



ISSN 2177-4285

Enfermagem

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 9, Nº 3, 2018



submissão online

PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA 15 ANOS DE LIBERDADE



Dorisdaia Carvalho de Humerez
Coordenadora da Câmara
Técnica de Educação e Pesquisa,
CTEP. Conselho Federal
de Enfermagem

A hegemonia das estratégias manicomiais foi sempre questionada em seus aspectos éticos, jurídicos, econômicos, políticos e sociais e a transformação da institucionalização das pessoas com transtornos mentais se tornou realidade com a Reforma psiquiátrica.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração.

A Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216/2001, bem como o amplo conjunto normativo, impõe ao Estado brasileiro o compromisso com uma política de saúde mental firmada sobre princípios da inclusão e liberdade.

Visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental em seu território, no lugar onde vive e, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, cultura e lazer, bem como estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Dentre as estratégias de atenção a saúde mental o “Programa De Volta Para Casa”, criado pelo Ministério da

Saúde, estabelecido pela Lei Federal 10.708/2003, que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, das pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica.

O Programa, que agora completa 15 anos e representa um dos instrumentos mais efetivos, estratégia potencializadora de emancipação para a reintegração social de pessoas com longo histórico de hospitalização.

Eram vidas fortemente marcadas por longo processo de exclusão e desumanização, mas que expressam imensa capacidade de resiliência e reconstrução. Foram destituídos da sua identidade, privados de seus direitos básicos, de liberdade, sem possibilidade de voz ou de possuir qualquer coisa de seu, mas os que sobreviveram, vivem. Há 15 anos temos novos personagens nas cidades, vizinhos, trabalhadores, estudantes e artistas. Compuseram e compõem novas histórias no mundo.

O manicômio como modelo de atenção psiquiátrica, mesmo sem forças frente à reforma psiquiátrica, ainda se mantém vivo em práticas manicomiais enraizadas, como a naturalização da violência institucional e implica, portanto, em atitude de denúncia, de não comunhão com posturas estigmatizantes e radicais, visando diminuir as arbitrariedades cometidas no cotidiano das instituições que albergam a cultura manicomial e o desejo do manicômio mental, o que garante que a luta antimanicomial não pode parar.

Nesse número os leitores lerão temas variados, mas teríamos que lembrar aos profissionais dos 15 anos de liberdade, que com auxílio de políticas públicas no Sistema Único de Saúde, pôde tornar realidade o direito das pessoas com transtorno mental de existir e viver com cidadania.

PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DO PARTO VERTICALIZADO

Nayale Lucinda de Andrade Albuquerque¹, Cynthia Dantas Vicente², Amanda Bezerra da Silva³,
Bruna Roberta Lins⁴, Renato Daniel Melo da Silva²

Objetivo: identificar a percepção das mulheres acerca do parto verticalizado. **Metodologia:** estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, realizado em uma maternidade municipal de Recife-PE, no ano de 2016, com 14 puérperas que tiveram parto normal verticalizado. Os dados foram transcritos e analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas: protagonismo da mulher; despreparo para o parto e aprovação da posição. **Conclusão:** as posições foram vista de forma positiva, porém ainda há necessidade de educação em saúde, sobretudo no pré-natal para preparo das mulheres para período gravídico-puerperal.

Descritores: Parto normal; Parto humanizado; Modalidades de posição.

PERCEPTION OF PUERPERAS ABOUT THE VERTICALIZED DELIVERY

Objective: to identify a perception of women about vertical delivery. **Methodology:** an exploratory and descriptive study of a qualitative nature carried out in a municipal maternity hospital in Recife-PE in the year 2016 with 14 puerperae who had normal vertical delivery. The data were transcribed and analyzed according to the Bardin content analysis technique. **Results:** Three thematic categories emerged: women's protagonism; Unprepared for delivery and position approval. **Conclusion:** Positions were seen positively, but there is still a need for health education, especially without prenatal preparation for women for pregnancy-puerperal period.

Descriptors: Normal birth; Humanized birth; Modalities of position.

LA PERCEPCIÓN DE LAS MADRES EN EL PARTO VERTICALIZADO

Objetivo: Identificar la percepción de las mujeres en el parto vertical. **Metodología:** estudio cualitativo exploratorio y descriptivo realizado en una maternidad municipal de Recife-PE en el año 2016 con 14 madres que tuvieron parto vertical normal. Los datos fueron transcritas y analizadas según la técnica de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** surgieron tres categorías temáticas: papel de la mujer; La falta de preparación para la entrega y aprobación de la posición. **Conclusión:** la forma en posiciones fueron vistos de manera positiva, sin embargo, todavía hay necesidad de educación para la salud, especialmente sin el párrafo preparación prenatal de las mujeres por el embarazo y el puerperio.

Descritores: Parto normal; parto humanizado; posición modalidades.

¹ Faculdade ASCES, Caruaru-PE. E-mail: nayalelucinda@gmail.com

² Hospital Regional de Palmares, Palmares-PE.

³ Instituto de Medicina Fernando Figueira- IMIP, Recife-PE

⁴ Maternidade Bandeira Filho, Recife-PE.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que desde a antiguidade e na maioria das civilizações o parto era assistido por parteiras no próprio domicílio. O parir era algo feminino, natural e fisiológico e as mulheres figuravam como autoridades e protagonistas neste processo. Nesse contexto a posição materna preferencial adotada por estas mulheres em todas as civilizações era a vertical^(1,2,3).

Ao longo dos anos o cenário do parir sofre várias mudanças e frente às restrições impostas pelos próprios procedimentos hospitalares, começa-se a adotar a posição horizontal, em que a parturiente permanece deitada e com as pernas colocadas em perneiras (litotomia). Essa, possivelmente, foi a mudança mais perceptível na cena do parto, pois com a mulher permanecendo deitada no trabalho de parto e durante a expulsão facilitaria a visualização do canal vaginal, assim como sua manipulação. O uso dessa posição foi adotado de maneira indiscriminada, sem haver avaliação de sua efetividade ou segurança^(1,3).

Além disso, a adoção da posição horizontal influenciou para que várias outras intervenções fossem utilizadas.⁽³⁾ Ficando claro que na atualidade, o modelo hegemônico de assistência ao parto se caracteriza mais acentuadamente por utilizar uma abordagem intervencionista em que o obstetra "faz" o parto. Tal modelo mostra a gravidez, parto e nascimento na perspectiva da sociedade industrializada, tecnológica e sob a ótica masculina^(2,3).

Nesse contexto, a parturiente é vista enquanto um objeto sendo submetidas a procedimentos, muitas vezes, desnecessários. Um reflexo disso é o alto percentual da taxa de cesariana no Brasil, a qual representa 52% do total de nascimentos, chegando a alcançar 88% nos serviços privados. Estima-se que quase um milhão de mulheres são submetidas a essa cirurgia sem real indicação anual⁽⁴⁾.

Diante da necessidade de romper com este modelo obstétrico eminentemente intervencionista, o movimento de humanização foi introduzido no Brasil, juntamente com a contracultura *hippie* e ganhou maior impulso no campo da obstetrícia a partir da criação da Rede de Humanização pelo Parto e Nascimento-ReHuNa⁽⁵⁾.

Tendo em vista isso, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal a qual orienta os profissionais sobre o que deve ou não ser realizado. Essas práticas classificam-se em categorias e entre elas, a categoria A- descreve as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; categoria B- práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; categoria C- práticas utilizadas com insuficientes

evidências que apoiem sua clara recomendação e que devem ser utilizadas com precaução e categoria D- práticas utilizadas de forma inapropriada⁽⁶⁾.

Na categoria A, entre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas temos liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto⁽⁷⁾. Já o uso rotineiro da posição horizontal durante o período expulsivo foi classificado como categoria B, ou seja, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas. Destarte, a mulher deve adotar a posição de sua escolha, cabendo aos profissionais respeitá-la. Essas práticas consideradas pela OMS como prejudiciais quando realizadas podem repercutir negativamente no estado emocional e físico da gestante^(1,6,7).

Assim, o Ministério da Saúde (MS) vem estimulando as maternidades por meio de programas e protocolos a adotarem novas condutas relacionadas ao pré-natal, parto e puerpério, as quais requerem mudanças de atitude dos profissionais de saúde⁽⁷⁾.

Apesar disso, observa-se que a posição de litotomia é utilizada de forma rotineira entre as unidades de saúde do Brasil, não permitindo que a mulher adote uma posição de sua escolha.⁽¹⁰⁾ Essa posição tida como rotineira, como supracitado, é desencorajada, visto que pode afetar o fluxo de sangue uterino, pela compressão aortocava levando a um menor suprimento de sangue e oxigênio para feto, podendo comprometer seu estado^(6,9).

Todavia, o uso da posição verticalizada, se baseia em evidências científicas, levando em consideração o fisiológico. Assim, apresenta vantagens tanto do ponto de vista gravitacional, como o aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Por conseguinte, diminui a duração do período expulsivo, o número de partos operatórios e realização de episiotomias, reduz queixa de dor, dificuldades de puxo e alterações dos batimentos cardíacos fetais, além de também reduzir a necessidade de correção de lacerações, pois há uma maior frequência de integridade do períneo^(2,10,11,12).

Sabendo desses benefícios é fundamental também conhecer a percepção dessas mulheres com relação a essa verticalização, pois o parto não acontece somente no corpo, mas também na mente e por fim, poder avaliar os benefícios gerais desta prática. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a percepção das puérperas acerca do parto verticalizado.

METODOLOGIA

Estudo de campo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, realizado na maternidade Professor Bandeira Filho, instituição pública municipal situada na cidade de Recife- PE.

A pesquisa foi realizada de julho a novembro de 2016, com 14 puérperas que tiveram parto normal verticalizado, internadas nos alojamentos conjuntos (Posições verticais incluíram: sentada ou semi-sentada, em pé, ajoelhada e de cócoras). O encerramento da coleta se deu por meio do critério de saturação do discurso e, assim, houve a suspensão da inclusão de novas participantes no estudo quando os dados obtidos começaram a apresentar redundância ou repetição. Foram incluídas puérperas de parto normal que tiveram gestação de baixo risco e excluídas puérperas que tiveram complicações no parto normal.

A abordagem das puérperas foi feita com todas que pariram verticalmente no período da coleta. Optou-se por ir à maternidade alternando-se os dias durante as semanas, para uma coleta de dados com puérperas assistidas em plantões diferentes.

Antes de iniciar a coleta, foram explicados os objetivos, justificativa e métodos da pesquisa para facilitar a comunicação. Para puérperas que se enquadraram nos critérios de inclusão a autora aplicou uma entrevista semiestruturada tendo como pergunta: "O que pensa sobre a posição que você pariu?". A entrevista foi gravada após concordância voluntária e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando os princípios de bioética registrados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do IMIP sob CAE nº: 52491316.8.0000.5201. Foi garantido a cada participante o direito de recusa, desistência a qualquer momento do estudo, não havendo prejuízo ou interferência na sua terapêutica. Foi garantido o anonimato e o sigilo das informações, assim os nomes dos pacientes da pesquisa são todos fictícios.

As entrevistas foram transcritas na íntegra no mesmo dia de sua coleta e os depoimentos sistematizados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin do tipo análise temática, a qual é definida como uma técnica de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e apresenta três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁽¹³⁾ Para facilitar a interpretação de dados utilizou-se a grelha de Bardin onde os núcleos de sentidos semelhantes foram reunidos e transformados em categorias para discussão.

RESULTADOS

Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas

As mulheres entrevistadas tinham entre 18 e 39 anos; nove eram provenientes de Recife e cinco do interior do

estado; dez possuíam companheiro fixo; onze se consideraram pardas, uma branca, uma negra e uma amarela. Com relação à escolaridade, todas tinham um tempo de estudo de quatro a oito anos. Dez mulheres se consideraram do lar, enquanto quatro tinham trabalho remunerado, sendo três empregadas formais e uma autônoma. Sete contribuíam pra renda familiar, com ajuda do salário ou bolsas governamentais e sete não contribuíam.

Em relação à paridade e participação em atividades educativas durante o período pré-natal, sete eram primíparas (GI PO) e sete multiparas (sendo três GII PI, uma GIII PII, duas GIV PIII e uma GVI PIII AII). Todas realizaram consultas de pré-natal, com número de consultas entre seis e dez. Oito não participaram de nenhum grupo ou roda educativa para mulheres grávidas e seis participaram. Dessas, apenas para três foi abordado o tema parto verticalizado. Em relação à assistência no parto atual, treze tiveram como profissional prestador a enfermeira obstetra e uma foi assistida por médica.

No que se refere à percepção sobre a posição em que pariram no parto atual, surgiram três ideias centrais, que foram categorizadas de acordo com Bardin, dentre elas temos Categoria I- Protagonismo da mulher, Categoria II- Despreparo da mulher para o parto e Categoria III- Aprovação da posição.

Categoria I - Protagonismo da mulher

O protagonismo da mulher foi expresso nas falas: A: "[...] foi eu que escolhi [...] Eu já sabia já que era a melhor posição que tinha, aí me lembrei da posição e fiquei"; B: "Vai ser uma coisa que vai marcar pro resto da vida, no sentido pessoa, como mulher também, eu superei os meus limites"

Categoria II - Despreparo da mulher para o parto

Ficou evidente em alguns depoimentos que as mulheres ainda desconhecem as posições de parto, como pode-se notar em: B: "Uma loucura [...] eu não esperava não, pensei que era só um exercício feito um cavalinho ou uma bolinha [...] E o mais interessante é que pensei que ia cair [se referindo ao bebê] (...) Foi muito inusitado, muito diferente [...] Acho que foi melhor";

C: "Eu não imaginava que eu ia pra um lugar, segurar num pano e ter a criança desse jeito, tanto que na minha cabeça era um exercício pra dor vir mais rápido e a criança ia vir na cama, a primeira coisa que perguntei foi: cadê a cama? [...]eu nunca imaginei, nem na cama normal, imagine em pé ou de cócoras"

Categoria III - Aprovação da posição

A aprovação da posição foi manifestado pelas falas: A: "Foi uma posição boa, a melhor que tem pra ficar"; B: "na cama eu não tava conseguindo fazer a força necessária e

com a gravidade, como as meninas dizem, eu consegui”; C: “eu gostei, foi mais rápida”; D: “Foi incrível (...) eu consegui ter ele”; E: “foi boa, foi natural”; G: “A posição que eu fiquei facilitou”; H: “Gostei, gostei. Bem confortável”.

DISCUSSÃO

Categoria I – Protagonismo da mulher

Essa sensação coincide com os achados de outros trabalhos. A liberdade de poder assumir diferentes posições empodera a mulher, fazendo com que ela resgate o controle sobre seu corpo e sua experiência de parir, assim, tornando-a uma participante ativa e consciente do seu parto⁽⁵⁾.

Outros estudos corroboram com esse achado de que o parto em posições verticais é um fator que favorece o protagonismo da parturiente, já que nesta posição ela pode ver as condutas realizadas e o próprio nascimento, completa-se ainda que os partos em posições verticais fazem as parturientes terem sensações de domínio da situação, auto-confiança, proteção e empoderamento. Além disso, essa posição faz com que estas mulheres sintam-se incluídas nas tomadas de decisões, podendo escolher suas posições favoritas. Emocionalmente repercute de forma positiva para elas. Além disso, essa experiência pode ser considerada ainda mais satisfatória quando é dada a mulher a opção de escolher em qual posição ela quer ficar^(10, 14, 15, 16).

Categoria II – Despreparo da mulher para o parto

A variedade de posições que podem ser adotadas durante o trabalho de parto é um assunto extremamente importante, pois podem determinar o sucesso do parto e a qualidade da experiência, porém quase sempre o assunto é negligenciado pelos profissionais que assistem o parto ou o pré-natal⁽⁵⁾.

Por isso, a falta de conhecimento das mulheres sobre o assunto é um achado ainda presente no nosso cotidiano. As mulheres desconhecem essas posições, ficando submissas as impostas por profissionais ou instituições⁽⁵⁾.

É sabido que ao longo dos anos a posição adotada pela mulher na hora de parir, que instintivamente em todas as sociedades era vertical, mudou e foi se moldando de acordo com fatores socioculturais. Assim, o fato da mulher achar que deve apenas parir em posição horizontal são reflexos de uma sociedade com condutas hospitalares extremamente medicalizadas, em que muitas vezes a posição do parto já é previamente determinada pelo próprio obstetra ou pelas rotinas do serviço^(5, 17).

Balaskas (2015) retrata a situação atual do Reino Unido, onde o parto vertical é tido como algo natural, isso por

que as mulheres cada vez mais têm consciência da necessidade de se prepararem para o parto⁽⁵⁾.

Esse preparo deveria anteceder o momento do parto propriamente dito, sendo o período gestacional ideal para o desenvolvimento de práticas educativas, ofertando cuidados e informações com finalidade de possibilitar uma experiência de parto da maneira mais fisiológica, sendo a mulher protagonista desse momento. Assim, entende-se que esse trabalho educativo é primordial e vista como uma prática positiva, sendo uma ferramenta facilitadora de produção de conhecimento e autonomia para mulheres sendo capaz de promover melhoras nas práticas obstétricas^(18, 19).

