citado em 2015 out 10]. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index>
10. Oliveira PP et al. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2015; 24(1): 196-203. [citado em 2017 mar 19]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf)
11. Mobasher A et al. Personality Psychopathology Among Female Victims of Domestic Violence Referred to the Forensic Medical Center. Ahvaz, Iran. *Advances in Environmental Biology [Internet]*. 2014; 8(9): 307-10. [citado em 2016 ago 26]. Disponível em: <http://go-gale-group.ez46.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?δid=GALE|A3921763808-v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>
12. Gomes NP; Erdmann AL. Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need to provide care for the women. *Rev Latino Am Enferm*. 2014; 22(1): 1-9.
13. Lettiere A; Nakano MAS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2015; 17(4): 18-24. [citado em 2016 ago 12]. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a18.pdf>
14. Cordeiro CCK; Santos MR; Gomes PN; Melo SD; Mota SR; Couto MT. Formação Profissional e Notificação da Violência Contra a Mulher. *Revista Baiana de Enfermagem [Internet]*. 2015; 29(3): 209-17. [citado em 2014 jun 12]. Disponível em: [www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/13029/pdf](http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/13029/pdf)
15. Estragué GP; Cuadra RA; Pumarola FC; Martí BMD; Rodríguez MD; Ballester FD. Percepção de estudantes de enfermagem sobre violência do parceiro: conhecimentos, crenças e função profissional. *Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]*. 2015; 3(23): 527-34. [citado 2016 mai 15]. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-23-03-00527.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-23-03-00527.pdf)
16. Menezes MR et al. Enfrentamento da Violência Contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc [Internet]*. 2014; 23(3): 778-86. [citado em 2015 mai 15]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>
17. Kind L et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2013; 9(29): 1805-15. [citado em 2014 mar 14]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00096312>
18. Garbin CSA et al. Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. *Arch Health Invest [Internet]*. 2016; 5(1): 8-12. [citado em 2016 mar 16]. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/1294>
19. Machado CJ; Rodrigues PV; Vilela ABA; Simões VA; Morais LGLR; Rocha NE. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de saúde da família. *Saúde Soc [Internet]*. 2014; 23(3): 828-40. [citado em 2015 mar 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc-23-3-0828.pdf>

# PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ (UVA)

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto<sup>1</sup>, Cristhian Farias Ferreira Muniz<sup>2</sup>, Luiza Jocymara Lima Freire Dias<sup>3</sup>, Francisco Diogenes Júnior<sup>4</sup>, Maria Adelane Monteiro da Silva<sup>5</sup>, Eliany Nazaré Oliveira<sup>6</sup>

**Objetivo:** descrever o perfil sociodemográfico dos estudantes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). **Metodologia:** estudo exploratório-descritivo, sob abordagem quantitativa, realizado no período de novembro de 2015 a setembro de 2017, com 276 acadêmicos de Enfermagem da UVA. Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico através da plataforma Google Forms®. **Resultados:** 78,6% dos estudantes são do sexo feminino; 56,5% são adultos jovens com idade de 20 a 24 anos; 89,9% são solteiros; 57,2% de raça/cor parda; e 41,7% com renda familiar mensal de até um salário mínimo. **Conclusão:** com o atual contexto social, político e educacional da Enfermagem e o do SUS, os dados desta pesquisa contribuirão para o aperfeiçoamento do projeto pedagógico do curso e de políticas públicas para essa que é uma das mais importantes categorias de trabalhadores da saúde.

**Descritores:** Enfermagem, Ensino em Enfermagem, Estudantes de Enfermagem.

## **SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF UNDERGRADUATE NURSING STUDENTS OF THE STATE UNIVERSITY VALE DO ACARAÚ (UVA)**

**Objective:** To describe the sociodemographic profile of undergraduate nursing students from the State University of Vale do Acaraú (UVA). **Methodology:** Exploratory-descriptive study, under a quantitative approach, conducted in the period from November 2015 to September 2017 with 276 UVA Nursing students. The data collection was done by an electronic questionnaire through the Google Forms® platform. **Results:** 78.6% of the students are female; 56.5% are young adults aged 20 to 24 years; 89.9% are single; 57.2% race / brown color; and 41.7% with monthly family income up to one minimum wage. **Conclusion:** With the current social, political and educational context of Nursing and SUS, the data from this research will contribute in the improvement of the educational project of the course and public policies for this, that is, one of the most important categories of health workers.

**Descriptors:** Nursing, Teaching in Nursing, Nursing students.

## **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ESTADUAL VALLE DE ACARAÚ (UVA)**

**Objetivo:** Describir el perfil sociodemográfico de los estudiantes del curso de Graduación en Enfermería de la Universidad Estadual Valle de Acaraú (UVA). **Metodología:** Estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado en el periodo de noviembre de 2015 a septiembre de 2017 con 276 académicos de Enfermería de la UVA. Los datos fueron recolectados por medio de cuestionario electrónico a través de la plataforma Google Forms®. **Resultados:** 78,6% de los estudiantes son de sexo femenino; 56,5% son adultos jóvenes con edad de 20 a 24 años; 89,9% son solteros; 57,2% mulatos; y 41,7% con renta familiar mensual de hasta un salario mínimo. **Conclusión:** Con el actual contexto social, político y educacional de la Enfermería y del SUS, los datos de esta investigación contribuirán al perfeccionamiento del proyecto pedagógico del curso y de políticas públicas para esta, que es una de las más importantes categorías de trabajadores de la salud.

**Descritores:** Enfermería, Enseñanza en Enfermería, Estudiantes de Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeiro, Doutor em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral - Ceará. E-mail: rosemironeto@gmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeiro Graduado pela UVA. Hospital do Coração de Sobral - Ceará.

<sup>3</sup>Acadêmica de Enfermagem da UVA.

<sup>4</sup>Enfermeiro Graduado pela UVA. Hospital do Municipal Natércia Rios. Itarema - Ceará.

<sup>5</sup>Enfermeira, Doutor em Enfermagem. Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem e Docente do Mestrado em Saúde da Família da UVA.

<sup>6</sup>Enfermeira, Doutor em Psicologia. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde da Família da UVA.

## INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho em Enfermagem passa por um processo de ressignificação, com a aquisição de novas práticas e saberes, para dar conta das demandas, problemas e necessidades de saúde, tendo como foco a família, os sujeitos e sua comunidade, em uma perspectiva da concepção de saúde, como qualidade de vida. Com isso, as novas intervenções no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Pública são cartografadas com o intuito de aperfeiçoar a atenção ao processo saúde-doença-cuidado.

Conseqüentemente, a reestruturação produtiva e a transição tecnológica do setor saúde vêm influenciando em diversas transformações no ensino da Enfermagem no Brasil, na tentativa de formar enfermeiros generalistas, com uma visão sanitária voltada para as necessidades do sistema público sanitário. Uma importante estratégia para adequar o ensino de Enfermagem a esse panorama sanitário, fora as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros com enfoque generalista, humanista, críticos e reflexivos<sup>(1)</sup>.

Com o estabelecimento das DCN, o perfil de formação e, conseqüentemente, o perfil profissional da Enfermagem brasileira vêm passando por intensas mudanças políticas, para adequarem-se ao cenário contemporâneo do mercado de trabalho em saúde. Tal padrão de formação tem como base o perfil epidemiológico regionalizado, as ações de prevenção de riscos, agravos e doenças, a educação e a promoção da saúde, dentre outras, e não somente na lógica tecnicista do modelo de ensino flexneriano, caracterizado por estar centrado apenas na doença.