Essas orientações fornecidas durante o pré-natal são de suma importância, já que preparam a mulher para o período gravídico-puerperal. Saber o que pode ou irá acontecer com seu corpo deixa a mulher segura e confiante durante esse processo. Essas orientações favorecem a mulher a adquirir autonomia. Nota-se assim, que a educação em saúde é um momento onde os profissionais podem ser mediadores da saúde, ajudando para que as mulheres possam realizar suas escolhas dentro do respeito à liberdade⁽¹⁹⁾.

Categoria III – Aprovação da posição

O parto em posições verticais é visto de forma positiva, esse fator pode ser explicado por diversos motivos, um deles é o próprio formato da pélvis feminina, quando analisada percebe-se no seu desenho que há uma maior facilidade para ela se abrir quando essas posições são adotadas, assim e com ajuda da força da gravidade, o bebê terá espaço para descer e fazer suas rotações. É um processo em que o binômio mãe-filho se ajudam simultaneamente⁽⁶⁾. O que condiz com as evidências atuais as quais mostram que os partos verticais reduzem a duração do período expulsivo⁽¹⁸⁾.

Uma revisão sistemática realizado com 20 ensaios clínicos randomizados relacionado a percepção das puérperas sobre a vivência no segundo estágio do parto, teve como resultado que as mulheres que pariram em posições verticais sentiram a redução desse período⁽¹⁸⁾. Um estudo exploratório realizado com 10 mulheres, também identificou essa percepção de redução do período expulsivo pelas mulheres que pariram verticalmente, o que foi considerado por elas um fator positivo⁽¹⁰⁾.

Apesar dos resultados positivos, o estudo deve ser visto a luz de algumas limitações, visto que a posição no momento do parto, ainda, é influenciada em grande parte pelos profissionais de saúde que assistem a parturiente nesse momento, limitando assim a amostra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, todas as entrevistas consideraram o parto em posições verticais como sendo positivas, dessa forma elas puderam perceber-se como protagonistas nesse momento, todavia foi notório que ainda há mulheres que desconhecem sobre tal, trazendo consigo conceitos errôneos sobre a mulher no parto.

Sugere-se assim investimento em orientações durante todo o processo gravídico, principalmente no pré-natal. Os profissionais de saúde devem se conscientizar do impacto

que as posições durante o parto promovem na vida das mulheres, para assim, poderem ofertar informações. Só munidas de conhecimento as mulheres poderão fazer escolhas livres, autônomas e esclarecidas e, assim, tornar o parto cada vez mais espontâneo e natural. Cabe ao profissional buscar atualização constante acerca de novas evidências científicas que possam fundamentar sua prática.

Estimula-se também que as condutas hospitalares respeitem o protagonismo feminino e a liberdade de escolha de posições durante esse momento e que novos estudos sobre tema sejam realizados.

REFERÊNCIAS

- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane database of systematic reviews (online)*. 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/pdf/>. Acessado em Agosto de 2016.
- Roy MER, Moreno AC, Jimeno JF. Las posturas de la mujer de parto en fase de expulsivo: revisión de la evidencia científica y recomendaciones. *Medicina Naturista*, Vol. 8 - N.º 1: 23-30, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cynthia/Downloads/Dialnet-LasPosturasDeLaMujerEnElPartoEnFaseDeExpulsivo-4560683.pdf>. Acessado em Agosto de 2016.
- Pontes MGA, Lima GMB, Feitosa IP, Trigueiro JVS. Parto Nosso De Cada Dia: Um Olhar Sobre As Transformações E Perspectivas Da Assistência. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança* - Jun. 2014; Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parto-nosso-de-cada-dia.pdf>. Acessado em Agosto de 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Nascer no Brasil: Inquerito Nacional sobre parto e nascimento. Sumário executivo temático nascer no Brasil*. Brasília, 2014.
- Balaskas. *Parto ativo: Guia prático para o parto natural*. Editora: Ground, 3ª edição. 2016.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico*. Genebra: OMS; 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerperio: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2001. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd0_4_13.pdf. Acessado em Agosto de 2016.
- Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. *J Midwifery Womens Health*. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850283>. Acessado em Agosto de 2016.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/full>. Acessado em Agosto de 2016.
- Gayeskí ME; Brüggemann OM. Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. *Rev. Latino-Am. enfermagem vol.17 no.2* Ribeirão Preto Mar./Apr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003. Acessado em Agosto de 2016.
- Westbury B. Mobility and upright positioning in labour. *Pract Midwife*. 2014. Disponível em: http://www.cochrane.org/CD003934/PREG_mothers-position-during-the-first-stage-of-labour. Acessado em Agosto de 2016.
- da Silva FM, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*. 2012. Disponível em: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol5-issue1/Version-1/E05114048.pdf>. Acessado em Agosto de 2016.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- Nieuwenhuijze MJ, de Jonge A, Korstjens I, Bude L, Lagro-Janssen TL. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*; 2013. Disponível em: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00248-3/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00248-3/pdf). Acessado em Agosto de 2016. November 2013 Volume 29, Issue 11, Pages e107-e114
- Lepleux F, Hue B, Dugué AE et al. Obstetric data in a population with postural changes during labour and delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*; 2013.
- Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*; 2013.
- Camillo BS, Nietzsche EA, Salbego C, Cassenote LG, Osto DSD5, Böck A. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE* 2016 [online]. Recife, 10(Supl. 6):4894-901. Disponível em: <file:///C:/Users/Cynthia/Downloads/11270-25469-1-PB.pdf>. Acessado em Agosto de 2016.
- Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo V. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. *Rev Rene*, Fortaleza, 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a14v12_n3.pdf. Acessado em Agosto de 2016.
- Santos RCS. Implementação de evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo longitudinal. *Enferm. Foco*, 2017. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1kLFxkWm_wkJ:revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/880+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acessado em Agosto de 2016.
- Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*, 2015; 49(5):716-724. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500716. Acessado em Agosto de 2016.

RECEBIDO EM: 12/01/2018.
 ACEITO EM: 24/09/2018.

CONSUMO DE ÁLCOOL EM COMUNIDADES INDÍGENAS BRASILEIRAS: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Fernanda Matos Fernandes Castelo Branco¹, Marcela Jussara Miwa², Divane de Vargas³

Objetivos: Identificar e sintetizar as evidências científicas sobre o consumo de álcool em comunidades indígenas no Brasil. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, usando as bases de dados SciELO, BIREME e Web of Science com estudos nos anos de 2005 a 2015, em português, inglês ou espanhol e disponíveis na íntegra. **Resultados:** Foram selecionados 07 estudos para análise. O estreitamento das relações, pela facilidade de acesso às aldeias bem como pelos diversos motivos que os indígenas têm de ir até a cidade, fez com que as bebidas alcoólicas fossem inseridas nas comunidades indígenas, tornando assim um objeto de consumo de interação social dessa cultura que aos poucos vem perdendo as características próprias. **Conclusão:** As populações indígenas são vulneráveis ao consumo merecendo novas pesquisas, com a articulação dos serviços de saúde e profissionais de enfermagem, garantindo melhorias na qualidade de vida, promovendo bem-estar e prevenindo agravos de forma efetiva.

Descritores: população indígena; alcoolismo; transtornos induzidos por álcool.

ALCOHOL CONSUMPTION IN BRAZILIAN INDIGENOUS COMMUNITIES: A LITERARY REVIEW

Objectives: To identify and synthesize scientific evidence on alcohol consumption in indigenous communities in Brazil. **Method:** This is a integrative review of the literature, using the databases SciELO, BIREME and Web of Science with studies from 2005 to 2015, in Portuguese, English or Spanish and available in full. **Results:** We selected 07 studies for analysis. The narrowing of relations, due to the ease of access to the villages as well as the various reasons that the Indians have to go to the city, caused that the alcoholic drinks were inserted in the indigenous communities, thus making an object of consumption of social interaction of that culture that gradually they are losing their own characteristics. **Conclusion:** Indigenous populations are vulnerable to consumption, deserving new research, with the articulation of health services and nursing professionals, guaranteeing improvements in the quality of life, promoting well-being and effectively preventing diseases.

Descriptors: indigenous population; alcoholism; Alcohol-induced disorders.

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE BRASIL: UNA REVISIÓN LITERARIA

Objetivos: Identificar y sintetizar las evidencias científicas sobre el consumo de alcohol en comunidades indígenas en Brasil. **Método:** Se trata de una revisión integrativa de la literatura utilizando las bases de datos SciELO, BIREME y Web de los estudios de la ciencia en los años 2005 a 2015, en portugués, Inglés o Español y está disponible en su totalidad. **Resultados:** Fueron seleccionados 7 estudios para análisis. El estrechamiento de las relaciones, por la facilidad de acceso a las aldeas así como por los diversos motivos que los indígenas tienen que ir hasta la ciudad, hizo que las bebidas alcohólicas fueran insertadas en las comunidades indígenas, haciendo así un objeto de consumo de interacción social de esa cultura que, a poco viene perdiendo las características propias. **Conclusión:** Las poblaciones indígenas son vulnerables al consumo merecen nuevas investigaciones, con la articulación de los servicios de salud y profesionales de enfermería, garantizando mejoras en la calidad de vida, promoviendo bienestar y previniendo agravios de forma efectiva.

Descriptor: población indígena; alcoholismo; trastornos inducidos por el alcohol.

¹ Universidade Federal do Amapá, UFAP.

² Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto, USP/RP.

³ Universidade de São Paulo/São Paulo, USP/SP.

INTRODUÇÃO

O uso de bebidas alcóolicas merece destaque por terem sido importantes, apesar das variações, na vida humana. Na Antiguidade foi utilizado como meio de se livrar das enfermidades e das impurezas até como objeto e oferenda aos deuses, bem como forma de obter prazer e relaxamento⁽¹⁾. O álcool não é único entre as drogas com papel de aliviar o controle social, entretanto é o mais divulgado e existe forte relação do consumo de bebidas de teor alcóolico com as festividades e celebrações, servindo como potencializador do alívio das tensões sociais sobre comportamentos, bem como permissor de experimentar situações potencialmente perigosas⁽²⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o álcool é consumido por grande parte das pessoas na maioria dos países do mundo; a cada ano, cerca de dois bilhões de pessoas consomem bebida alcóolica, correspondendo a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade⁽³⁾. No Brasil, segundo o II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado no ano de 2005 indicou que o número de brasileiros, com idades entre 12 e 65 anos, dependentes de bebidas alcóolicas foi de 12,3%, o que corresponde à população de 5.799.005 pessoas⁽⁴⁾.

A luz desses dados pode-se evidenciar a problemática do consumo de substâncias psicoativas na população não indígena, entretanto, quando se trata dos povos indígenas, tal situação torna-se problemática e é agravada pelo processo de vulnerabilidade. O censo demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que existem 896 mil pessoas que se declararam ou se consideravam indígenas. Destes, 572 mil que correspondem a 63,8%, vivem em área rural e 517 mil, pontuando 57,5%, moram em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas, portanto as comunidades indígenas representam 12,5% da população brasileira.⁽⁵⁾

Conforme o I Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool e outras drogas, realizadas entre as populações indígenas, no qual foram pesquisadas onze comunidades indígenas, de sete etnias diferentes correspondendo a 1.455 indígenas de ambos os sexos, moradores nas aldeias com faixa etária entre 18 e 64 anos – foi constatado que a proporção dos bebedores é maior em homens (52,7%) do que as mulheres (24,6%). As mulheres apresentam maior proporção do uso abusivo e os homens da dependência. A distribuição por faixa de idade mostrou que as pessoas que mais consomem bebidas alcóolicas estão entre 18 a 34 anos correspondendo a 43%. Em relação ao grau de dependência, prevalece à faixa etária dos 18 a 24 anos⁽⁶⁾.

Assim, considerando a problemática dos padrões de consumo de álcool em comunidades indígenas e a carência de estudos na área, verificou-se a importância de fazer um levantamento sobre as evidências científicas acerca do consumo de álcool em comunidade indígenas no Brasil.

Almeja-se que a partir desses dados se possa contemplar uma maior visibilidade acerca da temática diante da escassez de estudos na área, bem como incentivar e contribuir com o desenvolvimento de outras pesquisas, o que proporcionaria o avanço de trabalhos científicos com as mais variadas etnias indígenas existentes, sendo esta a maior potencialidade do presente estudo.

Diante disso tudo se espera que os órgãos competentes para o assunto, juntamente com as equipes de saúde, dentre eles a equipe de enfermagem e as lideranças indígenas, deem maior visibilidade à área de saúde mental, com destaque para a problemática do uso de álcool e outras drogas, visando assim à tomada de medidas preventivas e de minimização dos danos causados por essas drogas e na busca por entender os fatores que contribuem para esse consumo, mesmo que na maioria das vezes ele ocorra em ocasiões pontuais, pois ainda nessas situações geram danos consideráveis à saúde do indígena, afetado diretamente, como também à própria aldeia na qual reside e mantém seus vínculos sociais e afetivos.

Assim o objetivo do estudo é Identificar e sintetizar as evidências científicas sobre o consumo de álcool em comunidades indígenas no Brasil

METODOLOGIA

Neste estudo, optou-se por realizar uma revisão integrativa da literatura que é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas. Este método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, mas que investiguem problemas idênticos ou similares.⁽⁷⁾

Nesse estudo, para elaborar esta questão foi utilizada a estratégia PICO “P”=população/problema de estudo, “I”=fenômeno de interesse, “Co”=contexto⁽⁸⁾.

Tendo por base essa estratégia, nesta revisão integrativa, o acrônimo utilizado se deu da seguinte maneira: “P”=indígenas, “I”=consumo de álcool, “Co”=comunidades indígenas. Deste modo a questão norteadora foi definida: Quais as evidências disponíveis sobre o consumo de álcool em comunidades indígenas no Brasil?

Os critérios de inclusão para este estudo foram: estudos primários publicados em português, inglês ou espanhol, estudos recuperados nas bases de dados no

período de janeiro de 2005 a dezembro de 2015 e que estivessem de acordo com a temática abordada, ou seja, consumo de álcool em comunidades indígenas no Brasil e disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão foram: estudos secundários (revisão de literatura, seja narrativa, integrativa ou sistemática), cartas, editoriais, comentários, monografias, dissertações e teses bem como estudos que abordem outros tipos de drogas.

Em relação à seleção bibliográfica, foram utilizadas as seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e Web of Science. O levantamento das publicações foi realizado no período de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016. Depois de selecionados os descritores que serviram de base para elaborar as estratégias de busca foram realizados os seguintes cruzamentos: *SciELO (população indígena) AND (alcoólicos) OR (alcoholismo) OR (bebidas alcoólicas) OR (transtornos induzidos por álcool)*, BIREME, *(população indígena) OR (indigenous people) OR (health of indigenous peoples) AND (alcoólico) OR (alcoholismo) OR (bebidas alcoólicas) OR (transtornos induzidos por álcool) OR (alcoholism) OR (alcohol abuse) e Web of Science (indigenous people) OR (health of indigenous peoples) AND (alcohol abuse) OR (alcoholism) AND Brazil*.

Ao total foram encontrados 1399 artigos, sendo excluídos 401, portanto dos 998 foram excluídos 963 por não se relacionar com a temática e 18 pelo tipo de estudo, restando assim apenas 17, destes 8 não respondiam à questão norteadora e 2 eram duplicados, restando ao final 7 artigos.

RESULTADOS

A partir dos estudos obtidos pode-se perceber que o ano que obteve maior número de publicação acerca dessa temática foi o ano de 2012 apresentando 3 estudos, seguido do ano de 2007 com 2 estudos e anos de 2011 e 2014 apresentou 1 estudo.

Os periódicos em que foram publicados tais estudos sofreram modificações, mas sempre relacionados à área da psicologia, psiquiatria e enfermagem. Os autores que publicaram se repetem dentre esses estudos selecionados e publicados, confirmando assim número reduzido de profissionais interessados nessa área de estudo.

A análise realizada a partir dos dados apurados é relevante, pois evidenciam o número reduzido de publicações. Essa escassez de resultados encontrados nos permite repensar a construção do conhecimento na área e despertar o interesse para promoção do bem-estar e cuidado humanizado aos consumidores de álcool em comunidades indígenas, vislumbrando um campo de atuação em expansão que merece ser mais explorado.

DISCUSSÃO

A partir dos estudos selecionados evidenciou-se que o estudo⁽⁹⁾ aponta a necessidade dos indígenas de valorizar os aspectos culturais buscando manter a tradição sem perder a identidade cultural. Entretanto devido às condições não favoráveis, aliado a facilidade de entrada do álcool devido ao turismo e das relações sociais, o álcool se torna um bem de consumo acessível e bastante utilizado nas comunidades indígenas acarretando danos irreversíveis como morte e doenças além de problemas familiares, psicológicos e sociais. Portanto, o consumo abusivo, casos de dependência pela proximidade com a cultura branca, descaracteriza assim os povos indígenas, pois o uso está desvinculado aos rituais tradicionais e algo pertencente ao cotidiano com uso/abuso das substâncias destiladas.

O uso de bebidas de baixo teor alcóolico é utilizado nos rituais tradicionais não podendo ser caracterizado como uma doença ou casos de dependência devido ao significado quimérico grupal. Todavia nos dias atuais houve a grande perda dos costumes culturais e uso de bebidas destiladas, tendo a cachaça como bebida de primeira escolha entre esse grupo indígena devido à facilidade de acesso as áreas litorâneas bem como pela proximidade com a cultura branca. Esse mesmo estudo mostra as consequências oriundas desse uso desregrado como as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e problemas sociais. Algo que merece destaque nessa pesquisa é o valor atribuído pelos profissionais acerca dessa problemática, pois muitos ainda associam o consumo do álcool como um problema de causa universal e acabam esquecendo-se de contextualizar os aspectos sociais e culturais, pois mesmo ainda que tenha ocorrido toda essa mudança no hábito de consumo ainda e se deve refletir pautado no contexto vivenciado pensando na melhoria das condições de saúde dessa população.⁽¹⁰⁾

Em se tratando de aspectos culturais, estudo que utilizou o questionário padronizado (C-Cutdown, A-Annoyed, G-Guilty, E-Eye opener) como instrumento de rastreamento conclui que este é inadequado, pois se trata de um procedimento universal utilizado para identificar dependência e necessita-se entender as situações sociais, sendo essas condições necessárias para adequar as respostas dos entrevistados. Na população do Alto Rio Negro consideram-se “beber problema” as pessoas que apresentam comportamento violento, ou que são exemplos ruins aos filhos e para a comunidade, ou ainda aquelas que se esquecem dos seus atos após ingestão de substâncias alcólicas bem como as pessoas que apresentam comprometimentos nas atividades laborais⁽¹¹⁾.

Estudo realizado entre os povos indígenas Karitiana, corrobora com demais estudos descritos anteriormente,

pois menciona que a convivência demasiada com os povos não índios favoreceu a entrada da bebida destilada entre os descendentes de colonizadores, tornando o álcool bastante acessível e que as festas das aldeias se assemelham às festas das cidades, denominadas de “bailes brancos” permeadas de bebidas destiladas de cana com alto teor alcoólico, tal como, a pinga. Afirma ainda que os estudos têm se ocupado em desconstruir o conceito de “alcooolismo” nas comunidades indígenas pelo simples fato de considerar incoerente a denominação psicopatológica que é feita na cultura dos brancos. Entretanto quando se aplica instrumentos já validados à avaliação do uso de bebidas com teor alcoólico se torna inviável nas populações indígenas, pois apenas se desenvolve técnicas relacionadas à problemática do álcool sem considerar o contexto cultural⁽¹²⁾.

Pesquisa feita entre os Potiguara evidenciou que o uso do álcool está estritamente relacionado à diversão, às festividades e aos rituais indígenas e destaca a cachaça como a bebida mais consumida devido à facilidade de acesso e pelo baixo valor de custo. Complementando esses dados, estudo que objetivou averiguar a situação de vida, saúde e doença dos Potiguaras, aldeados na Paraíba, constatou que 41,8% dos entrevistados tem alguém na família que faz uso de álcool e desse percentual 27,3% afirmam que a bebida ocasiona algum dano à família, causando até morte, como foi encontrado em 5,5% dos resultados⁽¹³⁾.

A luz desse contexto, as práticas de cuidado e medidas de controle ao combate do uso de álcool mostram as lideranças comunitárias e a influência da igreja como medidas protetivas ao consumo de bebidas alcóolicas no qual adotam a postura da “substituição da bebida alcóolica pela aceitação da palavra de Deus” e buscam costumes que a bebida não se compõe parte do processo diário. Assim se pode evidenciar mais um estudo que buscou um “cuidado” pautado no modelo biomédico desconsiderando os aspectos culturais. Deste modo, afirma que os profissionais de saúde devem encadear as ações com práticas indígenas de saúde além de compreender o modelo biomédico pautado no diálogo e sem esquecer o contexto sociocultural junto ao processo de alcoolização, pois caso contrário não se terá êxitos nas medidas adotadas⁽¹⁴⁾.

Nessa vertente o uso diferenciado das bebidas com teor alcoólico é fruto de mudanças que ocorreram dentro das aldeias, tais como o contato com o homem branco, denominado de contato interétnico, o aumento da circulação de bebidas nas aldeias, mudanças no uso tradicional e de socialização e o advento das bebidas industrializadas. Hoje o uso de tais bebidas tem se tornado cada vez mais precoce além da substituição do caxiri pelos destilados tanto nas situações de consumo coletivo tido tradicional como na

inclusão de datas festivas no calendário indígena pela influência da cultura branca⁽¹⁵⁾.

Deste modo, o estreitamento das relações, pela facilidade de acesso às aldeias bem como pelos diversos motivos que os indígenas têm de ir até a cidade, fez com que a inserção das bebidas alcóolicas fosse apresentada e aprovada pelos índios tornando-se assim um objeto de consumo de interação social dessa cultura que aos poucos vem perdendo as características próprias.

Portanto, discutir a problemática do uso de álcool em comunidades indígenas é de suma importância para uma análise reflexiva além de considerar o contexto do consumo para traçar as medidas assistenciais⁽¹⁶⁾.

Assim os resultados desse estudo sugerem que novas pesquisas sejam realizadas e vinculadas a essa temática para uma maior produção do conhecimento e aproximação dos profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros para que assim possamos além de refletir fazer a implementação de políticas públicas voltadas para as comunidades indígenas. Esse estudo apresenta como limitação, a escassez de estudos bem como a não generalização para demais comunidades indígenas de outros países, mas ao mesmo tempo mostra-se uma pesquisa valiosa no campo da saúde mental de populações específicas.

Portanto, as implicações deste estudo para a prática assistencial ocorrem no sentido de contribuir para que órgãos e entidades que tratam da tutela indigenista, governamentais ou não, possam elaborar estratégias e políticas voltadas para o aprimoramento da saúde dessa população vulnerável, especificamente no que se refere ao uso de substâncias psicoativas, algo que proporcionará melhoria na qualidade de vida indígena e otimização do convívio coletivo nas aldeias.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados apresentados pode-se concluir que a produção bibliográfica sobre o consumo de álcool em comunidades indígenas é pouco representativa quando comparada com outras temáticas e especialidades, observando que não se pode pensar no uso do álcool pautado apenas no uso negativo, pois é notório que, apesar dos malefícios causados, ainda se tem a questão cultural que é fortemente relacionado aos padrões de consumo. Além de que existe uma gama de variedade dos contextos nos quais os indígenas fazem uso do álcool.

Deste modo, evidenciam-se estudos que buscam descrever o “processo de alcoolização” diferenciando do “alcooolismo”, pois estudos que seguem esta última vertente não analisam na íntegra o consumo de bebidas alcóolicas nessa população específica, desconsideram o contexto vivido e assim adotam medidas sem respostas eficazes.

Assim as populações indígenas são vulneráveis ao consumo pelo processo histórico de colonização e devido a sua aculturação, merecendo uma reflexão sobre a necessidade de uma assistência holística com abordagem psicossocial e que surjam novas pesquisas com mais vigor que impactem mudanças entre os profissionais de saúde, tais como os enfermeiros, já que são fonte de apoio e juntamente com a

articulação dos serviços de saúde garantam melhorias na qualidade de vida dos indígenas promovendo bem estar e prevenindo agravos de forma efetiva.

Agradecimentos

Agradecemos o financiamento da pesquisa a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça e Cidadania e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP)

REFERÊNCIAS

1. Seibel SD, Toscano Junior A. Dependência de drogas. In: Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001.
2. Dias LF. Consumo de bebidas alcólicas entre os povos indígenas do Uaçá. In: Souza MLP. Processo de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
3. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet* [Internet], 2009 [cited 2016 Feb 10]; 373(9682):2234-2246. Available from: http://www.who.int/choice/publications/p_2009_CE_Alcohol_Lancet.pdf
4. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 (2006) / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. (2010). Brasília [cited 2016 Feb 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
6. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Relatório brasileiro sobre drogas. (org): Duarte P, Stempliuk VA, Barroso LP. Brasília; 2009.
7. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm* [Internet], 2009 [cited 2017 Jun 12]; 22(4):434-438. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>
8. Joanna Briggs Institute. Reviewer's Manual. Adelaide (Australia): Royal Adelaide Hospital, 2014. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>. Acesso em: 20 jan 2016.
9. Melo JRFD, Maciel SC, Oliveira RCC, Silva AO. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. *Physis* [Internet], 2011 [cited 2016 Feb 23]; 21(1):319-333. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100019>
10. Maciel SC, Oliveira RDCC, Melo JRFD. Alcoolismo em Indígenas Potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. *Psicol ciênc Prof* [Internet], 2012 [cited 2016 Feb 8]; 32(1):98-111. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282022731008>
11. Souza MLP, Schweickardt JC, Garnelo L. O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. *Arch clin psychiatry* (São Paulo, Impr.), 2007; 34(2): 90-96.
12. Vianna JJB, Cedaro JJ, Ott AMT. Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. *Psicol & Sociol* [Internet], 2012 [cited Feb 08]; 24(1):94-103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000100011
13. Oliveira RDCCD, Silva AO, Maciel SC, Melo JRFD. Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara. *Rev Minei Enferm* [Internet], 2012 [cited Feb 10]; 16(1): 81-90. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/504>
14. Ghiggi junior A, Langdon EJ. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet], 2014 Jun [cited 2015 Jan 29]; 30(6):1250-1258. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00108613>
15. Souza MLP, Garnelo L. When, how, and what to drink: alcoholism among Indian peoples in the Upper Rio Negro, Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet], 2007 Jul [cited 2015 Abr 30]; 23(7):1640-1648. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700015>
16. Branco FMFC, Vargas, D. Processo de alcoolização - reflexões de problemas relacionados ao consumo em comunidades indígenas. *J Nurs UFPE on line* [Internet], 2017 Feb [cited 2017 Jan 30]; 11(2):680-685.

RECEBIDO EM: 12/11/2017.

ACEITO EM: 06/06/2018.

PARADA E REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA: CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO BASEADO NAS DIRETRIZES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015

Francisco Railson Bispo de Barros¹, Manoel Luis Neto²

Objetivos: Objetivo: avaliar o conhecimento do especialista em formação do curso de Cardiologia e Hemodinâmica no que se refere ao atendimento emergencial à parada cardiorrespiratória, segundo as novas diretrizes da American Heart Association - 2015. **Metodologia:** estudo descritivo/exploratório, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2017, por meio da aplicação de um questionário estruturado em pós-graduandos. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva simples. **Resultados:** da amostra de 25 pós-graduandos, 20 (80%) tinha conhecimento para identificar uma parada cardiorrespiratória e 21 (84%) indicaram qual a conduta correta após a detecção deste evento, 20 (80%) referiram que já realizaram cursos sobre o tema e 23 (92%) buscaram melhores informações sobre o tema na literatura. **Conclusão:** os pós-graduandos possuem conhecimento suficiente sobre o tema proposto, apresentando interesse na qualificação técnico-científica.

Descritores: Parada Cardíaca; Enfermagem; Ressuscitação Cardiopulmonar.

CARDIORESPIRATORY ARREST AND RESUSCITATION: NURSE'S KNOWLEDGE BASED ON AMERICAN HEART ASSOCIATION GUIDELINES 2015

Objective: to evaluate the knowledge of the specialist in the training of Cardiology and Hemodynamics in emergency cardiac arrest, according to the new guidelines of the American Heart Association - 2015. **Methodology:** descriptive / exploratory study, with a quantitative approach. Data collection was performed between March and April 2017, through the application of a structured questionnaire, the final sample being composed of 25 post-graduate students obtained for convenience. Data were analyzed using simple descriptive statistics. **Results:** of the sample of 25 participants, 20 (80%) had knowledge to identify a cardiorespiratory arrest and 21 (84%) indicated the correct behavior after the detection of this event, 20 (80%) reported having already taken courses on the subject and 23 (92%) sought better information on the subject in the literature. **Conclusion:** the postgraduate students have sufficient knowledge about the proposed topic, presenting an interest in the technical-scientific qualification.

Descriptors: Cardiac Arrest; Nursing; Cardiopulmonary Resuscitation.

PARADA Y REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA: CONOCIMIENTO DEL ENFERMERO BASADO EN LAS DIRECTRICES DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015

Objetivo: evaluar el conocimiento del especialista en formación del curso de Cardiología y Hemodinámica en lo que se refiere a la atención de emergencia a la parada cardiorrespiratoria, según las nuevas directrices de la American Heart Association - 2015. **Metodología:** estudio descriptivo / exploratorio, con abordaje cuantitativo. La recolección de datos fue realizada entre marzo y abril de 2017, a través de la aplicación de un cuestionario estructurado, siendo la muestra final compuesta por 25 post graduados obtenida por conveniencia. Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva simple. **Resultados:** de la muestra de 25 participantes, 20 (80%) tenían conocimiento para identificar una parada cardiorrespiratoria y 21 (84%) indicaron cuál es la conducta correcta después de la detección de este evento, 20 (80%) mencionaron que ya realizaron cursos sobre el tema y 23 (92%) buscaron mejores informaciones sobre el tema en la literatura. **Conclusión:** los post-graduandos poseen conocimiento suficiente sobre el tema propuesto, presentando interés en la calificación técnico-científica.

Descriptores: Parada Cardíaca; Enfermería; Resucitación Cardiopulmonar

¹ Fundação de Medicina Tropical, Manaus. Email: raylsonbarros@hotmail.com

² Universidade do Estado do Amazonas, UEA.

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbimortalidade nos países em desenvolvimento e também naqueles desenvolvidos. Atualmente, no Brasil, são responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos de 30 anos, onde cerca de 820 pessoas morrem a cada dia, vítimas de doenças cardiovasculares. Apesar do progresso, quando comparados a outros países, inclusive vizinhos latino-americanos, nossa mortalidade por DCV ainda se mostra uma das maiores do mundo⁽¹⁾.

A Morte Súbita Cardíaca (MSC) é uma intercorrência cardiovascular inesperada que constitui gravíssima ameaça à vida das pessoas, principalmente das que sofrem um colapso cardíaco não presenciado. No Brasil, estima-se anualmente 300 mil vítimas de morte súbita, superando todas as mortes por síndrome de imunodeficiência adquirida, câncer de mama e pulmão e acidente vascular cerebral⁽¹⁻²⁾.

Dados epidemiológicos constataam que a causa predominante de MSC tem origem cardiovascular, 70% a 80% dos casos, seguida da neurovascular com 10% a 15%. A MSC decorre de alguma arritmia em 88% dos casos, desses, 60% a 80% incluem ritmos desfibriláveis, como Taquicardia Ventricular (TV) sem pulso ou Fibrilação Ventricular (FV). As taxas de sobrevivência a uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) dependem da eficácia do atendimento, bem como do tempo transcorrido entre chamada e choque⁽³⁾.

Para que o atendimento a uma pessoa nessa situação seja feito com sucesso, há a necessidade de reconhecimento precoce dos sinais de PCR, rápida ativação de sistema de atendimento de emergência e pronta implementação do suporte básico e avançado de vida. As diretrizes que orientam as ações em situações de emergência buscam facilitar e aperfeiçoar a tomada de decisão frente à PCR⁽⁴⁾.

Quinquenalmente a *American Heart Association* (AHA) lança novas diretrizes de RCP, as quais se baseiam em um rigoroso processo internacional de avaliação de evidências. Segundo a entidade o atendimento à PCR divide-se em Suporte Básico de Vida (SBV), que compreende um conjunto de técnicas sequenciais caracterizadas por compressões torácicas, abertura das vias aéreas, respiração artificial e desfibrilação e Suporte Avançado de Vida (SAV) que consiste na manutenção do SBV, com a administração de medicamentos e o tratamento da causa da PCR⁽⁵⁾.

Neste sentido, ao considerar a PCR como uma emergência clínica, na qual o objetivo primordial consiste em preservar a vida, restabelecer as funções fisiológicas, aliviar o sofrimento e diminuir incapacidades, a assistência deve ser realizada com eficiência e eficácia. Perante o contexto destaca-se a figura do enfermeiro, profissional muitas vezes responsável por reconhecer a PCR, iniciar o SBV e auxiliar no SAV⁽³⁾.

A atualização permanente quanto às novas diretrizes da RCP é essencial para reduzir a morbimortalidade dos pacientes de qualquer idade, assim como, as consequências neurológicas acarretadas pela demora ou ineficiência do atendimento. O conhecimento do profissional enfermeiro é imprescindível, pois sua competência é um fator crítico na determinação do sucesso da assistência e fundamentação da ação executada, características determinantes e condicionantes que contribuem para a sobrevivência inicial de um paciente em súbita PCR.

Assim, é relevante responder a pergunta da pesquisa: qual o nível de conhecimento do futuro enfermeiro especialista em cardiologia e hemodinâmica no que se refere ao atendimento emergencial à parada cardiorrespiratória, segundo as novas diretrizes da *American Heart Association* - 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo/exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma instituição de educação e formação profissional de caráter privada, localizada na cidade de Manaus - AM, região Norte do Brasil. A população estudada foi constituída por 36 profissionais enfermeiros, os quais integram a primeira turma do curso de Pós-graduação de Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica da referida instituição.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: os enfermeiros deveriam estar devidamente matriculados no referido curso no período da coleta de dados, ter disponibilidade para participar da pesquisa e aceitar participar voluntariamente. Assim, o estudo foi desenvolvido com um total de 25 participantes.