Com o desenvolvimento do SUS e a implantação e/ou implementação de novas políticas, programas, projetos, ações e serviços de saúde, ocorreu um crescimento geométrico dos cursos de graduação em Enfermagem. No ano de 2000, havia 183 cursos de graduação em Enfermagem, entre instituições públicas e privadas; em 2006, eram 582 cursos, um crescimento de 218%. Já no ano de 2015, o Ministério da Educação contabilizou um total de 793 cursos, assim distribuídos entre todas as regiões do país: Região Sudeste - 329; Região Nordeste - 198; Região Sul - 112; Região Centro-Oeste - 84; e 70 na Região Norte. O estado do Ceará possui 32 cursos de Graduação em Enfermagem<sup>(2)</sup>.

A ampliação do número de vagas nos cursos de graduação em Enfermagem, em um determinado estágio de desenvolvimento do SUS, foi importantíssimo, pois a demanda de novos enfermeiros, com o perfil de formação profissional para o contexto político sanitário voltado a atender às necessidades do país, era urgente. Porém, o que temos hoje é um número excessivo de cursos de graduação em

Enfermagem, demandados pelo processo de mercantilização do ensino nas Ciências da Saúde, e que nos levar a questionar/ refletir de como está a qualidade desse ensino e com que competência estão sendo formados os novos enfermeiros.

Destarte, com a expansão dos cursos de Enfermagem nos últimos anos, com conseqüente aumento no número de acadêmicos matriculados, surgiu o interesse de se investigar o perfil do estudante do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), por ser uma Instituição de referência no norte cearense, que forma aproximadamente 70 graduados em Enfermagem por ano. Este estudo assume relevância para o ensino superior, na medida em que poderá subsidiar propostas de reestruturação de currículos de Enfermagem e propor adaptações, reforçando a coerência teórico-prática do processo de formação, de modo a complementar as necessidades pessoais e regionais e o perfil epidemiológico da população. Ademais, poderá contribuir efetivamente no processo ensino-aprendizagem nas instituições, no campo de estudo e na análise do crescimento da profissão na região, no estado do Ceará e mesmo no país. Ainda contribuirá com o curso de Enfermagem, uma vez que delineado o perfil desse público, se tornará mais fácil a aplicação de novas estratégias que visem a otimização do aprendizado e, conseqüentemente, a formação de um profissional competente, humanizado e com responsabilidade sanitária. Assim, o presente estudo objetivou descrever o perfil sociodemográfico dos estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UVA.

## METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo, sob abordagem quantitativa, realizado no período de novembro de 2015 a setembro de 2017, no curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UVA, em Sobral - CE. Optou-se por essa Instituição de Ensino Superior (IES) pois o curso de Enfermagem apresenta-se no histórico da região como o primeiro de nível universitário a ser ofertado no interior do estado, caracterizando uma alínea social no processo de formação de enfermeiros para o mercado de trabalho.

O referido curso de Enfermagem possuía 355 estudantes regularmente matriculados entre o primeiro e o décimo períodos no semestre 2016.1, sendo 244 matriculados nos módulos de Atenção Básica à Saúde (ABS) I a VII (do 1º ao 7º período) e 111 matriculados nos Internatos em Enfermagem I a III (do 8º ao 10º período)<sup>(3)</sup>. A escolha dos estudantes matriculados nos referidos módulos deu-se por estes serem obrigatórios e pré-requisitos no decorrer dos 10 semestres do curso. Pretendeu-se, neste estudo, que a amostra coincidissem com a população. No entanto, foram inclusos no estudo os estudantes que assinaram o Termo de Consentimento



Livre e Esclarecido (TCLE) e estavam presentes em sala de aula no momento da coleta de dados. Assim, do total de 355 acadêmicos regularmente matriculados, 276 (77,7%) estudantes compuseram a amostra desta pesquisa.

A coleta dos dados se deu por meio da utilização de um questionário, com perguntas abertas e fechadas, contendo variáveis sócio-demográficas, que são: sexo, idade, estado civil, raça/cor e renda familiar. Os dados foram coletados a partir da plataforma *Google Forms*®, website de elaboração de questionários eletrônicos. O questionário desta pesquisa foi adaptado do utilizado na pesquisa "Perfil da Enfermagem no Brasil" da FIOCRUZ/COFEn<sup>(4)</sup>. Antes da aplicação dos instrumentos foi realizado um pré-teste, com um acadêmico de cada período letivo. O referido questionário foi enviado aos acadêmicos de Enfermagem após a coleta do endereço eletrônico em sala de aula, durante o horário normal dos módulos de ABS e encontros dos internatos. Passado o período de coleta dos dados, que ocorreu durante os meses de março a abril de 2016, estes foram sistematizados para posterior análise, em planilhas do Excel® e organizados de forma tabular, e analisados estatisticamente, segundo frequências absolutas e percentuais.

A pesquisa foi realizada com a permissão da Coordenação do Curso de Enfermagem da referida IES, por meio do envio da Carta de Anuência e o projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo este aprovado por meio do protocolo de número: 50965515.8.0000.5053.

## RESULTADOS

A descrição do perfil dos acadêmicos de Enfermagem mostra-se necessária/importante, ao passo que possibilita refletir sobre as características, fragilidades e o contexto político, social e econômico desse grupo social, para que se possa inferir na formação (projeto didático-pedagógico) e intervir nas necessidades sociais e fragilidades que emergem no público estudado (Tabela).

**Tabela** - Perfil sociodemográfico dos acadêmicos de Enfermagem da UVA. Sobral - Ceará, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	217	78,6
Masculino	59	21,4
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
< 20	87	31,5
20 a 24	156	56,5
25 a 29	27	9,8
30 e mais	6	2,2
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>

Continuação.

VARIÁVEIS	N	%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/a	248	89,9
Casado/a	20	7,2
União consensual/estável	5	1,8
Divorciado/a	3	1,1
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>
<b>Cor/Raça</b>		
Parda	158	57,2
Branca	93	33,7
Preta	15	5,4
Amarela	10	3,7
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>
<b>Renda Familiar (Salário Mínimo-SM)</b>		
<1 SM	30	10,9
1 SM	85	30,8
2 SM	68	24,6
3 SM	54	19,6
4 e mais SM	39	14,1
<b>TOTAL</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>

## DISCUSSÃO

O estudo apresenta a predominância de acadêmicos de Enfermagem do sexo feminino (217 - 78,6%). Conforme o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, o Censo da Educação Superior de 2009 revelou uma predominância de estudantes do sexo feminino. Mostrando que as mulheres correspondem a 55,1% do número total de matrículas e a 58,8% do número total de concluintes<sup>(5)</sup>.

Entre os trabalhadores da Enfermagem mundial e brasileira sempre foi muito presente a figura feminina. As ações historicamente desenvolvidas pelas enfermeiras tiveram bem próximas àquelas dos cuidados maternos, de enfermos nos lares, de sujeitos em situação de risco ou vulnerabilidade<sup>(6)</sup>.

No entanto, o presente estudo revela que, 21,4% dos acadêmicos de Enfermagem são homens. Apesar do número de mulheres ainda ser bem maior, nota-se um aumento no número de acadêmicos do sexo masculino. A participação crescente de homens no setor saúde, principalmente na Enfermagem, nos leva a afirmar o surgimento de uma nova tendência nesse campo, o caminhar para a igualdade de gênero da categoria. Na pesquisa do "Perfil da Enfermagem Brasileira" foi identificado que 14,4% dos profissionais são homens<sup>(7)</sup>.