A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2017, após a prévia autorização da coordenação da instituição e aprovação (Parecer Nº 1.928.784/17) do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Amazonas com base no que é prevista pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado e adaptado dos instrumentos já existentes na literatura^(2,4,6-7,13-14), com variáveis sociodemográficas e sobre a avaliação inicial na PCR e responsividade da vítima; abertura das vias aéreas e manobras de respiração; avaliação do pulso carotídeo e compressões torácicas; utilização do Desfibrilador Externo Automático; terapia medicamentosa.

As informações obtidas foram armazenadas no *software* aplicativo Microsoft Excel 2007® e, posteriormente, foram analisadas estatisticamente, calculando-se as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis estudadas.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 25 (69,4%) pós-graduandos do curso de Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica. Do total de enfermeiros, sete (19,4%) se recusaram a participar e quatro (11,1%) estavam inadim-

plentes com a instituição, resultando no trancamento da matrícula.

Na variável idade dos enfermeiros, a mínima encontrada foi de 23 anos e máxima de 50 anos, com média de 32,28 anos, cuja maioria, 23 (92%) era do gênero feminino (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos pós-graduandos. Manaus, AM, Brasil, 2017.

Variável	nº	%
Faixa etária (anos)		
23 a 30	18	72,0
31 a 40	5	20,0
41 a 50	2	8,0
Sexo		
Masculino	2	8,0
Feminino	23	92,0
Total	25	100

Com relação ao conhecimento teórico dos enfermeiros acerca dos sinais clínicos de uma PCR, constatou-se que dos 25 entrevistados, 20 (80%) afirmaram que essa situação caracteriza-se pela perda da consciência e pela ausência do pulso carotídeo. Ao serem questionados sobre a pri-

meira conduta a ser tomada ao se deparar com uma pessoa que estivesse apresentando os sinais clínicos de PCR, 21 (84%) mencionaram que deveria ser checado a responsividade da vítima e 3 (16%) afirmaram que deveria ser checada a respiração da vítima (Tabela 2).

Tabela 2 - Conhecimento dos pós-graduandos a respeito dos sinais clínicos e medidas a serem tomadas frente a PCR. Manaus, AM, Brasil, 2017.

Variáveis	nº	%
Sinais clínicos de PCR		
Perda da consciência e ausência de pulso carotídeo	20	80,0
Ausência de qualquer pulso e perda da consciência	4	16,0
Perda da consciência	1	4,0
Sudorese, náuseas e dor precordial	0	0,0
Primeira ação		
Checar responsividade	3	16,0
Checar respiração	0	0,0
Chamar ajuda	21	84,0
Iniciar RCP	0	0,0
Total	25	100

Quando questionados sobre os ritmos cardíacos característicos de uma PCR que requerem a aplicação de choque elétrico, constatou-se que houve prevalência dos ritmos de TV e FV. Acerca do conhecimento sobre o algo-

ritmo do Suporte Básico de Vida, 23 (92%) enfermeiros afirmaram que a sequência correta é CABD, ou seja, checar pulso (C), abrir vias aéreas (A), manter boa ventilação (B) e choque elétrico (D), este por sua vez quando da chegada do

Suporte Avançado de Vida. Com relação às compressões torácicas e a oferta de ventilação durante a PCR com a assistência de dois socorristas 24 (96%) dos entrevistados

afirmaram que a relação deve ser de 30 compressões para 2 ventilações (30 x 2), conforme os dados apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Conhecimento dos pós-graduandos a respeito dos ritmos cardíacos característicos de uma PCR que requerem a aplicação de choque pelo desfibrilador. Manaus, AM, Brasil, 2017.

Variáveis	nº	%
Ritmos cardíacos chocáveis		
TV, FV, AESP Assistolia	2	8,0
TV e FV	18	72,0
FV, TV e AESP	3	12,0
Assistolia e TV	2	8,0
Algoritmo da RCP		
CABD	23	92,0
ABCD	2	8,0
BCAD	0	0,0
DABC	0	0,0
Compressões torácicas x ventilação		
30 x 2	24	96,0
15 x 2	1	4,0
30 x 1	0	0,0
15 x 1	0	0,0
Total	25	100

Com relação à frequência das compressões torácicas que devem ser ministradas na vítima de PCR e a profundidade dessas compressões no tórax, a maioria dos 25 entrevistados, 23 (92%) afirmaram que deveria ser feita

entre 100 e 120 compressões por minuto, predominando compressão torácica numa profundidade entre 2 a 2,4 polegadas, o equivalente entre 5 e 6 cm respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Conhecimento dos pós-graduandos a respeito das compressões torácicas. Manaus, AM, Brasil, 2017.

Variáveis	nº	%
Frequência de compressões por minuto		
Entre 100 e 120	23	92
Até 100	2	8
Entre 60 e 100	0	0
Entre 80 e 120	0	0
Profundidade exercida no tórax (cm)		
Entre 3 e 4	0	0
Entre 4 e 7	1	4
Entre 5 e 6	24	96
Entre 2 e 3	0	0
Total	25	100

Os enfermeiros foram avaliados quanto ao interesse que possuem acerca do tema através de dois pontos considerados, para esta pesquisa, cardeais: interesse em realizar cursos de qualificação e busca espontânea por literatura científica específica sobre o tema. Quando questionados sobre a realização de cursos sobre o assunto, 80% dos en-

fermeiros afirmaram que já realizaram curso preparatório para as situações de RCP, enquanto 20% mencionaram que não participaram de cursos que envolviam a temática, 92% (23) dos enfermeiros referiram que procuram aprofundar o conhecimento acerca da PCR/RCP por meio da leitura de trabalhos científicos (Tabela 5).

Tabela 5 – Conhecimento dos pós-graduandos segundo interesse que possuem acerca do tema. Manaus, AM, Brasil, 2017.

Variáveis	n ^o	%
Realização de cursos sobre RCP/PCR		
Sim	20	80
Não	5	20
Leitura de literatura específica		
Sim	23	92
Não	2	8
Total	25	100

DISCUSSÃO

Foi observado no presente estudo que o número de mulheres cursando a pós-graduação é superior ao de homens. Em um estudo realizado com 91 pós-graduandos atuando em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência, com objetivo de avaliar o conhecimento teórico dos enfermeiros sobre RCP, também foi observada maior prevalência do sexo feminino nessa profissão⁽⁷⁾.

O objetivo da avaliação inicial da vítima de PCR é a detecção imediata dos sinais clínicos sugestivos desse quadro. Nesse sentido, a primeira conduta a ser tomada pelo socorrista, após a análise do cenário, é a avaliação do nível de consciência e do pulso carotídeo da vítima por no máximo 10 segundos, que apresentará inconsciência e ausência de pulso. Nesse estudo, mais de 2/3 dos participantes respondeu corretamente a essa questão. Estudo desenvolvido com enfermeiros e médicos de um hospital público com o objetivo de avaliar o conhecimento teórico sobre a mesma temática do estudo proposto também identificou um elevado índice de satisfação para a detecção de uma PCR, no qual 78,9% dos profissionais indicaram uma adequada avaliação do referido quadro clínico⁽²⁾.

Após a detecção de uma PCR, o profissional da saúde deve imediatamente solicitar o Serviço Médico de Emergência⁽⁵⁾, no caso do Brasil o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Nesse estudo foi constatado que a maioria dos pós-graduandos sabe que a primeira ação após a identificação da PCR é solicitar ajuda. No estudo citado anteriormente, observou-se que 75,7% dos profissionais responderam corretamente a essa questão, o que caracteriza um considerado nível de conhecimento quanto ao atendimento inicial⁽²⁾.

Seguindo o *Guideline* da AHA, os ritmos cardíacos que são chocáveis na PCR são a fibrilação e a taquicardia ventricular⁽⁵⁾. Nesse estudo a predominância de assertivas, corrobora com o resultado encontrado no estudo desenvolvido com 11 enfermeiros de um hospital municipal de São Paulo, que demonstrou que 66% dos enfermeiros tinham conhecimento adequado sobre essa conduta⁽³⁾.

Grande parte das vítimas de PCR encontra-se no ritmo cardíaco de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. Para essas vítimas, os elementos iniciais do SBV são as compressões torácicas e a desfibrilação precoce. Entretanto, assim que do DEA estiver disponível, este passa a ser a prioridade de uso, uma vez que estes ritmos exigem a administração de choques, ou seja, cargas de desfibrilação de alta energia não sincronizadas⁽⁵⁾.

Desde as diretrizes de 2010 da AHA, reforçadas em 2015, as manobras de RCP realizadas pelo socorrista devem seguir a sequência mnemônica CABD (*Circulation/Circulação* – realizar as compressões torácicas; *Airway/Via aérea* – realizar a abertura da via aérea; *Breathing/Respiração* – realizar ventilação e *Defibrillation/Desfibrilação* – choque FV/TV sem pulso). Constatou-se nesse estudo que mais da metade dos entrevistados sabe a sequência correta do algoritmo a seguir nos casos de PCR, indicando atualização no conhecimento científico acerca de sua atuação nessas situações.

No que se refere à relação entre compressão torácica e a oferta de ventilação artificial com a assistência de dois socorristas, o *Guideline*-2015 recomenda que sejam realizadas 30 compressões intercaladas com 2 ventilações⁽⁵⁾. O que foi observado no presente estudo é que quase a totalidade dos

entrevistados respondeu corretamente, indicando uma adequada assimilação do conteúdo teórico-prático.

Neste estudo, observou-se que a maioria dos pós-graduandos afirmou que a frequência das compressões deve ser entre 100 e 120 por minuto numa profundidade ideal de 5 cm, mas não superior a 6 cm. A literatura científica e a AHA delimitaram que devem ser realizadas compressões torácicas com profundidade nas referências supracitadas para que a RCP seja considerada de boa qualidade, garantindo a manutenção da circulação e da oxigenação do músculo cardíaco, responsáveis pela condução de oxigênio aos órgãos vitais, mas principalmente ao cérebro^(5-10,13,15).

Na maioria dos estudos, a aplicação de mais compressões está associada a maiores taxas de sobrevivência, ao passo que a aplicação de menos compressões esta associada a uma menor sobrevivência^(6-10,13,15). A importância de comprimir o tórax numa profundidade de, no mínimo, 5 cm justifica-se pelo fato que desta forma se criará um fluxo sanguíneo maior, principalmente por aumentar a pressão intratorácica e comprimir diretamente o coração⁽⁶⁾.

A busca de informações relativas à PCR e a capacitação para atuação nesses casos por meio da utilização das manobras de RCP devem ser consideradas prioridade para os profissionais da saúde, sobretudo da enfermagem⁽¹³⁾. De um modo geral, foi observado que os pós-graduandos têm um qualificado nível

de conhecimento em diversos pontos relacionados à temática, tendo em vista a busca pela qualificação profissional.

Nesse contexto, acredita-se que a busca de cursos é um ótimo coadjuvante para maior capacitação e atualização para que os profissionais, neste caso futuros Enfermeiros Cardiologistas, tenham melhor conhecimento teórico-prático e, conseqüentemente, melhor desempenho durante um possível atendimento, contribuindo para a maior sobrevivência da vítima⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu concluir que os enfermeiros pós-graduandos do curso de Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica possuem um alto nível de conhecimento sobre a Parada Cardiorrespiratória e as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar recomendadas pelo *Guideline da American Heart Association - 2015*, desde a conduta após a detecção da PCR, até a chegada e instalação dos cuidados avançados.

O estudo também possibilitou identificar que o enfermeiro, no âmbito de seu trabalho, é um dos principais profissionais de saúde com autonomia e capacitação para agir no momento de uma PCR, sendo este, de fundamental importância, assim como toda a equipe de enfermagem, manter-se atualizados e capacitados para prestar assistência às prováveis emergências e proporcionar capacitações teóricas e práticas com os outros membros da equipe.

REFERÊNCIAS

1. Quilici AP, Bento AM, Ferreira FG, Cardoso LF, Moreira RSL, Silva SC. Enfermagem em cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2015.
2. Cunha CM, Toneto MAS, Pereira EBS. Conhecimento teórico dos enfermeiros de hospital público sobre reanimação cardiopulmonar. *Bioscience Journal*. 2013;29(5):1395-1402.
3. Credo PFD, Boostel R, Felix JVC. Conhecimento da equipe multiprofissional de saúde baseado nas diretrizes da American Heart Association-2010. *Journal of nursing UFPE*. 2015;9(10):9423-30.
4. Silva DV, Jesus APS, Lima AA, Santos MAS, Alves SL. Conhecimento de graduandos em enfermagem sobre suporte básico de vida. *Rev baiana enferm*. 2015;29(2):125-34.
5. American Heart Association. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE. [versão em Português] [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 10];1-28. Available from <https://ecgguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
6. Oliveira SS, Santos JO, Zeitoun SS. Suporte Básico de Vida: avaliação do conhecimento dos graduandos de enfermagem. *Journal health sci inst*. 2014;32(1):53-58.
7. Ferreira JVB, Ferreira SMB, Casseb GB. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. *Rev bras cardiol*. 2012;25(6):464-70.
8. PHTLS. National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
9. Pereira DS, Vieira AKI, Ferreira AM, Bezerra AMF, Bezerra WKT. Atuação do Enfermeiro Frente à Parada Cardiorrespiratória (PCR). *Rev bras educ saúde*. 2015;5(3):08-17.
10. Lima CA, Lafetá AFM, Paula BP, Leite LES, Paiva PA, Leão HM, Barbosa HÁ, Figueiredo ML, Diamantino AM, Ruas EFG. Suporte avançado de vida na parada cardiorrespiratória: Aspectos teóricos e assistenciais. *Rev UVRV*. 2015;13(1):653-63.
11. Brasil. Decreto-Lei n.º 94.406, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/>
12. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 8 de fevereiro de 2007. [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
13. Alves, CA, Barbosa CNS, Faria HTG. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. *Cogitare enferm*. 2013;18(2):296-301.
14. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. Artmed Editora; 2016.
15. Almeida AO, Araújo IEM, Dalri MCB, Araújo S. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Rev latino-am enferm*. 2011;19(2):261-8.

RECEBIDO EM: 11/12/2017.

ACEITO EM: 13/06/2018.

DISPOSITIVOS DE MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVOS COMO VEÍCULOS DE INFECÇÃO CRUZADA: REVISÃO INTEGRATIVA

Roberta Pereira Spala Neves¹, Fátima Helena do Espírito Santo²

Objetivo: analisar na literatura, publicações científicas que apontam uma relação entre IRAS e os principais dispositivos de monitorização não invasiva (termômetro, esfigmomanômetro, cabo de ECG e oxímetro). **Método:** revisão integrativa, respondendo a questão: como a literatura aborda a ocorrência das IRAS associada aos principais dispositivos de monitorização não invasivo? Realizada através de busca online de artigos científicos nas bases LILACS/SCIELO, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e IBECs, entre julho e setembro de 2013, associando o descritor cross infection aos seguintes: thermometers, sphygmomanometers, oximetry and electrocardiography. **Resultados:** Foram encontrados 252 artigos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão obteve-se 13, nos quais todos indicam uma relação entre infecção cruzada e os dispositivos não invasivos em questão. **Conclusão:** após exaustiva leitura e análise dos estudos conclui-se que estes dispositivos são potenciais veículos de infecção cruzada, sendo necessário aprofundamento da temática, mediante estudos científicos, possibilitando reflexões e tomada de decisão com repercussão na prática clínica.

Descritores: infecção cruzada, esfigmomanômetro, termômetro, oxímetro e eletrocardiografia

NONINVASIVE MONITORING DEVICES SUCH AS CROSS-INFECTIOIN VEHICLES: INTEGRATIVE REVIEW

Objective: To analyze the published works on hospital infections related to non-invasive monitoring devices.(sphygmomanometer, thermometer, oximetry, electrocardiograph) **Method:** Integrative review, answering the question: how does the literature address the occurrence of IRAS associated with the main non-invasive monitoring devices? It was carried out through online search of scientific articles in the databases LILACS / SCIELO, MEDLINE, Cochrane Library and IBECs, between July and September of 2013, associating the descriptor cross infection with the following: thermometers, sphygmomanometers, oximetry and electrocardiography. **Results:** We found 252 articles, applying the inclusion and exclusion criteria obtained 13, in which all indicate a relationship between cross infection and the non-invasive devices in question. **Conclusion:** After exhaustive reading and analysis of studies have concluded that these non-invasive monitoring devices to be potential vehicles of cross-infection, necessitating further development of the theme by scientific studies, enabling reflections and decisions that have impact on clinical practice.