A Enfermagem vem evoluindo e conquistando novas áreas e espaços de atuação dentro dos campos da gestão, ensino, pesquisa, movimento político-profissional, dentre

outros, revelando uma visão mais ampliada do conceito do profissional enfermeiro. O interesse de homens pelo trabalho de enfermeiro é recente, do início da década de 1990, e vem se firmando, aos poucos vai desmitificando o histórico da profissão exclusiva para mulheres<sup>(6)</sup>.

Com relação à idade dos acadêmicos, percebe-se o ingresso destes cada vez mais jovens. Vários podem ser os fatores relacionados, desde as exigências do atual mercado econômico, a maior possibilidade de ingresso mais cedo na universidade, refletindo uma melhoria de acesso à formação universitária e, conseqüentemente, formação profissional qualificada. Além disso, o ingresso cada vez mais cedo na universidade pode estar atrelado a uma possível cobrança familiar e social em iniciar uma graduação imediatamente após o ensino médio.

No que concerne à faixa etária, há uma predominância de adultos jovens, 20 a 24 anos (156 - 56,5%), seguida de adolescentes, dos menores de 20 anos (87 - 31,5%). A menor idade encontrada neste estudo foi de 16 anos. Contudo, corroboramos com os resultados do "Perfil da Enfermagem no Brasil"<sup>(7,8)</sup>, que a Enfermagem está em processo de rejuvenescimento.

Os sujeitos deste estudo, em sua maioria (88% - 243), estão na primeira fase da vida profissional, que é denominada "Início da vida profissional". É nessa etapa em que os jovens ainda estão sem definição clara do campo de atuação e vivem o sonho da profissão, de uma vida profissional promissora, mas também da indecisão e busca da inserção no mercado de trabalho<sup>(7)</sup>.

O fato de a maioria dos acadêmicos serem adolescentes e adultos jovens nos faz refletir acerca das metodologias utilizadas durante o processo de ensino-aprendizagem e a qualidade da formação, já que o tratar com esse público requer habilidades e competências específicas, com o uso de metodologias ativas, em que o acadêmico é estimulado ao pensamento crítico, e é o principal agente do seu próprio aprendizado.

Quanto ao estado civil, há a predominância de solteiros, 89,9% (248). Os dados coincidem com estudos realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro<sup>(9,10)</sup>. Os autores desses estudos levantam a hipótese dessa variável, possivelmente, receber influência da grade curricular do curso exigir dedicação integral, por isso ter mais estudantes com estado civil solteiro. A irregularidade de distribuição dos estágios dos módulos, hora manhã, hora tarde e por vezes noite, também dificulta os compromissos familiares para os casados e/ou que necessitam trabalhar.

No que concerne à variável raça/cor, utilizou-se a nomenclatura estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Logo, 57,2% (158) dos

acadêmicos se classificaram como pardos; 33,7% (93) como brancos; 5,4% (15) como pretos; 3,7% (10) amarelos. Somando pardos e pretos, o percentual chega a 60,9%, tornando o grupo negro o mais expressivo nessa variável. Na pesquisa do "Perfil da Enfermagem no Brasil", predominou (57,9%) os que se consideram brancos<sup>(7)</sup>.

Sabe-se que em 2012 foi sancionada a Lei Federal nº 12.711, que dispõe sobre o sistema de cotas para as IES, estratégia que visa tornar mais justo o acesso da população à graduação; porém, o sistema se estende apenas às instituições federais (BRASIL, 2012b). A UVA, por ser uma universidade estadual, não possui sistema de cotas. No entanto, no dia 17 de janeiro de 2017, foi sancionada a Lei Estadual nº 16.197, que institui o sistema de cotas para as IES públicas no estado do Ceará<sup>(11)</sup>.

No tocante à renda familiar dos acadêmicos, 10,9% (30) com renda menor que um salário mínimo (SM), 30,8% (85) com renda de um SM, e 41,7% (115) dos acadêmicos possuem renda familiar mensal de até um SM nacional. Os dados mostram um número significativo de estudantes abaixo da linha da pobreza, vivendo com menos de um SM, utilizando-se de benefícios sociais do Governo Federal.

Tal renda é insuficiente para, além de suprir as necessidades familiares, manter o filho acadêmico de Enfermagem em um curso integral. Esse fato associado à carga horária integral e às demandas e exigências próprias do curso, a exemplo de vestuário, livros, instrumentais etc. pode repercutir na desistência de muitos no decorrer da vida acadêmica, uma vez que este buscará renda extra e não conseguirá a dedicação que o curso exige. Aliado a isso, tem-se ainda que grande parte dos acadêmicos (189 - 68,5%) é oriunda de diversos municípios do Noroeste cearense e até de outros estados brasileiros, que não o de sede da Universidade (Sobral), e estes e suas famílias têm que arcar com as despesas de passagens, hospedagem e alimentação, por falta de casa do estudante e restaurante universitário somente ter sido inaugurado este ano.

O estudante universitário enfrenta diversos obstáculos no decorrer da sua formação, a dificuldade financeira é, sem dúvida, uma das maiores a ser vencida. Desde a sua saída de casa, o caminho percorrido até a sala de aula, os materiais necessários para a execução das atividades acadêmicas, dentre outras, geram gastos. Apesar da existência de bolsas de apoio financeiro ofertadas pela Universidade, o número disponibilizado não supre a real necessidade de todos os estudantes.

Corroboramos com autores ao afirmarem que se faz necessária a elaboração de projetos de pesquisa, extensão e monitoria voltados para a oferta de bolsas aos ingressantes, além da implantação de alojamentos e refeitórios com alimentação gratuita, bem como a efetivação de uma política

que defenda a meia passagem de transporte coletivo para o universitário<sup>(12)</sup>. Contudo, a trajetória do estudante de Enfermagem é repleta de grandes abdicções e ansiedade, desde o momento de sua entrada na Universidade até a formatura.

## CONCLUSÃO

Diante dos resultados desta pesquisa, podemos apontar alguns que merecem destaque, dentre eles: o crescimento do número de acadêmicos do sexo masculino ingressante no curso de graduação em Enfermagem; a predominância de adolescentes e adultos jovens, sugerindo um grande poder de transformação da Enfermagem, porém, repercutindo diretamente na necessidade da competência docente no tratar com esse público; atenção maior à dificuldade financeira, o que exige a implantação de mais projetos de extensão e pesquisa financiados como estratégia para a

permanência do graduando em seu curso de formação.

Apresentar os dados desta pesquisa é mostrar ao corpo docente e à sociedade um retrato, possibilitando o aprimoramento da grade curricular do curso, tornando-a mais adequada à realidade e às necessidades locais, sem que interfira e prejudique na qualidade do processo ensino-aprendizagem e na qualidade da formação.

Compreende-se que são necessários mais estudos que visem a análise da temática aqui explorada, em um propósito de aprofundar o conhecimento acerca do perfil dos estudantes, a fim de aperfeiçoar e elaborar novas estratégias para a qualificação do ensino superior, ajustando a metodologia à realidade e criando caminhos para que se possa alcançar o objetivo maior que é possibilitar uma formação universitária mais transformadora e condizente com as necessidades do SUS e, conseqüentemente, da população.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial [da União]. Brasília, 7 nov. 2001; Seção 1, p. 37. [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Educação. Sistema e-MEC. Instituições de educação superior e cursos cadastrados. 2015. [cited 2015 Out 20]. Available from: <http://emec.mec.gov.br/>.
3. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Pró-Reitoria de Ensino de Graduação. Sistema UVA - Módulo Coordenador. Relatório de Alunos Matriculados por Curso e Disciplina Curso: Enfermagem - Bacharelado, Semestre 2015.2. Sobral-CE: UVA, 2015. [cited 2015 Out 28]. Available from: [http://coordenador.uvanet.br/aceso\\_sec.php?parameterSession=40054&parameterChave=be46a073eadb-3f6b43272233eb963121a5cbea46](http://coordenador.uvanet.br/aceso_sec.php?parameterSession=40054&parameterChave=be46a073eadb-3f6b43272233eb963121a5cbea46).
4. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Perfil da Enfermagem no Brasil: Questionário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
5. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira Educacionais-INEP. Resumo técnico: censo da educação superior de 2009. Brasília: MEC/INEP, 2010. [cited 2016 Mai 20]. Available from: [http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2009/resumo\\_tecnico\\_2009.pdf](http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2009/resumo_tecnico_2009.pdf).
6. Ximenes Neto FRG, Mequita QMS, Leite JL, Ferreira AGN, Melo MSS, Brasil RWN. Trabalho dos enfermeiros no controle das doenças sexualmente transmissíveis: análise do perfil, necessidades e facilidades vivenciadas na Estratégia Saúde da Família. Parainfo Digital [internet]. 2012 [cited 2017 Ago 20]; VI(16):1/070d-12. Available from: <http://www.index-f.com/para/n16/070d.php>.
7. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinge M, Vieira M, Santos MR, Souza Júnior PB, Justino E; Barbosa C. Características gerais da Enfermagem: o perfil sociosemográfico. *Enferm. Foco* [internet]. 2016 [cited 2017 Mai 12]; 7(n. especial):11-17. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>.
8. Machado M H, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E, Lemos W, Aguiar Filho W et al. Aspectos Gerais da Formação da Enfermagem: O Perfil da formação dos enfermeiro, técnico e auxiliares. *Enferm. Foco*. [internet]. 2016 [cited 2017 Mai 12]; 7(n. especial):15-34. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687>.
9. Donati L, Alves M J, Camelo SHH. O perfil do estudante ingressante no curso de Graduação em Enfermagem de uma faculdade privada. *Rev. Enferm. UERJ*. [internet]. Set. 2010 [cited 2017 Jun 12]; 16(3):446-450. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a19.pdf>.
10. Wetterich NC, Melo MRAC. Perfil sociodemográfico do aluno do curso de graduação em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [internet]. June 2007 [cited 2017 Sep 20]; 15(3):404-10. ISSN 1518-8345. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2447/2804>.
11. Ceará. Poder Executivo. Lei nº 16.197, de 17 de janeiro de 2017. Diário Oficial [do Estado]. Fortaleza, 18 de janeiro de 2017. [cited 2017 Mai 12]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/134509037/doe-ce-18-01-2017-pg-1>.
12. Souza NVDO, Penna LHG, Cunha LS, Baptista AAS, Mafra IF, Maria-no DCA. Perfil socioeconômico e cultural do estudante ingressante no Curso de Graduação em Enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*. [internet]. Dez. 2013 [cited 2017 Jun 20]; 21(esp.2):718-22. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a04.pdf>.

# FORMAÇÃO TÉCNICA EM ENFERMAGEM INTEGRADA AO ENSINO MÉDIO

Luciana Maria Montenegro Santiago<sup>1</sup>, Maristela Inês Osawa Vasconcelos<sup>2</sup>, Ondina Maria Chagas Canuto<sup>3</sup>, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto<sup>4</sup>, Maria Socorro de Araújo Dias<sup>5</sup>, Quitéria Larissa Teodoro Farias<sup>6</sup>, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto<sup>7</sup>

**Objetivo:** caracterizar a trajetória profissional dos egressos das Escolas Estaduais de Educação Profissional (EEEP) que ofereceram Curso Técnico em Enfermagem integrado ao ensino médio no Ceará, em três municípios. **Metodologia:** trata-se de um estudo de caso múltiplo, sob abordagem quantitativa, realizado de 2013 a 2014 por meio de formulário online disponibilizado via *Facebook*, em um grupo específico criado para o estudo. **Resultados:** dos egressos em estudo viu-se que 44% trabalham na área da Enfermagem, 36% encontram-se desempregados, 20% apenas estudam e 22% atuam na área de vendas/comércio. Desses, 40% cursou ou está cursando graduação, sendo Enfermagem (49%) o curso mais citado. **Conclusão:** compreende-se que essa política tem conseguido atingir seu objetivo de possibilitar a estes estudantes o ingresso no mundo do trabalho, bem como na continuidade dos estudos. Destaca-se ainda a utilização das redes sociais para a busca dos participantes como uma ferramenta exitosa para a pesquisa.

**Descritores:** Educação, Educação em Enfermagem, Educação Técnica em Enfermagem.

## TECHNICAL TRAINING IN NURSING INTEGRATED TO HIGH SCHOOL

**Objective:** To characterize the professional trajectory of the graduates of the State Schools of Professional Education (EEEP) who offered a Technical Course in Nursing integrated to the High School in Ceará, in three municipalities. **Methodology:** This is a multiple case study, under a quantitative approach, conducted from 2013 to 2014 through an online form made available via Facebook, in a specific group created for the study. **Results:** Of the graduated students, 44% work in the Nursing area, 36% are unemployed, 20% only study and 22% work in the sales / trade area. Of these, 40% attended or are undergraduates, with Nursing (49%) being the most cited course. **Conclusion:** It is understood that this policy has managed to achieve its goal of enabling these students to enter the world of work, as well as the continuity of their studies. The use of social networks for the search of the participants as a successful tool for research is also highlighted.

**Descriptors:** Education, Education Nursing, Technical Education Nursing.

## FORMACIÓN TÉCNICA EN ENFERMEDAD INTEGRADA A LA ENSEÑANZA MEDIO

**Objetivo:** Caracterizar la trayectoria profesional de los egresados de las Escuelas Estaduales de Educación Profesional (EEEP) que ofrecieron Curso Técnico en Enfermería integrado a la Enseñanza Media en Ceará, en tres municipios. **Metodología:** Se trata de un estudio de caso múltiple, bajo abordaje cuantitativo, realizado de 2013 a 2014 a través de formulario online disponible a través de Facebook, en un grupo específico creado para el estudio.

**Resultados:** De los egresados en estudio se vio que el 44% trabaja en el área de la Enfermería, el 36% se encuentra desempleado, el 20% sólo estudia y el 22% actúa en el área de ventas / comercio. De ellos, 40% cursó o está cursando graduación, siendo Enfermería (49%) el curso más citado. **Conclusión:** Se comprende que esa política ha logrado alcanzar su objetivo de posibilitar a estos estudiantes el ingreso en el mundo del trabajo, así como en la continuidad de los estudios. Se destaca la utilización de las redes sociales para la búsqueda de los participantes como una herramienta exitosa para la investigación.