Descriptors: cross infection, sphygmomanometer, thermometer, oximetry, electrocardiograph and nursing

DISPOSITIVOS DE MONITORIZACIÓN NO INVASIVOS COMO VEHÍCULOS DE INFECCIÓN CRUZADA: REVISIÓN INTEGRATIVA

Objetivo: Analizar en la literatura publicaciones científicas sobre las infecciones hospitalarias relacionadas con dispositivos de monitorización no invasiva.(esfigmomanómetro, termómetro, oxímetro, electrocardiógrafo) **Método:** revisión integrativa, respondiendo a la pregunta: ¿Cómo la literatura trata las ocurrencias de infecciones hospitalarias asociado con los principales dispositivos de monitorización no invasiva? Realizada mediante la búsqueda on line de artículos científicos en LILACS / SCIELO, MEDLINE, Cochrane Library y IBECs, entre julio y septiembre de 2013, asociando el descriptor cross infection con los siguientes: thermometers, sphygmomanometers, oximetry and electrocardiography. **Resultados** 252 artículos fueron encontrados, por la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión produjeron 13, en el que todo indica una relación entre los dispositivos no invasivos en cuestión y las infecciones cruzadas. **Conclusión:** Después de la lectura exhaustiva y análisis de estudios han llegado a la conclusión de que estos dispositivos de monitorización no invasiva son vehículos potenciales de la infección cruzada, lo que exige un mayor desarrollo del tema por estudios científicos, permitiendo reflexiones y decisiones que tienen impacto en la práctica clínica.

Descriptoros: Infección cruzada, esfigmomanómetro, termómetro, oxímetro, electrocardiógrafo y de enfermería

¹Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Email: roberta.spala@yahoo.com.br.

²Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF.

INTRODUÇÃO

No Brasil as infecções adquiridas no contexto hospitalar representam uma das principais causas de morte em pacientes hospitalizados. Segundo o Ministério da Saúde, a taxa média de infecção hospitalar (IH) é de cerca 15%, enquanto que nos Estados Unidos e na Europa é de 10%⁽¹⁾.

O termo infecção hospitalar vem aos poucos dando lugar a um novo termo que é Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS), no entanto, o conceito ainda não mudou. Este novo nome reflete melhor a causa do seu desenvolvimento e não limita a sua ocorrência ao ambiente hospitalar⁽²⁻³⁾.

O ambiente em serviços de saúde tem sido apontado como fonte de recuperação de bactérias multirresistentes.⁶ Nesse sentido, a manutenção do ambiente biologicamente seguro é primordial na prevenção das IRAS⁽⁷⁻⁸⁾.

No entanto, o que se observa na prática e na literatura é um descuido em relação ao assunto, principalmente quando trata-se dos dispositivos não invasivos. Possivelmente isso acontece por que esses dispositivos representam baixo risco de transmissão de infecção. No entanto, não se pode descartar a participação deles na transmissão das IRAS.

Dentre os equipamentos de monitorização não críticos e que, habitualmente, mantém uma relação direta e contínua com os pacientes, sendo assim considerado pelo autor como “principais” dispositivos de monitorização não críticos têm-se: termômetros, cabos de eletrocardiograma (ECG), cabos de oxímetro e braçadeiras de esfigmomanômetros.

Assim, diante do exposto, o estudo tem como objetivo analisar na literatura, publicações científicas que trazem a participação dos principais dispositivos de monitorização não invasiva na transmissão das IRAS, conhecendo assim seu potencial como veículo de infecção cruzada.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como propósito reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre a temática em questão, fornecendo compreensão mais profunda⁽⁹⁾. Para o desenvolvimento desta revisão, foram percorridas as etapas recomendadas pela literatura: 1. Elaboração da questão norteadora; 2. Estabelecimento dos critérios de seleção das publicações/busca na literatura; 3. Categorização dos estudos; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5. Interpretação dos achados; 6. Divulgação do conhecimento sintetizado e avaliado.

A questão norteadora para o desenvolvimento desse estudo foi: Como a literatura aborda a ocorrência das IRAS associada aos principais dispositivos de monitorização não invasivo?

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde que dá acesso as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane, Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS).

Foram definidos como critérios de inclusão: todas as produções científicas indexadas nas bases de dados citadas anteriormente, nos idiomas inglês, espanhol e português, publicadas nos últimos 16 anos. Foram excluídas, produções científicas nas formas de: estudos tipo carta, editorial, opiniões, normativas e resoluções e aquelas que não apresentavam relação com a temática. Com associação do descritor cross infection com os seguintes descritores: *oximetry, electrocardiography, sphygmomanometers, thermometers*.

Para categorização dos estudos utilizou-se um instrumento específico com os seguintes itens: ano de publicação, autor, língua que os artigos foram publicados, base de dados, revistas, País, objetivo dos estudos, tamanho da amostra, característica e cenário, desenho da pesquisa e instrumento, principais achados e conclusões do autor.

Para avaliar rigor metodológico do estudo e nível de evidência dos artigos utilizou-se um instrumento já validado - Hierarchy of Evidence for Intervention Studies⁽¹⁰⁾.

Os estudos incluídos na revisão, após categorizados, foram analisados através da leitura minuciosa de cada item, interpretados os achados e sintetizado o conhecimento, estas etapas da revisão integrativa serão apresentadas, nos resultados, discussão e conclusão deste artigo.

RESULTADOS:

Foram encontrados 252 (duzentos e cinquenta e dois) artigos, porém aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão apenas 33 tinham relação com a temática, desses, 16 tinham sua publicação há mais de 16 anos, sendo 4 não encontrados na íntegra, obtendo-se apenas 13 (treze) estudos que compõem esta revisão.

No quadro a seguir serão apresentados o número de artigos encontrados e o número de artigos selecionados para cada busca, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos pelo autor.

Tabela 1 – Resultado da pesquisa realizada Biblioteca Virtual de Saúde utilizando a associação dos descritores.

Descritores	Nº de artigos encontrados	Nº de artigos selecionados
Cross infection and thermometers	49	6
Cross infection and sphygmomanometers	14	3
Cross infection and oximetry	19	1
Cross infection and electrocardiography	170	3

Com estes dados pode-se realizar a primeira análise desta revisão, pois apesar da importância do assunto, nota-se que este é um tema pouco explorado e que é necessário aprofundar o conhecimento sobre esta temática contribuindo para a redução das taxas de infecção hospitalar.

Para facilitar a discussão, os artigos selecionados nesta revisão serão identificados com numerais ordinais, de acordo com quadro a baixo, onde também está indicado o nível de evidência de cada artigo:

Tabela 2 – Identificação dos artigos e classificação do nível de evidência.

Número do artigo	Ano da Publicação	Autor	Título	Nível de evidência
1º	2005	Farnell S	Are tympanic thermometers a source of cross-infection? ⁽¹¹⁾ .	IV
2º		Dijk Y, Hochstenbach-Vemooij S, Vlist GJ, Davelkoul, Kaan JÁ, Diepersloot RJ	2002 Management of an outbreak of Enterobacter cloacae in a neonatal unit using simple preventive measures ⁽¹²⁾ .	IV
3º		Van den Berg RW, Claahsen HL, Niessen M, Muytjens HL, Liem K, Voss A	1999 Enterobacter cloacae outbreak in the NICU related to disinfected thermometers ⁽¹³⁾ .	IV
4º		Brooks S; Khan A; Stoica D; Griffith J; Friedeman L; Mukherji R; Hameed R; Schupf N	1998 Reduction in vancomycin-resistant Enterococcus and Clostridium difficile infections following change to tympanic thermometers ⁽¹⁴⁾ .	II
5º		Jernigan JA; Siegman-Igra Y; Guerrant RC; Farr BM	1998 A randomized crossover study of disposable thermometers for prevention of Clostridium difficile and other nosocomial infections. ¹⁵	II
6º		Martínez-Pellús A, Gómez RJ, Sánchez FJ, Córdoba ES, Lozano JAF	2002 Incidência de colonización e infección por acinetobacter baumannii em uma UCI com situação de endemia. Análisis de factores de riesgo mediante um estudo de vigilância ⁽¹⁶⁾ .	IV
7º		Villamil, AS; Rodríguez C, Badía MB; Moral LSL; Zilberman, JM; Salinas RL; Gregoretta, MA; Blanco, SI; Vidal LA	2004 Los manguitos del esfigmomanómetro son reservorio de bacterias potencialmente patógenas ⁽¹⁷⁾ .	IV
8º		Walker N; Gupta R; Cheesbrough	2006 Blood pressure cuffs: friend or foe? ⁽¹⁸⁾ .	IV
9º		Gialluly C; Morange V, Gialluly E, Loulergue J, Van der Mee N, Quentin R	2006 Blood pressure cuff as a potential vector of pathogenic microorganisms: a prospective study in a teaching hospital ⁽¹⁹⁾ .	IV
10º		Parer S, Lotthé A, Chardon P, Poncet R, Jean-Pierre H, Jumas-Bilak E	2012 An outbreak of heterogeneous glycopeptides-intermediate Staphylococcus aureus related to a device source in an intensive care unit ⁽²⁰⁾ .	IV
11º		Brown DQ	2011 Disposable vs reusable electrocardiography leads in development of and cross-contamination by resistant bacteria ⁽²¹⁾ .	V
12º		Albert NM; Hancock K; Murray T; Karafa M; Runner JC; Fowler SB; Nadeau CA; Rice KL; Krajewski S	2012 Cleaned, ready-to-use, reusable electrocardiographic lead wires as a source of pathogenic microorganisms ⁽²²⁾ .	IV
13º		Falk PS, Winnike J, Woodmanse C, Desai M, Mayhall CG	2000 Outbreak of vancomycin-resistant enterococci in a burn unit ⁽²³⁾ .	IV

Dos 13 (treze) artigos selecionados 11 (84,6%) foram publicados em inglês, 2 (15,3%) em espanhol e nenhum em português. Assim nota-se que além do tema ser pouco abordado no mundo, no Brasil essa escassez é ainda maior.

A principal base de dados onde foram encontrados os artigos foi a Medline, nesta foram encontrados 12 (92,3%) estudos, sendo apenas 1 (7,6%) encontrado no Lilacs. A principal revista que publicou artigos sobre o tema foi o *Infection Control & Hospital Epidemiology* (38,4%), seguida da *Journal of Hospital Infection* (23,0%). Um dado que chamou atenção é que das 7 revistas onde foram encontrados os artigos desta revisão, 3 delas eram específicas de enfermagem, sendo que em cada uma foram encontrados 1 artigo, são elas: *Nursing Times*, *Critical Care Nurse* e *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Isso mostra a preocupação desta classe profissional com a temática.

Foram encontradas publicações em 6 países, com predominância nos Estados Unidos, segue os dados do percentual das publicações em cada país: Estados Unidos: 38,5%; Inglaterra: 15,4%; Holanda: 15,4%; França: 15,4%; Espanha: 7,8% e Argentina: 7,8%.

DISCUSSÃO

A seguir será discutido cada artigo selecionado nesta revisão co-relacionando o seus achados entre si. A discussão será realizada por categoria, abordando cada dispositivo de forma individual.

Associação thermometer and cross infection

No primeiro artigo, realizado com 4 termômetros timpânicos compartilhados por 16 (dezesesseis) pacientes em uma unidade de terapia intensiva, foram feitas inspeções e colhidas amostras da superfície dos termômetros terem sido limpos conforme rotina do local⁽¹¹⁾.

Nenhuma amostra foi positiva para microorganismo patogênico, porém, foram detectadas sujidades, mesmo após a limpeza. Desta forma, este estudo não suporta a hipótese de que os termômetros são potenciais fontes de infecção, mas, foi destacada pelo autor, a possibilidade do uso de técnica inadequada para coleta da amostra e também a natureza pequena do estudo, assim sendo, o risco deste dispositivo ser uma fonte, ou veículo de infecção não pode ser excluída⁽¹¹⁾.

Nos segundo e terceiro artigos, ambos realizados na Holanda, os termômetros retais foram identificados como potenciais fontes de infecção por *Enterococcus Cloacae* (*E. Cloacae*) em Unidades neonatais¹²⁻¹³

No quarto estudo selecionados observou-se um coincidente aumento de infecção por *Enterococcus* resistente à

vancomicina (VRE) relacionado ao uso de termômetro retal, em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva, que receberam a vancomicina oral para tratar *C. difficile* associado à diarreia⁽¹⁴⁾.

O quinto estudo, também realizado nos Estados Unidos, compara o custo benefício da utilização de termômetros descartáveis, ao invés de termômetros eletrônicos orais ou retais. Este estudo trata-se de uma pesquisa randomizada crossover, onde dois grupos foram selecionados, o primeiro utilizou, apenas, termômetros eletrônicos e o segundo termômetros descartáveis por 6 (seis) meses, depois deste período, os termômetros foram trocados⁽¹⁵⁾.

Assim, observou-se que as taxas de diarreia associada ao *C. difficile* teve uma queda importante com o uso dos termômetros descartáveis, porém, não teve impacto nas demais infecções hospitalares. analisando os gastos dos termômetros eletrônico e descartáveis, conclui-se que a substituição não seria vantajosa para a instituição onde foi realizada a pesquisa, podendo ser substituído os benefícios de dispositivos descartável, por medidas mais baratas como a desinfecção rígida dos equipamentos⁽¹⁵⁾.

O sexto artigo foi o único selecionado que trata do termômetro axilar e investiga seu potencial como fonte e/ou veículo de IRAS.

Este estudo teve como objetivo investigar os fatores de risco associados à colonização por *Acinetobacter baumannii*, e averiguar a relação entre a colonização dos pacientes e a colonização dos objetos inanimados⁽¹⁶⁾.

Desta forma, 35% dos termômetros e 33 % dos manguitos de pressão arterial estavam colonizados. 80 % das amostras das superfícies ambientais e objetos inanimados tinham a cepa com as mesmas características das encontradas em 93 % dos pacientes colonizados, e 100% dos pacientes infectados⁽¹⁶⁾.

As amostras positivas para *Acinetobacter spp.* na pele dos pacientes foram colhidas na axila e desta forma atribuídas ao uso dos termômetros colonizados⁽¹⁶⁾.

Associação sphygmomanometer and thermometer

No sétimo estudo, foi feito a cultura de 11 manguitos proveniente de diversas unidades de internação e ambulatório⁽¹⁷⁾.

Em todos os cultivos realizados, detectou-se crescimento bacteriano e, dentre eles, foram encontrados microrganismos patogênicos. Essas bactérias concordaram com algumas bactérias causadoras de infecção no hospital onde foi realizado o estudo⁽¹⁷⁾.

O oitavo estudo analisa o grau de contaminação de 203 esfigmomanômetros de 18 unidades hospitalares, além, de

discutir a participação deste dispositivo como fonte e/ ou veículo de IRAS⁽¹⁸⁾.

Extensiva contaminação foi observada nos manguitos de pressão arterial não invasivo, maiores níveis de contaminação foram encontrados no CTI⁽¹⁸⁾.

Foram detectadas em pacientes infectados, as cepas com as mesmas características das cepas encontradas nos manguitos, revelando, mais uma vez, que este dispositivo pode ser um potencial transmissor de infecção⁽¹⁸⁾.

A nona publicação trata-se de um estudo, para o qual foram colhidas amostras de 24 manguitos das clínicas médica e cirúrgica. O resultado deste estudo converge para os resultados dos demais, confirmando a hipótese dos manguitos de pressão não invasiva atuarem como veículos de infecção cruzada, ou até mesmo, se tornarem fontes de infecção, pois, em todos os manguitos cresceram bactérias viáveis, sendo, as predominantes, as da flora bacteriana da pele⁽¹⁹⁾.

Associação oximetry and cross infection

Apenas um artigo foi selecionado nesta revisão, cujos objetivos consistem em investigar a causa e controlar um surto por *Staphylococcus aureus*, para isso, foram colhidas amostras da narina, reto e trato respiratório superior dos pacientes. Amostras ambientais de equipamentos e dispositivos médicos, também, foram coletadas, quando os quartos estavam desocupados e limpos⁽²⁰⁾.

Na investigação ambiental detectou-se na borracha interna do sensor do oxímetro, resultados positivos para *Staphylococcus aureus* com resistência heterogênea a glicopeptídeo, então, uma triagem ambiental direcionada foi realizada, onde foi detectado, em todos os sensores de oxímetro do CTI, a presença deste patógeno, sugerindo, que este seja um conveniente reservatório para a bactéria em questão⁽²⁰⁾.

Associação electrocardiograph and cross infection

A autora do décimo primeiro estudo defende a ideia de substituir os cabos de ECG reutilizáveis por cabos descartáveis. No seu artigo, aponta inúmeras pesquisas que indicam os cabos de ECG como reservatórios de microorganismos patogênicos⁽²¹⁾.

Sendo assim, são inquestionáveis os benefícios do uso dos cabos de ECG descartáveis, porém, é necessário analisar custo/benefício, pois, os cabos descartáveis tem alto custo, mas, esta é uma análise difícil e complexa. No entanto, o autor afirma que os serviços de saúde que utilizam os cabos descartáveis em seu pacote de controle de infecção, estão anos luz a frente dos demais.²¹

O décimo segundo estudo investiga o grau de contaminação dos cabos de ECG reutilizáveis e limpos. O pesquisador colhe amostras dos cabos de ECG, prontos para uso, em 4 setores de 4 hospitais diferentes.²²

Dos 320 cabos que foram colhidas as amostras, 201 apresentaram crescimento bacteriano, sendo identificadas 226 culturas positivas. Das 24 espécies identificadas, 9 foram consideradas de risco, 5 com risco potencial e 10 sem risco, ou risco raro⁽²²⁾.