**Descriptor:** Educación, Educación en Enfermería, Graduación em Auxiliar de Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Saúde da Família. Professora Substituta da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral - Ceará. E-mail: luciana\_santiago01@hotmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ).

<sup>3</sup>Assistente Social. Doutora em Educação. Coordenadora de Interlocução Interinstitucional da Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas do Ceará.

<sup>4</sup>Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Medicina e do Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisadora da Fiocruz-CE.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ).

<sup>6</sup>Acadêmica de Enfermagem da UVA. Bolsista de Iniciação Tecnológica do CNPq.

<sup>7</sup>Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ).



## INTRODUÇÃO

O Ministério da Educação instituiu em 2004 o “Programa Ensino Médio Nacional”, que é uma ação do Plano de Desenvolvimento Educacional (PDE) com a finalidade de promover um ensino médio de qualidade para todos os jovens brasileiros, de forma inovadora, em uma perspectiva abrangente de formação integral e estruturado com base na ciência, cultura e trabalho<sup>(1)</sup>.

No estado do Ceará, durante o período de 2006 a 2010, ocorreu um alinhamento político e estratégico da Secretaria da Educação Básica (SEDUC) com as diretrizes do Ministério da Educação, no intuito de viabilizar um projeto progressista, que tinha na educação seu pilar fundamental. A partir de então, o Ceará foi a Unidade Federativa mais contemplada com recursos do “Programa Brasil Profissionalizado”<sup>(2)</sup>. Como consequência dos investimentos entre os anos de 2008 a 2011, foram criadas 77 escolas de educação profissional integradas, em que 23.588 jovens tiveram a oportunidade de aprender uma profissão, além das disciplinas próprias do ensino médio, conforme as áreas destacadas nos eixos tecnológicos descritos no Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos<sup>(3)</sup>. Inserido no eixo Ambiente e Saúde, o Curso Técnico em Enfermagem foi um dos pioneiros ofertados, ainda em 2008. Tendo o estado do Ceará, ao final de 2013, formado aproximadamente seis mil Técnicos de Enfermagem, nas 44 Escolas Profissionais de Ensino Médio Integrado do estado.

Contudo, a partir de vivências na formação de Técnicos de Enfermagem, bem como de acompanhar a implantação do Curso Técnico em Enfermagem em uma Escola Profissional de Ensino Médio Integrado do Estado, surgiu a necessidade de se caracterizar a trajetória profissional dos egressos das Escolas Estaduais de Educação Profissional, que ofertavam o Curso Técnico em Enfermagem integrado ao ensino médio.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso múltiplo, sob abordagem quantitativa, desenvolvido entre agosto de 2013 e maio de 2014. O estudo de caso como ferramenta de investigação científica é utilizado para compreender processos na complexidade social nos quais estes se manifestam, seja em situações problemáticas, para análise dos obstáculos, seja em situações bem-sucedidas, para avaliação de modelos exemplares<sup>(4)</sup>.

Os cenários do estudo foram as Escolas Estaduais de Educação Profissional integradas ao ensino médio do estado do Ceará, que ofertaram o Curso Técnico de Enfermagem sem interrupção. Os demais critérios de inclusão foram: a escola estar inserida no território da Macrorregião da Saúde de Sobral; escolas sediadas em municípios de pequeno, médio e grande porte. Os critérios de exclusão foram os municípios

que interromperam a oferta do Curso Técnico de Enfermagem no período de 2011 a 2012, bem como os localizados distantes há mais de 110 km do campus da pesquisa.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, três escolas foram selecionadas para participarem da pesquisa, a saber: em Sobral, representando o município de grande porte, Camocim, como município de médio porte, e Santa Quitéria, município de pequeno porte.

Para composição da amostra do estudo, foram escolhidos os egressos do Curso Técnico de Enfermagem do Ensino Médio integrado, das escolas que adotaram essa modalidade de formação nos anos de 2011 e 2012. O total dos egressos nas três escolas selecionadas no período foi de 247 sujeitos, assim estratificado por município de residência: 104 de Sobral; 64 de Santa Quitéria; e 79 de Camocim. Desses, 150 aceitaram participar da pesquisa, sendo: 73 de Sobral, 43 de Santa Quitéria e 34 de Camocim, representando uma amostra de 60,7% de egressos.

A princípio, foi solicitado o termo de anuência da SEDUC e da direção de cada escola. A SEDUC colaborou com a divulgação da pesquisa junto às escolas. Em seguida, foi realizada a identificação e localização dos egressos, por meio do contato com a direção das escolas. Na ocasião, foi solicitada a listagem nominal e os contatos (redes sociais) dos estudantes egressos.

De posse dos endereços eletrônicos, estes foram convidados a participarem desse grupo e, em seguida, da pesquisa respondendo a um questionário via internet, para o qual o egresso era direcionado por meio de um *link* disponibilizado via *Facebook*, em um grupo específico criado para o estudo. A inserção dos egressos nos grupos se deu de modo rápido, por conta da frequência com que a maioria do público selecionado utilizava as redes sociais. Em seguida, os sujeitos receberam um convite para participar da pesquisa, seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também preenchido *online*. Caso concordassem em participar, eram automaticamente encaminhados ao questionário.

O formulário de coleta dos dados *online* ficou disponível de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Nesse período, realizou-se monitoramento diário para acompanhamento da participação dos egressos na pesquisa, que eram estimulados a respondê-la via rede social, por meio de mensagens deixadas nos murais, caixa de mensagens e bate-papo da rede social, o que possibilitou uma maior participação. Para o desenvolvimento do formulário *online* contou-se com a colaboração de um profissional das Ciências da Computação, que desenvolveu um sistema específico para coleta dos dados. O questionário desta pesquisa foi adaptado do utilizado na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”<sup>(5)</sup>.

Após o período da coleta, foi realizada a tabulação dos dados extraídos dos questionários e seu tratamento estatístico. A partir dos relatórios criados no próprio programa, foram construídas as tabelas contendo a distribuição de frequência das variáveis.

Vale ressaltar que o protocolo dessa pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovado por meio do Parecer N<sup>o</sup> 384.443/13, CAAE N<sup>o</sup> 20927513.1.0000.5053.

## RESULTADOS

O ensino médio integrado, apesar de seu impacto político e social na comunidade e na vida das famílias, bem

como no futuro da economia local e regional, passa por um debate sociológico, deste ser “subsunção aos interesses do capital ou travessia para a formação humana integral”. Pois, segundo autor, a partir de análise baseada no referencial de Marx e Engels e de Gramsci, tanto na formação omnilateral, politécnica ou integral não há espaço para a profissionalização *stricto sensu* quando se trata da formação de adolescentes, tendo como referência a autonomia e a emancipação humana. Para esses pensadores, a formação para uma determinada profissão ainda na adolescência “potencializa a unilateralidade em detrimento da omnilateralidade”<sup>(6)</sup>.

Para fins de análise, na Tabela 1 estão dispostos os dados referentes à formação profissional dos egressos e, na Tabela 2, a inserção dos mesmos no mercado de trabalho.

**Tabela 1** - Formação Profissional dos Egressos das Escolas de Educação Profissional do Ceará, 2014.

Formação Profissional		Sobral		Santa Quitéria		Camocim		Média no Ceará	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Capacitação realizada na área de Enfermagem	Não	42	57,0	37	86,0	24	71,0	103	69,0
	Sim	31	43,0	6	14,0	10	29,0	47	31,0
	<b>Total</b>	73	100,0	43	100,0	34	100,0	150	100,0
Modalidade de aprimoramento profissional* N: 47	Internet	50	35,0	19	28,0	21	28,0	90	31,0
	Eventos científicos	25	17,0	8	11,0	22	29,0	55	19,0
	Cursos	30	20,0	10	14,0	10	13,0	50	17,0
	Estágios	18	12,0	16	22,0	7	9,0	41	14,0
	TeleSaúde	4	3,0	2	3,0	6	8,0	12	4,0
	Visita técnica	10	7,0	6	8,0	5	7,0	21	7,0
	Grupo de estudo	6	4,0	8	11,0	4	5,0	18	6,0
	Não realizou	1	1,0	2	3,0	1	1,0	4	1,7
Outros	1	1,0	-	-	-	-	1	0,3	
Aprimoramento profissional nos últimos 12 meses	Não	41	56,0	29	67,0	18	53,0	88	59,0
	Sim	32	44,0	14	33,0	16	47,0	62	41,0
	<b>Total</b>	73	100,0	43	100,0	34	100,0	150	100,0
Razões de não realizar aprimoramento profissional* N: 88	Falta de condições financeiras	6	12,0	5	12,0	9	32,0	20	17,0
	Falta de tempo, motivação e estímulo	22	46,0	15	37,0	7	24,0	44	38,2
	Dificuldade em parar de trabalhar	5	10,0	6	15,0	2	7,0	13	10,0
	Falta de apoio institucional	3	6,0	4	10,0	3	10,0	10	8,0
	Distância	4	8,0	5	12,0	2	7,0	11	9,0
	Alto custo de eventos	2	4,0	2	5,0	3	10,0	7	6,0
	Falta de programa de treinamento no trabalho	1	2,0	3	7,0	3	10,0	7	6,0
	Dificuldade de acesso à informação	5	10,0	1	2,0	-	-	6	5,0
	Outros	1	2,0	-	-	-	-	1	0,8
Fez ou está fazendo graduação	Não	43	59,0	24	56,0	23	68,0	90	60,0
	Sim	30	41,0	19	44,0	11	32,0	60	40,0
	<b>Total</b>	73	100,0	43	100,0	34	100,0	150	100,0
Graduação que cursa ou cursou N: 60	Enfermagem	15	50,0	10	55,0	4	37,0	29	49,0
	Fisioterapia	2	8,0	-	-	2	18,0	4	7,0
	Educação física	1	3,0	1	5,0	2	18,0	4	7,0
	Administração	1	3,0	1	5,0	1	9,0	3	5,0
	Farmácia	2	8,0	1	5,0	-	-	3	5,0
	Filosofia	1	3,0	1	5,0	-	-	2	3,0
	Biologia	1	3,0	-	-	1	9,0	2	3,0
	Zootecnia	1	3,0	-	-	-	-	1	1,5
	Engenharia de pesca	-	-	-	-	1	9,0	1	1,5
	Serviço social	-	-	1	5,0	-	-	1	1,5
	Nutrição	-	-	1	5,0	-	-	1	1,5

Continuação.

Formação Profissional		Sobral		Santa Quitéria		Camocim		Média no Ceará	
		N	%	N	%	N	%	N	%
	Medicina Veterinária	-	-	1	5,0	-	-	1	1,5
	Psicologia	-	-	1	5,0	-	-	1	1,5
	Direito	1	3,0	-	-	-	-	1	1,5
	História	1	3,0	-	-	-	-	1	1,5
	Outros cursos técnicos	4	13,0	1	5,0	-	-	5	9,0
	<b>Total</b>	30		19		11	100,0	60	100,0
Instituição que cursa a graduação	Privada	21	70,0	15	79,0	6	55,0	42	70,0
	Pública	9	30,0	4	21,0	5	45,0	18	30,0
	<b>Total</b>	30	100,0	19	100,0	11	100,0	60	100,0
Tipo de leitura que faz*	Livros de literatura	28	19,0	19	27,0	19	27,0	66	24,0
	Livros científicos	28	19,0	16	23,0	15	21,0	59	20,0
	Rev. nacionais de enfermagem	15	10,0	6	8,0	12	17,0	33	11,0
	Outras rev. téc. científicas	16	11,0	6	8,0	10	14,0	32	11,0
	Rev. internacionais de enfermagem	4	3,0	-	-	-	-	4	1,0
	Outras leituras	48	33,0	24	34,0	15	21,0	87	31,0
	Não lê	7	5,0	-	-	-	-	7	2,0
Frequência que acessa a internet	Todo dia	56	77,0	36	84,0	31	91,0	123	82,0
	1 x semana	14	19,0	6	14,0	2	6,0	22	14,0
	1 x 15 dias	2	3,0	1	2,0	1	3,0	4	3,4
	Não acessa	1	1,0	-	-	-	-	1	0,6
	<b>Total</b>	73	100,0	43	100,0	34	100,0	150	100,0

Dos egressos, conforme dados da Tabela 1, 59% realizaram capacitações na área da Enfermagem, nos últimos 12 meses. No tocante às modalidades de aprimoramento profissional utilizadas pelo egresso, destacaram-se as realizadas pela internet (31%) e eventos científicos (19%) promovidos na área da saúde.

Ao comparar os três municípios, observou-se que 97% dos egressos desejam prosseguir com os estudos,

destacando-se a área das Ciências da Saúde (84%) como a mais procurada. Percebe-se, portanto, que o itinerário formativo seguido por esses egressos permanece no mesmo campo da formação inicial. Dos egressos, 40% cursou ou está cursando graduação, sendo Enfermagem (49%) o curso mais procurado, seguido de Fisioterapia e Educação Física, 7% ambas. Destaca-se também a procura por outros cursos técnicos (9%).

**Tabela 2** - Inserção no Mercado de Trabalho dos Egressos das Escolas Estaduais de Educação do Ceará, 2014.

Mercado de Trabalho		Sobral		Santa Quitéria		Camocim		Média no Ceará	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Trabalha na área de enfermagem	Não	39	54,0	12	28,0	15	44,0	66	44,0
	Sim	34	46,0	31	72,0	19	56,0	84	56,0
	<b>Total</b>	73	100,0	43	100,0	34	100,0	150	100,0
Se não, em que trabalha? N: 84	Apenas estuda	7	21,0	5	17,0	5	27,0	17	20,0
	Desempregado	13	38,0	9	30,0	8	42,0	30	36,0
	Babá	1	3,0	-	-	-	-	1	1,0
	Indústria calçadista	6	17,0	1	3,0	-	-	7	8,0
	Vendas/comércio	5	15,0	9	27,0	4	21,0	18	22,0
	Assistente administrativo	1	3,0	2	6,0	2	10,0	5	6,0
	Seminarista	1	3,0	-	-	-	-	1	1,0
	Pedreiro	-	-	1	3,0	-	-	1	1,0
	Não respondeu	-	-	4	14,0	-	-	4	5,0
	<b>Total</b>	34	,0	31	,0	19	,0	84	100,0
Quanto à área da enfermagem, no momento está	Ativo	35	92,0	11	92,0	14	93,0	60	91,0
	Afastado	1	2,0	-	-	-	-	1	1,5
	Desempregado	1	2,0	-	-	1	7,0	2	3,0
	Abandonou	-	-	-	-	-	-	-	-
	Não Respondeu	2	4,0	1	8,0	-	-	3	4,5
<b>Total</b>	39	100,0	12	100,0	15	100,0	66	100,0	

Continuação.