O último estudo identifica alguns objetos inanimados como reservatórios de microorganismos patogênicos, dentre eles os cabos de ECG e oxímetro de pulso, e aponta as medidas de controle que, erradicaram, o surto de VRE entre os pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva para pacientes queimados⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

A escassez de artigos nesta revisão deixa claro que é necessária a realização de mais estudos que abordem a temática para que se possa conhecer melhor os riscos que o uso desses equipamentos podem trazer.

Após exaustiva leitura e análise dos estudos selecionados, considerando que foram encontrados, na maioria dos seus resultados, bactérias patogênicas na superfície dos principais dispositivos de monitorização não invasiva, incluindo cepas de bactérias causadoras de surtos infecciosos, conclui-se que estes dispositivos são potenciais veículos de infecção cruzada dentro do ambiente hospitalar.

Assim, pode-se dizer que o uso indevido desses dispositivos, se torna uma ameaça a saúde do paciente hospitalizado e revela a necessidade de um olhar mais atento quanto ao uso e principalmente quanto a limpeza e desinfecção desses equipamentos, sendo necessário a realização de estudos que definam e padronizem técnicas de limpeza e desinfecção para estes equipamentos.

O uso destes dispositivos descartáveis poderia ser uma solução eficaz para inibir a contaminação, no entanto as pesquisas apontam estes produtos como equipamentos de alto custo, sendo necessário uma análise dos custos, no entanto essa análise se revelou muito complexa e na maioria das vezes apontou para uma relação custo-benefício desvantajosa.

Considera-se, portanto, necessário aprofundamento da temática, mediante estudos científicos, para assim possibilitar a realização de reflexões e tomada de decisões que tenham repercussão na prática clínica quanto à prevenção e controle de infecção relacionado a estas vias de transmissão.

REFERÊNCIAS

- Santos SLV, Sousa TK, Costa DM, Lopes LKO, Pelejad EB, Sousa DM, et al. Infecções Associadas ao Cuidado em Saúde em um Hospital Oncológico Brasileiro: análise de cinco anos. *Revista Enfermeria Global*. 2012; 18-25.
- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2013-2015). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de eventos adversos em serviços de saúde. Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de infecções relacionada à assistência à saúde. Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 02 abr 2013. Seção 1 p. 43-4 [cited 2014 Mar 13]. Available from: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/52582397/dou-secao-1-02-04-2013-pg-43>
- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Infecções de Corrente Sanguínea. Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 53p.
- Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
- Ferreira AM, Barcelos LS, Rigotti MA, Andrade D, Andreotti JT, Almeida MG. Superfícies do ambiente hospitalar: um possível reservatório de micro-organismos subestimado? - Revisão integrativa. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 1]; 7(spe):4171-82. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3498/pdf_2610 doi: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201310
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisao integrativa: metodo de pesquisa para a incorporacao de evidencias na saude e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
- Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-Based Practice, step by step: searching for the evidence. *American Journal of Nursing*. [Internet]. 2010 [cited 2017 Mar 15]; 110 (5): 41-7. Available from: http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2010/05000/Evidence_Based_Practice_Step_by_Step__Searching_24.aspx
- Farnell S. Are tympanic thermometers a source of cross-infection? *Nurs Times* [Internet]. 2005 [cited 2013 July 26]; 101(19):82. Available from: <https://www.nursingtimes.net/are-tympanic-thermometers-a-source-of-cross%20infection/203901.article>
- Dijk YV, Bik EM, Hochstenbach-Vernooij S, Vlist GJVD, Savelkoul PHM, Kaan JA et al. Management of an outbreak of enterobacter cloacae in a neonatal unit using simple preventive measures. *J Hosp Infect*. [Internet]. 2002 [cited 2013 Sept 13]; 51(1): 21-6. Available from: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0195-6701/PIIS0195670102911862.pdf> doi: 10.1053/jhin.2002.1186
- Van den Berg RWA, Claahsen HL, Niessen M, Muijtens HL, Liem K, Voss A. Enterobacter cloacae outbreak in the NICU related to disinfected thermometers. *J Hosp Infect* [Internet]. 1999 [cited 2013 Aug 15]; 45:29-34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10917779>
- Brooks S, Khan A, Stoica D, Griffith J, Friedeman L, Mukherji R et al. Reduction in vancomycin-resistant enterococcus and clostridium difficile infections following change to tympanic thermometers. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 1998 [cited 2013 July 19]; 19(7): 333-6. Available from: <http://www.jstor.org/stable/30141374>
- Jernigan JA, Siegman-Igra Y, Guerrant RC, Farr BM. A randomized crossover study of disposable thermometers for prevention of clostridium difficile and other nosocomial infections. *Infect Control Hosp Epidemiol*. [Internet]. 1998 [cited 2013 July 19]; 19(7): 494-9. Available from: <http://www.jstor.org/stable/30141397>
- Martínez-Pellús A, Gómez JR, Sánchez FJ, Córdoba ES, Lozano JAF. Incidencia de colonización e infección por *Acinetobacter baumannii* em uma UCI com situação de epidemia. Análisis de factores de riesgo mediante un estudio de vigilancia. *Enferm Infec Microbiol. Clín*. [Internet]. 2002 [cited 2013 July 20]; 20(5): 194-9. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-incidencia-colonizacion-e-infeccion-por-S0213005X02727882>
- Villamil AS, Rodríguez C, Badia MB, Moral LSL, Zilberman JM, Salinas RL et al. Los manguitos del esfigmomanómetro son reservorio de bacterias potencialmente patógenas. *Rev argent Cardiol*. [Internet]. 2004 [cited 2013 Aug 02]; 72:9-13. Available from: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2015/03/PDFs201503/3718.pdf>
- Walker N, Gupta R, Cheesbrough J. Blood pressure cuffs: friend or foe? *J Hosp Infect*. [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 15]; 63(2):167-9. Available from: [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(06\)00043-0/fulltext](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(06)00043-0/fulltext)
- Gialluly C, Morange V, Gialluly E, Loulergue J, Van der Mee N, Quentin R. Blood pressure cuff as a potential vector of pathogenic microorganisms: A prospective study in a teaching hospital. *Infect control hosp epidemiol*. [Internet]. 2006 [cited 2013 Aug 10]; 27(9):940-3. Available from: http://www.jstor.org/stable/10.1086/507284?seq=1#page_scan_tab_contents
- Parer S, Lotthé A, Chardon P, Poncet R, Jean-Pierre H, Jumas-Bilak E. An outbreak of heterogenous glycopeptide-intermediate *Staphylococcus aureus* related to a device source in an intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*. [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 13]; 33(2):167-74. Available from: http://www.jstor.org/stable/10.1086/663703?__redirected
- Brown DQ. Disposable vs reusable electrocardiography leads in development of and cross-contamination by resistance bacteria. *Crit care nurse*. [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 12]; 31(3): 62-8. Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/content/31/3/62.full.pdf+html>
- Albert NM, Hancock K, Murray T, Kasrafa M, Runner JC, Fowler SB et al. Cleaned, ready-to-use, reusable electrocardiographic lead wires as a source of pathogenic microorganisms. *Am J Crit Care*. [Internet]. 2010 [cited 2013 July 16]; 19(6):73-80. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/19/6/e73.full.pdf+html?sid=1a4cb86e-2d20-4437-9c58-0b4eb3fc7f73> doi: 10.4037/ajcc 2010304
- Falk PS, Winnike J, Woodmansee C, Desai M, Mayhall G. Outbreak of vancomycin-resistant enterococci in a burn unit. *Infect Control Epidemiol*. [Internet]. 2000 [cited 2014 Mar 06]; 21(9): 575-82. Available from: <http://www.jstor.org/stable/10.1086/501806>

RECEBIDO EM: 27/11/2017.
ACEITO EM: 12/07/2018.

A PERCEPÇÃO DE PAIS SOBRE PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM ESCOLA AMAZÔNICA

Thais Cristina Flexa Souza¹, Jacira Nunes Carvalho²

Objetivo: Identificar as percepções de pais sobre as atividades do projeto de extensão realizada pelo profissional de saúde no âmbito escolar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa realizado com 15 pais e/ou responsáveis em uma escola municipal em Belém, Pará, Brasil. Esta pesquisa foi oriunda do projeto de extensão “A ludicidade como ferramenta para promoção da saúde de crianças e adolescentes no espaço escolar” que ocorreu de janeiro de 2014 até fevereiro de 2017 com apoio da Pró-Reitoria de Extensão/UFGA. **Resultados:** As categorias encontradas foram: a necessidade e a importância de projeto de extensão na comunidade; elencando os temas para atividades de educação em saúde; reconhecendo a vulnerabilidade social em que vivem. **Conclusões:** Foi possível afirmar que o projeto de extensão universitário em saúde dentro do ambiente escolar é uma prática eficaz para ensinar e divulgar boas práticas para promoção da saúde.

Descritores: Enfermagem familiar; Saúde Escolar; Enfermagem.

THE PERCEPTION OF PARENTS ON THE PROJECT OF UNIVERSITY EXTENSION IN AMAZON SCHOOL

Objective: Identify the perceptions of parents about the activities of the extension project realized by the health professional in the school context. **Methodology:** This is a descriptive study with a qualitative approach realized with 15 parents and / or tutors in a municipal school in Belém, Pará, Brazil. This research originated from the extension project “Ludicity as a tool for the health promotion children and adolescents in school space”, which occurred from January 2014 until February 2017 with the support of the Pro-Rectorate of Extension/ UFGA. **Results:** The categories found were: the need and importance of extension project in the community; listing the themes for health education activities; recognizing the social vulnerability in which they live. **Conclusions:** It was possible to affirm that the project of university extension in health within the school environment is an effective practice to teach and to divulge good practices for health promotion.

Descriptors: Family Nursing; School Health; Nursing.

LA PERCEPCIÓN DE PADRES SOBRE EL PROYECTO DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA EN ESCUELA AMAZÓNICA

Objetivo: Identificar las percepciones de los padres sobre las actividades del proyecto de extensión ejercidas por profesionales de la salud en las escuelas. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo realizado con 15 padres y/o tutores en una escuela municipal en Belém, Pará, Brasil. Esta investigación se deriva del proyecto de extensión “El lúdico como herramienta para la promoción para la salud de los niños y adolescentes en espacio escolar”, que ocurrió entre enero de 2014 hasta febrero de 2017 con el apoyo de Pro-Rectoría de Extensión / UFGA. **Resultados:** Las categorías fueron: reforzando la necesidad y la importancia del proyecto de extensión en la comunidad; listando los temas para actividades de educación para la salud; el reconocimiento de la vulnerabilidad social en el que viven. **Conclusiones:** Fue posible afirmar que el proyecto de extensión universitaria en salud dentro del espacio escolar es una práctica efectiva para enseñar y difundir las buenas prácticas para la promoción de la salud.

Descriptores: Enfermería de la familia; Salud Escolar; Enfermería.

¹ Grupo de Pesquisa EPOTENA. Universidade Federal do Pará, UFGA. Email: thaisflexa@gmail.com

² EPOTENA, UFGA.

INTRODUÇÃO

Historicamente, os profissionais de saúde sempre estiveram próximos às famílias e as enfermeiras prestavam cuidados nos contextos diversos. Existem evidências desde Florence Nightingale, que os membros das famílias eram incluídos nos cuidados de saúde de seus entes nas práticas de cuidados dirigidas às famílias⁽¹⁾.

A família deve ser o foco prioritário da atenção primária para possibilitar espaços para educação em saúde, extinguindo o olhar individualizado do cuidado a esta estrutura. Assim, é importante o grupo familiar estar contextualizado nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença⁽²⁾.

Semelhantemente à família, outro ambiente social é a escola, esta tem como missão desenvolver processos de ensino-aprendizagem, formação dos estudantes e construção da cidadania. Dessa maneira, a escola é o local onde os programas de educação em saúde podem ter maior e melhor repercussão abordando e influenciando o educando nas melhores fases de sua vida: infância e adolescência⁽³⁾.

Contudo é por meio da extensão universitária que a Universidade interage com a comunidade gerando uma troca de conhecimentos com a comunidade, absorvendo seus valores e cultura. A extensão é uma importante ferramenta para a formação de profissionais, visto que aproxima o saber científico de realidades múltiplas desenvolvendo nestes as habilidades necessárias e os aspectos humanísticos e éticos tão importantes na vida⁽⁴⁾. Nesta perspectiva, o objetivo do estudo é identificar as percepções de pais sobre as atividades do projeto de extensão realizada pelo profissional de saúde no âmbito escolar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa de abordagem qualitativa tem caráter subjetivo. Este coleta e analisa sistematicamente materiais narrativos⁽⁵⁾. O estudo foi realizado com 15 pais e/ou responsáveis em escola municipal no bairro da Terra Firme, Belém, Pará, Brasil.

Esta pesquisa foi oriunda do projeto de extensão "A ludicidade como ferramenta para promoção de crianças e adolescentes no espaço escolar" que ocorreu 01/2014 até 02/2017 com apoio da Pró-Reitoria de Extensão/UFPA, este visou contribuir com a promoção da saúde de crianças e adolescentes na escola com a utilização de estratégias lúdicas. Foram incluídos pais/responsáveis maiores de idade, de ambos os sexos, com filhos matriculados na escola que ocorreu a pesquisa e foram excluídos os pais com algum problema físico, mental ou de comunicação que impossibilitasse a entrevista. Ao aceitar participar, os objetos da pesquisa, a forma de coleta de dados e o compromisso

do pesquisador com os dados da pesquisa foram esclarecidos e ao fim solicitava-se que assinassem o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

A coleta de dados foi realizada no horário de entrada e saída da escola. As entrevistas foram gravadas e respondiam a seguinte pergunta: Como um projeto de extensão Universitário pode estar contribuindo para o conhecimento sobre saúde no âmbito escolar? A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações e detalhamento do assunto em questão. Os dados foram analisados à luz da análise temática de acordo com Minayo⁽⁶⁾. A pesquisa tem aprovação ética nº 1.578.008 do Instituto de Ciências da Saúde/UFPA.

RESULTADOS

Foram entrevistados 15 pais/responsáveis, todos do sexo feminino entre 27 e 62 anos com escolaridade desde ensino superior completo a fundamental incompleto. Para assegurar o anonimato dos participantes, utilizou-se nome de frutas. As categorias encontradas foram três: necessidade e a importância de projeto de extensão na comunidade; elencando os temas para atividades de educação em saúde; reconhecendo a vulnerabilidade social em que vivem.

Necessidade e a importância de projeto de extensão na comunidade

Estar na escola, cuidar de crianças e adolescentes não é algo que seja encorajador na academia dos cursos da área da saúde, dada as especificidades no trato com esta clientela. Estas atitudes geralmente partem de iniciativas extensionistas, executadas por alguns que percebem a necessidade deste aprendizado sobre o cuidado à saúde desde a infância. Assim, no percurso da vida todos precisam de auxílio, e com os pais e ou responsáveis esta premissa também é verdadeira, eles precisam de orientações para si e o para o grupo familiar.

A participação dos escolares nas atividades desenvolvidas pelos projetos de extensão contribuiu para a implementação das mudanças não só em âmbito escolar, mas também no nível individual com a mudança de comportamento e atitude. De acordo com as falas abaixo, compreendemos que alunos e pais valorizam a ação de projetos de extensão no ambiente escolar.

Com certeza. Ele fala o que acontece com ele e procura me ajudar, ele procura corrigir o que tá errado [...] (Açai)

Com certeza. Ela repassa [...] dependendo da forma que às vezes a mãe ensina em casa e a criança vê um profissional na escola ensina a criança de outra maneira, a criança vai ver o certo, ela vai saber que lá em casa, ela tá aprendendo errado [...] (Acerola)

Elencando os temas para as atividades de educação em saúde

Ao longo das falas, pode-se notar que os pais tem percepção da importância do projeto no âmbito da escola como uma atividade de fortalecimento para o aprendizado dos alunos de maneira geral e especificamente no concernente os aspectos do cuidado da vida e saúde de seus filhos. Os pais elencam maneiras e temas a serem discutidos com crianças e adolescentes que consideram pertinentes para esta fase do ciclo vital. Dentre eles, a educação sexual foi um dos temas que os pais sugeriram como uma temática atual e de suma importância para o aprendizado de como evitar doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

[...] Adolescente que não tem uma experiência de vida e cai nessa armadilha no mundo de hoje. São as AIDS, essas doenças aí [...] É uma doença que não tem cura ainda.

[...] Educação sexual pros jovens aprenderem, porque hoje em dia tem um monte de doenças aparecendo, aí tem que adverter, tem que fazer essas alertações, fazendo palestras pros jovens. (Taperebá)

A *higiene bucal* foi outro tema que os pais afirmaram ser necessário de ser abordado desde cedo nas escolas. Assim como, a possibilidade dos pais serem orientados e recebam esclarecimentos dos odontólogos sobre as formas corretas de cuidados orais para assim acompanharem e ajudarem os filhos na correta escovação dos dentes, evitando desta forma doenças bucais como cáries e gengivites e até mesmo a perda de dentes ainda na fase da adolescência, fatos estes muito comuns nas periferias das grandes cidades nas populações menos favorecidas.