Mercado de Trabalho		Sobral		Santa Quitéria		Camocim		Média no Ceará	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Teve dificuldade de encontrar emprego na área? N: 66	Sim	6	15,0	4	33,0	4	27,0	14	21,0
	Não	31	80,0	7	59,0	11	73,0	49	75,0
	Não respondeu	2	5,0	1	8,0	-	-	3	4,0
	<b>Total</b>	39	100,0	12	100,0	15	100,0	66	100,0
Se sim, qual motivo* (*Permite mais de uma resposta)	Pouca informação sobre vaga de emprego	2	20,0	1	12,0	1	14,0	4	17,0
	Falta de concursos públicos	-	-	2	27,0	1	14,0	3	11,0
	Poucas oportunidades na área	-	-	1	12,0	1	14,0	2	8,0
	Falta de requisitos profissionais para a vaga (especializações)	3	0	1	12,0	-	-	4	17,0
	Pouca oferta de emprego em tempo parcial	1	0	1	12,0	-	-	2	8,0
	Falta de experiência profissional	3	30,0	2	25,0	4	58,0	9	36,0
	Dificuldade pela idade	-	-	-	-	-	-	-	-
	Discriminação racial	1	10,0	-	-	-	-	1	3,0
	Discriminação pela opção sexual	-	-	-	-	-	-	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-
Quantos empregos/trabalhos de enfermagem você tem?	1	27	71,0	11	92,0	13	87,0	51	78,0
	2	8	20,0	-	-	2	13,0	10	15,0
	Mais de 2	1	2,0	-	-	-	-	1	1,0
	Não Respondeu	3	7,0	1	8,0	-	-	4	6,0
	<b>Total</b>	39	100,0	12	100,0	15	100,0	66	100,0
Você tem algum emprego/trabalho em outro município?	Sim	2	5,0	1	8,0	5	33,0	8	12,0
	Não	34	88,0	9	75,0	10	67,0	53	80,0
	Não respondeu	3	7,0	2	17,0	-	-	5	8,0
	<b>Total</b>	39	100,0	12	100,0	15	100,0	66	100,0
Somando todos seus empregos/trabalhos, quantas horas você trabalha por semana?	36	1	5,0	-	-	1	7,0	2	3,0
	42	25	68,0	2	16,0	3	20,0	30	46,0
	84	4	10,0	-	-	-	-	4	6,0
	Acima de 84	5	7,0	-	-	1	7,0	6	9,0
	Não respondeu	4	10,0	10	84,0	10	66,0	24	36,0
	<b>Total</b>	39	100,0	12	100,0	15	100,0	66	100,0
Assinale a natureza de seus empregos	Filantropico	15	39,0	2	17,0	2	12,0	19	29,0
	Público municipal	-	-	2	17,0	1	7,0	3	5,0
	Público estadual	1	3,0	1	8,0	6	40,0	8	12,0
	Cooperativa	3	7,0	-	-	-	-	3	5,0
	Empresa de assistência de enfermagem	1	3,0	-	-	-	-	1	1,0
	Fundação pública de direito privado	14	35,0	-	-	4	27,0	18	28,0
	Home Care	1	3,0	1	8,0	-	-	2	3,0
	Laboratório de análises clínicas	-	-	1	8,0	-	-	1	1,0
	Privado	-	-	5	42,0	1	7,0	6	9,0
	Não sei	3	7,0	-	-	1	7,0	4	6,0
	Não responderam	1	3,0	-	-	-	-	1	1,0
	<b>Total</b>	39	100,0	12	100,0	15	100,0	66	100,0

De acordo com a Tabela 2, mais da metade dos egressos de Sobral (54%) trabalha na área da Enfermagem exercendo a profissão de Técnico de Enfermagem. O quantitativo de profissionais inseridos na área em Camocim corresponde a 44%. Já em Santa Quitéria, os egressos inseridos no campo correspondem apenas a 28%. Entretanto, quando se avalia a inserção nos três municípios, observa-se que 44% dos egressos dos cursos técnicos do Ceará trabalham na área da Enfermagem, 36% encontram-se desempregados, 20% apenas estudam e 22% atuam na área de vendas/comércio.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados indicam uma tendência que em sua grande maioria os egressos visualizam a formação técnica de nível médio apenas como um status temporário, visto as possibilidades de buscarem o nível superior.

Um reflexo da busca pelo ensino superior pode ser percebido por meio de uma notícia publicada no Jornal "O Povo", em março de 2014, que já refletia sobre o aumento da aprovação dos jovens de escola pública no Sistema de Seleção Unificada (SISU), o qual, comparados os períodos de



2012 e 2013, representa cerca de 77%. Um dos fatores a se considerar nesse resultado é a ampliação do sistema de cotas pela Universidade Federal do Ceará (UFC) para estudantes que tenham feito o ensino médio integralmente na rede pública. A partir da última prova do Enem, esses alunos tiveram acesso a 50% das vagas em cada curso da instituição. Em 2012, as cotas eram para 12,5% das vagas de cada curso.

Estudo desenvolvido em 2007 sobre o perfil dos estudantes ingressantes no curso de Enfermagem de uma instituição pública em Ribeirão Preto, destacou que, em relação aos que concluíram o ensino médio, 39% o fizeram em escolas públicas, enquanto 35%, em escolas particulares<sup>(7)</sup>.

A busca pela graduação após a formação técnica aponta para uma realidade vivenciada em diversos estados do Brasil, com a expansão da Educação Superior. O Plano Nacional da Educação (PNE) para o decênio 2001-2010, em consonância com a "Declaração Mundial sobre Educação para Todos", apresentou uma política de Estado centrada na expansão da educação superior como estratégia para o desenvolvimento do país<sup>(8)</sup>.

Quanto à natureza das universidades que os egressos foram aprovados, 70% ingressaram em instituições privadas no Ceará. Dados divulgados pelo Ministério da Educação por meio do Cadastro Nacional das Instituições de Educação Superior (e-MEC) destacam a ocorrência de 27 cursos de Enfermagem no Ceará. Desses, apenas quatro são públicas. Além disso, o aumento de estudantes ingressantes em universidades particulares se deu, em parte, pelos programas do Ministério da Educação destinados a financiar a educação superior de estudantes matriculados em instituições não gratuitas, como o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES). Outra iniciativa existente é o Programa Universidade para Todos (PROUNI), que tem como finalidade a concessão de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação em Instituições de Ensino Superior privadas, oferecendo, em contrapartida, isenção de tributos àquelas instituições que aderem ao Programa<sup>(9)</sup>.

Quanto aos tipos de leituras realizadas pelos egressos nos três municípios, destacaram-se outras leituras (31%) e os livros de literatura (24%), em relação às leituras técnico-científicas (11%) e da área da enfermagem (12%). No tocante à frequência de acesso à internet, 82% afirmaram acessar diariamente.

O mapeamento do uso da internet por adolescentes e jovens caracteriza esse público por terem sido precocemente expostos e estimulados ao aprendizado e uso dos equipamentos tecnológicos de informação e entretenimento. Estudantes (80%) do ensino fundamental e médio revelaram utilizar com bastante ou muita frequência a internet<sup>(10)</sup>, daí uma tendência de se valorizar fortemente o ensino na modalidade EAD.

Em relação à inserção no mercado de trabalho, um dado relevante é que, embora 36% dos egressos do Ceará estejam desempregados, 75% dos que atuam na área declararam não terem tido dificuldade para encontrar emprego, levando à reflexão de que muitos desses estudantes optaram conscientemente por não atuarem na área da saúde, talvez por não sentirem afinidade ou segurança com essa área de atuação.

Somado a isso, observou-se ainda que apenas 21% dos sujeitos declaram encontrar alguma dificuldade para conseguir emprego na área, justificando-se pela falta de experiência profissional (36%) ou de requisitos profissionais para vaga (17%), além da pouca informação sobre vaga de emprego (17%). Comparando os três municípios, a maioria dos egressos possui apenas um emprego (78%), trabalha na mesma cidade em que reside (80%), exercendo uma carga horária de 42 horas (46%) no período diurno (68%).

No tocante à natureza de seus empregos, em Sobral, destacam-se os de natureza filantrópica (39%) e de fundação pública de direito privado (35%). Em Santa Quitéria, destacam-se os empregos de natureza privada (42%), e em Camocim, os de natureza pública estadual (40%). A média dos três municípios foi de 29% em hospitais filantrópicos, 28% em fundações públicas de direito privado e 12% em hospitais públicos estaduais.

Quanto ao tipo de vínculo, em Sobral, destaca-se o vínculo celetista (44%), em Santa Quitéria, 25% celetistas e, em Camocim, 27% vínculo com fundação privada. Esses dados também predominaram na análise no Ceará, 34% são celetistas e 24% não sabiam informar o tipo de vínculo. Verificou-se, nesta pesquisa, que os egressos do Ensino Médio Integrado possuem, em sua maioria, vínculo celetista, o que garante os direitos previstos em lei. Outro fator que fortalece a contratação nesse tipo de atenção é a maior ocorrência de seleções nestas instituições privadas ou filantrópicas, em que a rotatividade dos profissionais é mais frequente.

Uma série de reflexões pode-se inferir a esses dados. Dentre eles, destacamos que a ausente participação política da categoria e o desconhecimento sobre seus direitos podem contribuir para gerar a precariedade do emprego e da remuneração, a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a conseqüente regressão dos direitos sociais<sup>(11)</sup>.

No Brasil, apesar da Constituição Federal exigir contratação para cargos públicos somente mediante concursos, o país vive grandes dificuldades na contratação de pessoal nas três esferas de governo, resultado da opção pelas formas precárias de contratação, sem vínculo empregatício, nem garantia de direitos trabalhistas<sup>(12)</sup>.

Quanto a essa questão, estudos defendem que o trabalho

no campo da saúde atualmente está relacionado diretamente à precarização e terceirização dos trabalhadores da saúde, à imprecisão de suas funções, à precarização das contratações e à falta de concurso público para a seleção dos mesmos que têm sido realizadas, na maioria dos casos, com base em indicações político-partidárias<sup>(13)</sup>.

Apesar dos avanços alcançados, ainda são recorrentes os problemas relacionados à força de trabalho da saúde, especialmente quanto aos desequilíbrios na distribuição geográfica dos profissionais, com concentração em centros urbanos; a centralidade no profissional médico e no desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais; e, principalmente, a tendência à formação dos profissionais de saúde centrada no hospital e em tecnologias sofisticadas e desvinculadas das necessidades do sistema de saúde<sup>(14)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo proporcionou o conhecimento acerca do itinerário formativo dos egressos das Escolas Estaduais

de Educação Profissional e, assim, pôde-se compreender que essa política tem conseguido atingir seu objetivo de possibilitar aos estudantes o ingresso no mercado de trabalho e a continuidade dos estudos, com a busca pela capacitação progressiva na área de atuação escolhida.

Deve-se considerar que a inserção profissional dos técnicos de enfermagem ainda ocorre, essencialmente, nos campos de atenção hospitalar, considerando a existência de políticas de dimensionamento pessoal que preveem maior absorção dessa categoria.

Houve ainda contribuições diante da percepção da formação profissional integrada ao ensino médio com etapa inicial para construção de um itinerário formativo com muito mais possibilidades, realidade nem sempre presente no ensino médio tradicional. Busca-se, com essa concepção, não a divisão de possibilidades que visualize o egresso apenas como técnico de enfermagem em sua atuação no mercado de trabalho, e sim a soma de possibilidades que o introduz no mundo do trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto Federal Nº 5.154/ 2004 - Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 2008. [cited 2016 Ago 15]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/D5154.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5154.htm).
2. Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC). Ensino Médio e Educação Profissional. 2010. [cited 2016 Ago 20]. Available from: <http://www.seduc.ce.gov.br/index.php/educacao-profissional>.
3. Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC). Secretaria de Educação do Ceará: Educação profissional. 2011. [cited 2017 Ago 25]. Available from: [http://www.seduc.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=163:educacao-profissional&catid=106:educacao-profissional&Itemid=260](http://www.seduc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=163:educacao-profissional&catid=106:educacao-profissional&Itemid=260).
4. Yin RK. Estudo de Caso, planejamento e métodos. 3. Ed. São Paulo: Bookman, 2015.
5. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Perfil da Enfermagem no Brasil: Questionário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013.
6. Moura, DH. Ensino médio integrado: subsunção aos interesses do capital ou travessia para a formação humana integral?. Educ. Pesqui. [Internet]. 2013 Sep. [cited 2017 Ago 25]; 39( 3):705-720. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022013000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022013000300010&lng=pt&nrm=iso).
7. Wetterich NC, Melo MRAC. Sociodemographic profile of undergraduate nursing students. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 June [cited 2017 Sep 20]; 15( 3): 404-410. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300007>.
8. Fernandes JD, Teixeira GASilva, Silva MG, Florêncio RMS, Silva RMO, Rosa DOS. Expansão da educação superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Jun [cited 2017 Set 20]; 21( 3 ):670-678. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000300002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300002&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300002>.
9. Brasil, Ministério da Educação. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados (E-MEC). 2014. [cited 2017 Jul 15]. Available from: <https://emec.mec.gov.br/>.
10. Spizzirri RCP, Wagner A, Mosmann CP, Armani AB. Adolescência conectada: Mapeando o uso da internet em jovens internautas. Psicol. Argum. [Internet]. Abr./Jun. 2012. [cited 2017 Ago 20]; 30(69):327-335. Available from: [file:///C:/Users/User/Downloads/pa-5979%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/pa-5979%20(1).pdf)
11. Medeiros SM, Ribeiro LM, Fernandes SMBA, Veras VSD. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006. [cited 2017 Ago 20]; 8(2):233-40. Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm).
12. Ximenes Neto FRG, Fonseca Costa MC, Rocha J, Cunha ICKO. Auxiliares e técnicos de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: participação sócio-política e gestão do trabalho. Biblioteca Lascasas, 2008. [cited 2017 Sep 20]; 4(4): 1-12. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0352.php>.
13. Bravo MIS. Política de Saúde no Brasil. Versão revista e ampliada dos artigos: "As Políticas de Seguridade Social Saúde". In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000; e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. [cited 2016 Jul 10]. Available from: <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf>.
14. Carvalho Manoela de, Santos Nelson Rodrigues dos, Campos Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde debate [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Sep 20]; 37(98):372-387. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300002>.

## 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](http://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](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.

*Rio de Janeiro, 2017*

# 20°CBCENF

Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem

## CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM

**RIO  
CENTRO**  
—  
**06 A 10**  
DE NOVEMBRO