[...] Deveriam abordar muito sobre higiene bucal, né? Ensinares as crianças a escovar os dentes. Que muitas crianças eu vejo assim, que não tem esse hábito [...] (Maracujá)

[...] Olha, como eu te falei, parte de odonto [...] (Acerola)

Para os pais a *higiene corporal* é considerada outro tema essencial para abordar em atividades de educação em saúde, pois a higiene pessoal e ambiental correta diminui o risco de doenças, refletindo na qualidade de vida. Na escola, os hábitos de higiene devem ser reforçados considerando que neste ambiente as crianças fazem refeições, se socializam no contato com os colegas e professores, usam banheiros e lavabos na manutenção do cuidado a saúde, estes hábitos ensinados na infância se cristalizam como uma conduta adequada para a vida quanto antes ensinados as crianças melhor será o desenvolvimento deste hábito.

[...] Questão de higiene a mais que serve pra todo mundo [...] (Uxi)

[...] Tem que explicar que eles ao podem ta pegando em terra, em areia, porque isso, nessa água parada, tem que explicar pra eles que isso faz mal [...] Como é que deve ser eu não deve ta na sujeira [...] (Graviola)

Pais e responsáveis se preocupam e ficam incomodados diante de comportamentos e atitudes inadequadas e até mesmo violenta de alguns alunos, durante a entrevista relataram sentir falta de uma *assistência psicológica* para os alunos por observarem o comportamento destes na escola, marcado por má conduta, agitação e desobediência. Entendem que estes problemas, não devem ser somente de responsabilidade da escola, mas também da família.

[...] Psicologia, pra ta ajudando os adolescentes, crianças mesmo, porque tem muitas crianças aqui com problemas [...] (Acerola)

[...] Pra eles se comportarem mais, porque eles são muito agitados, quase não obedecem [...] (Manga)

[...] Tem muita criança que são muito mal-educadas e eu acho sim que deveria ter uma pessoa pra orientar mais eles [...] São umas criança muito agitada [...] Precisa de um psicólogo aqui na escola pra elencar essas crianças assim [...] (Muruci)

Outro tema sugerido foi sobre *lavagem das mãos*, que é uma técnica importante para evitar a disseminação de doenças por bactérias e por isso deve ser ensinada por educadores como um mecanismo de prevenção. Por conseguinte, tem como benefícios: diminuir o número de microorganismos, eliminar sujidades e proteger a própria saúde. Para as crianças, a melhor hora que deve ser reforçada esta prática é antes das refeições e contato com alimentos.

[...] Vocês que são da saúde, vocês podem explicar pra eles, como deve ser, como é que deve antes de almoçar, jantar, se alimentar, tem que lavar as mãos bem lavadinha [...] (Graviola)

[...] A limpeza das mão antes de comer, antes de pegar no alimento [...] (Banana)

A *alimentação* é outro tema que deve ser explorado para combater a desnutrição e obesidade, desta última os índices são crescentes no Brasil. Além disso, abordar esta temática na escola incentiva os alunos à prática alimentar saudável. Uma alimentação saudável proporciona qualidade de vida, pois faz o corpo funcionar adequadamente e, além disso, é uma das melhores formas de prevenção para qualquer doença. Outro ponto tocado pelos pais foi à questão da higiene com a manipulação de alimentos. A higienização adequada dos alimentos é importante para evitar a

contaminação química, física ou microbiológica. As pessoas que ingerem alimentos contaminados podem adoecer e em casos mais graves, irem a óbito.

[...] Eu acho assim, sobre alimentação [...] meu filho, por exemplo, não gosta da merenda da escola [...] (Cupuaçu)

[...] Eles vão e compram lá fora, e quando é depois, eles estão com dor na barriga, se sentindo mal [...] Como lidar com o alimento, de ingerir, seria muito bom. (Banana)

Reconhecendo a vulnerabilidade social em que vivem

Os pais reconhecem que residem em um local onde o acesso às drogas, criminalidade é muito recorrente e nestes locais há uma necessidade da implantação de projetos sociais e projetos de extensão por meio de universidades para tratar temas pertinentes à saúde, educação e segurança. E eles vêem os projetos no geral como uma ferramenta de transformação social da realidade em que eles estão inseridos. Não sendo esta uma realidade restrita a este bairro e a esta população, pois entendemos que em grandes centros urbanos há sempre uma área periférica onde residem pessoas de baixo poder aquisitivo e nestes bolsões estão sempre presentes a droga, a prostituição e a violência.

[...]Aqui onde moramos, num bairro vulnerável, a questão de drogas, sobre o risco que tem as drogas, as más influências[...] Eles não escutam com que os pais falam dentro da sua casa, eles escutam mais de fora, dão mais atenção fora do que dentro (Pupunha)

DISCUSSÃO

A educação em saúde é uma estratégia adotada por profissionais de saúde que deve ser capaz de promover mudanças de comportamentos, nas práticas diárias e nas atitudes de cada indivíduo, conduzindo em cadeia a transformação social de uma comunidade. Neste sentido esta contribui para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar meios para preservar e melhorar a sua vida. A criança é uma disseminadora de conhecimento, ela vivencia, brinca, interage e aprende com as trocas, levando suas experiências para sua casa⁽⁷⁾.

A escola tem sido um espaço de intervenção sobre a sexualidade adolescente que ultimamente adquiriu uma dimensão de problema social. A intenção de introduzir esse assunto no âmbito escolar torna-se evidente pela inserção da orientação sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) na forma de tema transversal. A atual inclusão da educação sexual na escola é justificada pelo crescimento do número de casos de "gravidez indesejada" e pela disseminação de casos de contaminação pelo HIV⁽⁸⁾.

A atenção à saúde bucal deve ser iniciada em idade precoce, tendo como ponto central o enfoque preventivo. Desta maneira, a educação dos pais possui papel fundamental, pois quanto mais precocemente se estabeleçam barreiras preventivas, melhores serão as condições futuras de saúde bucal da criança⁽⁹⁾.

A higiene corporal é um fator preponderante na vida das pessoas, pois eleva a auto-estima, melhora a aparência e previne diversos agravos à saúde como as doenças infecciosas, entre elas: a H1N1 e as diversas diarreias e parasitoses⁽¹⁰⁾.

Os problemas de comportamento na infância parecem desafiar a escola e a família para a execução de suas funções educativas, assim como para a criação de propostas de interação entre as mesmas. Nessa interlocução, muitas ações e ideias podem ser congruentes, aproximando e dando continuidade à tarefa educativa da família e da escola; enquanto outras mostram distância, diferenças e descontinuidades⁽¹¹⁾.

A lavagem das mãos é uma medida eficaz na prevenção e disseminação de doenças além de gerar benefícios extensíveis àqueles envolvidos no cuidado, devendo configurar-se como um hábito importante que deve ser estimulado durante a infância⁽¹²⁾.

A promoção da alimentação saudável na infância estimula a adesão a um bom estilo de vida com um adequado desenvolvimento cognitivo e colabora na prevenção de doenças. Logo, o ambiente escolar é um setor estratégico para a concretização de iniciativas de educação em saúde e conforma-se com o conceito de "Escola Promotora da Saúde". A manipulação adequada dos alimentos também deve ser abordada no ambiente escolar para se evitar doenças gastrointestinais provenientes da falta de higiene⁽¹³⁾.

Na fala dos pais é perceptível que eles têm consciência da vulnerabilidade social em que estão inseridos. A vulnerabilidade social é definida quando os recursos de um grupo social são inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Essas oportunidades constituem uma forma de ascender a maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida. Os projetos de extensão realizados pela universidade, na qual esta tem uma política social voltada para ajudar a comunidade, é uma maneira de combater esta vulnerabilidade⁽¹⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante enfatizar que há necessidade de projetos de extensão apoiados pelas universidades em escolas de ensino fundamental e médio, para assim levarem informações de saúde para crianças e adolescentes de forma

lúdica, ou seja, concomitantemente envolvendo o brincar, refletir e aprender. Com este estudo, observou-se os pais elencaram para atividades de educação em saúde foram: educação sexual, comportamento, higiene bucal, higiene corporal, lavagem das mãos e alimentação.

Em algumas falas, percebe-se também que alguns pais sentem que as próprias famílias estão vulneráveis a situações alarmantes, como violência e drogas por residirem em bairros periféricos e o ambiente ser propício a tais condições. Assim, eles vêm no profissional de saúde uma espe-

rança de mudança ao realizar atividades de educação em saúde em propor mudanças de perspectivas de jovens para uma vida saudável.

Em suma, foi possível perceber que os pais são sensíveis e compreendem a importância de atividades de extensão no âmbito da escola e afirmar que o projeto de extensão universitário em saúde no ambiente escolar é uma prática eficaz para ensinar e divulgar boas práticas para promoção da saúde e traz bons resultados tanto para os escolares quanto para a sua família e comunidade.

REFERÊNCIAS

1. S1 Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis* [Internet]. 2015 Dez [citado 2017 Mai 29]; 25(4): 1207-1227. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009>.
2. Queiroz TA, Carvalho FPB, Simpson CA, Barreto ELF, Fernandes ACL. Family: meaning to the family health strategy professionals. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2015Abr[citado 2017 Mai 29];28(2):274-280. Availablefrom: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3230>.
3. Schmitt ACAN, Costenaro RGS, Rangel RF, Ferreira CLL, Lacerda MR. Mudanças no comportamento e desenvolvimento do escolar a partir do cuidado à família. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 Out [citado 2017 Mai 29]; 66(5): 682-687. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000500007>.
4. Rodrigues ALL, PrataMS, Batalha TSB, Costa CLNA, Passos Neto IF. Contribuições da extensão universitária na sociedade. *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais* [Internet]. 2013Mar[citado 2017 Mai 29]; 16:141-148. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/494/254>.
5. Pesce L, Abreu CBM. Pesquisa qualitativa: considerações sobre as bases filosóficas e os princípios norteadores. *Revista da FAEBA - Educação e Contemporaneidade* [Internet]. 2013 Jul/Dez[citado 2017 Mai 29];22 (40): 19-29. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeaba/article/viewFile/747/520>.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3a ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2014.
7. Krug MR, Fernandes RGP, Pedro TPHOI, Soares FAA. Promoção da saúde na escola: um estudo com professores do ensino médio. *Scientiaplena* [Internet]. 2015Mai[citado 2017 Mai 29];11(5): 1-9. Disponível em: <https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/view/2374/1203>.
8. Janczura R. Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos* [Internet]. 2012 Ago./Dez [citado 2017 Mai 29];11(2):301-308. Disponível

em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/12173/8639>.

9. Silva DM, Alves MR, Souza TO, Duarte ACS. Sexualidade na Adolescência: Relato de experiência. *RevEnferm UFPE online*. [Internet] 2013 Mar [citado 2017 Mai 29]; 7(1):820-823. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3681/pdf_2201.
10. Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI, Arcieri RM, Souza NP, Moimaz SAS. Saúde bucal e educação infantil: avaliação do desgaste e do acondicionamento de escovas dentárias utilizadas por pré-escolares. *RevOdontol UNESP* [Internet] 2012 Mar/Abr[citado 2017 Mai 29]; 41(2): 81-87. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/133371/ISSN1807-2577-2012-41-02-81-87.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Sarkar M. Personalhygieneamongprimarieschoolchildren living in a slumof Kolkata, India. *J PrevMedHyg*. [Internet]2013Sep[citado 2017 May 29];54(3): 153-158. Availablefrom: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4718376/>.
12. Silveira LMOB, Wagner A. A interação família-escola diante dos problemas de comportamento da criança: estudos de caso. *Psicol. educ.* [Internet]2012Ago[citado 2017 Mai 29];35: 95-119. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752012000200006.
13. Mota EC, Barbosa DA, Silveira BRM, Rabelo TA, Silva NM, Silva PLN, et al. Higiene das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. *Rev Epidemiol Control Infect.* [Internet]2014 Jan [citado 2017 Mai 29];4(1):12-17. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4052/3379>.
14. Rossetti FX, Stolarski MC, Schmidt ST. Estado nutricional de adolescentes do sudoeste do Paraná, Brasil. *Segurança Alimentar e Nutricional* [Internet] 2015 Ago[citado 2017 Mai 29]; 21(2):437-447. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8642502/10022>.

RECEBIDO EM: 29/11/2017.
ACEITO EM: 06/06/2018.

POTENCIAL DOADOR CADÁVER: CAUSAS DA NÃO DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Wellington Lucas Bezerra Correia¹, Samira Rocha Magalhães de Alencar², Daisy Teresinha Reis Coutinho³,
Marcela Monteiro Gondim³, Paulo César de Almeida³, Maria Célia de Freitas³

Objetivo: conhecer as causas da não concretização da doação de órgãos de potenciais doadores em um hospital de referência. **Metodologia:** estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 958 prontuários de pacientes. A coleta foi realizada por meio de formulário elaborado previamente, no qual foram registrados dados dos arquivos da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. A organização dos dados foi realizada usando-se a planilha eletrônica Excel 2013 for Windows, os quais foram analisados estatisticamente em um banco criado no software Statistical Package of Social Sciences (SPSS 22) for Windows. **Resultados:** as causas da não efetivação da doação foram a recusa familiar (49,4%), contra-indicação médica (25,5%), parada cardíaca (23,2%) e outras (1,9%). **Conclusão:** o conhecimento dessas situações oferece elementos que norteiam a atuação das equipes de captação de órgãos, no que diz respeito à sensibilização da população.

Descritores: Enfermagem; Transplante; Morte Encefálica; Doador de Órgãos.

POTENTIAL CORPSE DONOR: CAUSES OF NON-ORGAN DONATION

Objective: determine the causes of non-concretization of organs donation of potential donors in a reference hospital. **Methodology:** study descriptive, documental and retrospective study, with quantitative approach. The sample consisted of 958 patient records. The collection was done through a previously prepared form in which data from the archives of the Intra-Hospital Organ Donation and Transplant Tissue Commission were recorded. The data was organized using the Excel 2013 for Windows spreadsheet, which were analyzed statistically in a database created in the Statistical Package of Social Sciences (SPSS 22) for Windows software. **Results:** The causes of non-effectiveness of donation were family refusal (49.4%), medical contraindication (25.5%), cardiac arrest (23.2%) and others (1.9%). **Conclusion:** The knowledge of these situations allows us to offer elements to guide the performance of the organ recruitment teams, regarding the awareness of the population.

Descriptors: Nursing; Transplant; Encephalic Death; Organs' donor.

POTENCIAL DEL DONANTE CADÁVER: LAS CAUSAS DE NO SE DONAR ÓRGANOS

Objetivo: identificar las causas de no se realizar la donación de órganos de potenciales donantes en un hospital terciário. **Metodología:** Investigación descriptiva, documental y retrospectiva con foco cuantitativo. La muestra fue de 958 historias clínicas de pacientes. La recolección de datos se llevó a cabo tras un formulario previamente elaborado en el que se registraron los archivos de los datos del Comité intrahospitalar de Donación de órganos y tejidos para trasplante. La organización de los datos se realizó utilizando Excel 2013 - Windows y fueron analizados estadísticamente en una base de datos creada en el paquete estadístico de software Statistical Package of Social Sciences (SPSS 22) for Windows. **Resultados:** las causas de no se realizar la donación fueron la negativa de la familia (49,4%), contra-indicación médica (25,5%), paro cardíaco (23,2%) y otros (1,9%). **Conclusión:** el conocimiento de estas situaciones nos permite ofrecer elementos que guían las acciones de los equipos de extracción de órganos cuanto a la sensibilización pública.

Descritores: Enfermería; trasplante; muerte cerebral; donantes de organos.

¹ Escola de Saúde Pública do Ceará, CE.

² Universidade Federal do Ceará, CE.

³ Universidade Estadual do Ceará, CE.

INTRODUÇÃO

A morte é um episódio biológico que encerra uma vida. O conceito tradicional de morte definida como o instante do cessamento dos batimentos cardíacos tornou-se obsoleto. Hoje, ela é vista como um processo e não mais como um momento, ou evento. A revisão do seu conceito, definindo-a como morte encefálica, tornou-se necessária devido a diversos fatores, entre os quais se destaca: a capacidade da medicina de prolongar uma vida por meios artificiais, e o fato de as cirurgias de transplantes exigirem órgãos em perfeitas condições de vitalidade, para o seu sucesso⁽¹⁾.

A retirada de órgãos para fins de transplante e tratamento é regulamentada por lei, e só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem diagnóstica em intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. Sua notificação à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos é obrigatória e compulsória para todos os estabelecimentos de saúde, desde a suspeita diagnóstica, independentemente da intenção familiar de doação ou da condição clínica do potencial doador⁽²⁾.

O processo de doação envolve um conjunto de ações e procedimentos que tem início a partir da identificação de um potencial doador; os profissionais que atuam nesta área precisam continuar realizando esforços para manter o corpo deste possível doador saudável, com vistas a salvar vidas por meio do transplante de órgãos e tecidos. Por esta razão, as ações destes profissionais relacionam-se, sob uma perspectiva ética, às questões de vida e morte⁽³⁾.

A morte encefálica causa múltiplos efeitos danosos sobre o organismo. Os objetivos da assistência passam a ser a proteção e a perfusão dos órgãos especificamente; sua prioridade é garantir o melhor suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados. O manuseio agressivo do doador pode reverter a disfunção temporária de órgãos; em contrapartida, cuidados intensivos padronizados com o potencial doador estão associados ao aumento do número de órgãos captados e sua qualidade⁽⁴⁾.

Para tanto, a equipe multiprofissional que trabalha na unidade de terapia intensiva, ou setor em que o paciente se encontra, da qual a enfermagem faz parte, deve tratar o potencial doador de forma apropriada. O enfermeiro, como profissional envolvido diretamente na assistência aos pacientes, realiza os cuidados com os potenciais doadores, devendo possuir domínio de todas as situações clínicas que podem ocorrer em decorrência da morte, além de participar no processo de entrevista familiar⁽³⁾.

Portanto, questionam-se quais as causas de não doação de órgãos de um potencial doador cadáver? O interesse pela temática surgiu mediante a assistência de en-

fermagem realizada como residente multiprofissional, na manutenção do potencial doador de órgãos, para que este viesse a se converter em doador efetivo.

Por se tratar de um hospital de referência assistencial ao paciente politraumatizado e de captação de órgãos no Estado, é importante o conhecimento das causas de não se concretizar a doação de órgãos nesta instituição, para aperfeiçoar ainda mais os cuidados já prestados na manutenção do potencial doador, além da relevância epidemiológica e prática para a instituição, e para a gestão do serviço.

A enfermagem como equipe mais próxima dos cuidados a esse tipo de paciente, ganha substratos para aprimorar sua prática clínica. O trabalho mostra-se relevante também pela sensibilização dos profissionais de saúde, da população, da família e dos futuros doadores para a doação humanitária de órgãos no Estado e no País. Logo, este estudo objetivou conhecer as causas da não concretização da doação de órgãos de potenciais doadores.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, documental e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Foi realizado no setor de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, em um hospital terciário, referência no atendimento ao paciente politraumatizado e no atendimento de urgência e emergência situado na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil e que é referência para o norte/nordeste, como também na captação de órgãos e tecidos para transplante.

Foram traçados critérios de inclusão: todas as fichas de notificação de paciente em morte encefálica, desde a institucionalização do serviço, em 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2015. Foram excluídos: fichas de pacientes com registros incompletos e com protocolo de morte encefálica não fechados e ausência de informações relevantes à pesquisa.

A população do estudo foi composta por 958 fichas de paciente em morte encefálica.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2016, mediante formulário pré-elaborado com as seguintes variáveis: idade, sexo, setor de internamento, causa da morte, doação efetivada, e quando não, o motivo da não efetivação da doação de órgãos nos arquivos do próprio setor. Os dados coletados foram agrupados, inseridos e analisados no programa Statistical Package of Social Sciences versão 22, tratados estatisticamente e apresentados em forma de tabelas.

A pesquisa respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovada no co-

mitê de ética da instituição envolvida sob parecer de número 1.617.106/2016.

RESULTADOS

Os dados foram obtidos a partir da análise de 958 fichas de notificação de morte encefálica durante o período que compreendeu o estudo e possibilitou realizar a caracterização dos pacientes, a quantidade, as causas da morte, o setor em que os pacientes estavam internados, como também a representação das causas da não efetivação da doação de órgãos.

Tabela 1 - Caracterização conforme sexo, faixa etária, setor de internamento, 2016.

Variáveis	n (%)	Média ± dp
Sexo		
Feminino	206 (21,5)	15,1 ± 4,2
Masculino	752 (78,5)	40,8 ± 15,8
Faixa etária		
1 - 19	199 (20,8)	35,3 ± 17,7
20 - 39	397 (41,4)	
41 - 59	256 (26,7)	
60 - 99	106 (11,1)	
Setor de internamento		
Emergência	682 (71,2)	
Sala de recuperação	97 (10,1)	
Unidade de tratamento intensivo	179 (18,7)	
Total	958 (100,0)	

Na Tabela 01, evidenciou-se predominância do gênero masculino (78,5%). Ademais, destaca-se a faixa etária de 20 a 39 anos (41,4%) e o setor de emergência (71,2%) como principal setor de internamento dos pacientes.

Tabela 2 - Distribuição numérica de pacientes, segundo a causa da morte e doação efetiva e não efetiva de órgãos, 2016.

Variáveis	n (%)
Causa da morte	
Trauma Crânio Encefálico	768 (80,1)
Acidente Vascular Cerebral	123 (12,8)
Outras	67 (6,9)
Doadores efetivos	527 (55,0)
Doadores não efetivos	431 (45,0)
Total	958 (100,0)

Na Tabela 2, constatou-se, como causa morte prevalente, o trauma crânio encefálico (80,1%). Constatou-se efetivação da doação de 55% dos potenciais doadores diagnosticados.

Tabela 3 - Distribuição numérica dos casos de não efetivação da doação de órgãos e o motivo, 2016.

Variáveis	n (%)
Doadores não efetivos	431 (100,0)
Recusa familiar	213 (49,4)
Contraindicação médica	110 (25,5)
Parada cardíaca	100 (23,2)
Outras	8 (1,9)
Total	431 (100,0)

Na Tabela 03, observa-se que o número de pacientes que não se tornaram doadores efetivos somou 431, representando 45% do total de pacientes em morte encefálica no período. A maior causa da não efetivação da doação entre esses pacientes foi a recusa familiar (49,4%).

DISCUSSÃO

O Registro Brasileiro de Transplantes, no período de 2011 a 2015, apontou no Ceará 2.497 notificações de potenciais doadores, das quais se efetivaram 945 doações, enquanto que apenas nesta instituição no mesmo período foram diagnosticados 958 pacientes em morte encefálica, efetivando a doação de 55% destes (527)⁽⁵⁾.

Por meio do estudo, se constata que há predominância significativa do gênero masculino entre os pacientes em morte encefálica; 78,5% do total. Considera-se outro estudo com pacientes em morte encefálica no qual 65,6% da amostra foram do sexo masculino⁽⁶⁾. Relaciona-se essa ocorrência devido ao sexo masculino estar mais vulnerável a diversos fatores de risco, como atividades laborais, esportes radicais, agressividade, bebida, violência, dentre outros. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, instituída pelo Ministério da Saúde, a vulnerabilidade masculina em relação às causas externas e não externas está associada ao comportamento de risco e ao estilo de vida que os mesmos assumem socialmente⁽⁷⁾.

No que se refere à faixa etária, destaca-se o intervalo de 20 a 39 anos (41,4%), seguido dos pacientes com idade entre 41 e 59 anos (26,7%). Outros estudos no mesmo seguimento reafirmam taxas elevadas nessa faixa etária, apontando um percentual de 53,8% até os 45 anos de idade e 46,2% acima dos 45 anos de idade⁽⁸⁻⁹⁾. Os pacientes atendidos pelo hospital são em grande parte adulto-jovens envolvidos em acidentes com motocicletas associado ao uso de álcool e outras drogas, e ferimentos por projétil de arma de fogo e por arma branca.

Em se tratando do setor no qual estes pacientes estavam internados, 71,2% estavam na emergência, seguido da unidade de tratamento intensivo, 18,7%, o que traduz a

gravidade da lesão a que foram expostos, como também o precoce diagnóstico realizado com estes pacientes. Um estudo realizado no estado de Pernambuco revela que 59,4% dos pacientes analisados também foram diagnosticados no setor emergência, enquanto que uma pesquisa realizada no estado do Rio Grande do Norte, mostra um número maior de pacientes na unidade de terapia intensiva, 64,6%, e um total de 27,7% no setor emergência^(6,9). Tanto o presente estudo como os apresentados pelos autores discutidos foi realizado no Nordeste do Brasil, o que mostra diferentes situações de saúde e diferentes abordagens do potencial doador de órgãos na mesma região do país.

No que diz respeito ao setor de internação do potencial doador, em que prevaleceu a emergência, os resultados contradizem o que é recomendado na literatura, quando afirma que o cuidado com esse paciente deve ser, preferencialmente, realizado em uma unidade de terapia intensiva, pois requer uma vigilância constante, por profissionais capacitados no manejo de pacientes críticos. Destaca-se que é obrigatória a existência de unidades de tratamento intensivo em hospitais terciários, bem como nos especializados que atendam pacientes graves e/ou de risco. No entanto, apesar de o Brasil ter anunciado um aumento no número de leitos de terapia intensiva na última década e mais investimentos, as atuais estão muito aquém da demanda⁽¹⁰⁾.

No setor de emergência da instituição, há uma área específica para atendimento ao paciente gravemente enfermo, que se equipara a uma unidade de terapia intensiva vista a demanda que recebe e o número insuficiente de leitos de terapia intensiva disponíveis. Este setor conta com equipe multiprofissional e capacitada para a assistência ao paciente em morte encefálica, como também na manutenção dos órgãos dos potenciais doadores até que se finalize o processo de doação de órgãos.

Na análise referente à causa da morte, a principal causa foi traumatismo crânio-encefálico 80,1% do total, seguido do acidente vascular cerebral, 12,8%. Os dados obtidos vão de encontro aos de outro estudo realizado no Estado do Ceará, no qual o trauma craniano aparece com 51,4%, e o evento cerebral com 31,4%⁽²⁾.

O percentual significativo de traumatismo crânio-encefálico, neste estudo, relaciona-se ao fato de o hospital atender a pacientes vítimas de múltiplos traumas, sendo referência para esse tipo de agravo, e expressa que, apesar das campanhas educativas realizadas em todo o país sobre a prevenção de acidentes de trânsito e demais acidentes violentos, esses eventos ainda respondem como uma das principais causas de mortes.

Com relação ao número de doadores efetivos e não efetivos, observou-se que do total de paciente em morte encefá-

lica diagnosticados, 55,0% se tornaram doadores efetivos, e 45,0% não efetivaram a doação humanitária de órgãos.

No que se refere às causas de não se ter efetivado a doação de órgãos de potenciais doadores está em primeiro lugar à recusa familiar que representou 49,4% do total das não efetivações, seguida da contraindicação médica. Os resultados obtidos vão ao encontro dos dados do Registro Brasileiro de Transplantes, no qual, no Ceará e Brasil no mesmo período, o principal motivo da não efetivação da doação foi também a recusa familiar, seguida de parada cardíaca, contraindicação médica e outras causas⁽⁵⁾. Ainda, no ano de 2016, no Brasil e no Ceará, a recusa familiar representou 40% do total das não concretizações da doação, seguida de outras causas, contraindicação médica e parada cardíaca⁽¹¹⁾.

Com isso, entende-se que o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes supera etapas relevantes e indispensáveis para sua efetivação. Desta forma, cada profissional envolvido no processo, médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, devem compreender e facilitar todo o processo, evitando impor qualquer dificuldade que dificulte o procedimento.

Outro estudo realizado no mesmo seguimento revela também a recusa familiar como principal causa (86,0%) da não concretização da doação. Vários são os aspectos que influenciam nessa decisão, dentre eles os mais prevalentes são: o respeito à vontade do potencial doador; crenças, como manutenção da integridade corporal para a vida após a morte; a não confiança na equipe médica e a abordagem inadequada da comissão intra-hospitalar de captação de órgãos para transplantes⁽¹²⁾.

Em mais um estudo realizado, os motivos de recusa apontados está o pouco conhecimento dos familiares acerca deste assunto. A não compreensão do diagnóstico da morte encefálica que é apontada como a principal causa da recusa, revelando que os envolvidos não conseguem entender que um corpo que possui batimentos cardíacos, que respira (com a ajuda dos equipamentos) e que às vezes ainda possui temperatura possa estar morto⁽¹³⁾.

Por meio dos dados analisados e da literatura discutida, observa-se que a garantia do estabelecimento de uma boa relação entre profissionais de saúde e familiares, pode ser vantajosa na aquisição de sua confiança, e assim as informações repassadas pela equipe seriam mais bem aceitas.

No que se refere a não concretização da doação devido à parada cardíaca, entende-se que esta pode tornar inviável o processo de doação. Estudos distintos, porém, têm demonstrado não haver diferença no prognóstico após o transplante quando esses órgãos são obtidos apropriadamente de pacientes em morte encefálica com histórico de parada do coração comparado ao de doadores sem história desse evento. De acordo com a literatura, estima-se

que 10 a 20% dos potenciais doadores evoluem para parada cardíaca antes da retirada de seus órgãos e tecidos. No presente estudo, esse valor foi de 23,2%, o que pode ser explicado pelo fato de a maioria dos pacientes não estarem na unidade de tratamentos intensivos recomendada para o potencial doador de órgãos^(12,14).

Em relação as contra indicações médicas, são condições que contra indicam a doação de órgãos a soropositividade para HIV e para HTLV I e II, tuberculose em atividade, sepse refratária, infecções virais e fúngicas graves ou potencialmente graves na presença de imunossupressão, exceto hepatites B e C e algumas neoplasias⁽¹⁴⁾.

Além da análise dos critérios de exclusão, a doação de cada órgão e tecido depende das condições clínicas, laboratoriais e sorológicas do paciente. É importante ressaltar que sepse controlada e em tratamento não contraindica a doação de órgãos. O mesmo se aplica a pacientes com sorologia positiva para hepatite, que podem ser doadores por critérios expandidos⁽¹⁴⁾.

As razões para doar ou não se manifestam de forma intrínseca. O lado humanitário, mesmo importante, não parece ser o bastante para ajudar na doação de órgãos⁽¹⁵⁾. O suporte emocional aos familiares e as informações sobre todo o processo são essenciais para encorajar a doação, demonstrando, assim, que para a doação de órgãos, além de atendimento eficaz à família e ao doador, as informa-

ções oferecidas pela equipe multiprofissional de saúde, que permeia toda tecnologia de doação, durante o processo de internação do doador, e o momento da entrevista para concessão são definitivos para tomada de decisão de doar os órgãos do ente querido.

Este estudo apresenta limitações quanto ao tamanho de sua amostra, visto que foi realizado em apenas uma das instituições de atendimento terciário que atende a pacientes em morte encefálica do município de Fortaleza.

CONCLUSÃO

O principal motivo da não concretização da doação foi a recusa familiar, relacionada a crenças, desejo do doador em vida, abordagem da família pela equipe de captação de órgãos e falta de confiança na equipe médica. O conhecimento dessas situações permite oferecer elementos que norteiam a atuação das equipes de captação de órgãos, no que diz respeito à sensibilização da população.

Espera-se por meio deste estudo favorecer o desenvolvimento de outras pesquisas na mesma temática, como também, nortear políticas que se apliquem na disseminação de informações a respeito da doação de órgãos, favorecendo discussões na população. Assim, a população tomaria conhecimento da necessidade das inúmeras pessoas que aguardam por um ato de solidariedade e humanidade nas filas de transplantes.

REFERÊNCIAS

1. Marucci FCI, Cabrera MAS. Death in hospital and at home: population and health policy influences in Londrina, State of Paraná, Brazil (1996-2010). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):833-40.
2. Rodrigues TB, Vasconcelos MIO, Brito MCCB, Sales DS, Silva RCCS, Souza AMA. Profile of potential organ donors in a reference hospital. *Rev Rene*. 2013; 14(4):709-13.
3. Louguiniere ACF, Lobo MP, Leite PL, Barros RCS, Souza AN, Vieira SNS. Knowledge of critical care nurses about the process of brain death diagnosis. *Rev Rene*. 2016; 17(5):691-8.
4. Teixeira RKC, Gonçalves TB, Silva JAC. Is the intention to donate organs influenced by the public's understanding of brain death? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24(3):258-62.
5. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Transplantes no Ceará. *J Bras Transpl [periódico na internet]*; 2015 [citado 2016 nov 25]; 21(4):1-88. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/anoal-n-associado.pdf>
6. Freire SG, Freire ILS, Pinto JTJM, Vasconcelos OLDAO, Torres GV. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(4):761-6.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica. Ministério da Saúde; 2013.
8. Souza BSJ, Lira GG, Mola R. Notification of brain death in the hospital. *Rev Rene*. 2015; 16(2):194-200.
9. Freire ILS, Vasconcelos OLDAO, Araújo RO, Melo GSM, Costa IKF, Torres GV. Profile of potential donors by the effectiveness of donation. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3(esp):709-18.
10. Costa CR, Costa LP, Aguiar N. The role of nursing the patient with brain death in the ICU. *Rev Bioét*. 2016; 24(2):368-73.
11. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. *J Bras Transpl [periódico na internet]*; 2016 [citado 2016 nov 25]; 22(4):1-89. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2016/RBT2016-leitura.pdf> site não localizado, rever. Deixar o site que foi pesquisado o título da pesquisa esse site não diz nada. Substituir referência. Acesse esse site que vai encontrar, apenas duas área população e profissional
12. Noronha MGO, Seter GB, Perini LD, Salles FMO, Nogara MAS, Perini LD. Study of the profile of organ and tissue elective donors, and the reasons for non-donation, at the Hospital Santa Isabel, Blumenau, Santa Catarina. *Rev AMRIGS*. 2012; 56(3):199-203.
13. Pessoa JLE, Schirmer J, Roza BA. Evaluation of the causes for family refusal to donate organs and tissue. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4):323-30.
14. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Transplantes. Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos. Curitiba: SESA/SGS/CET; 2016.
15. Cappellano J, Silveira RS, Lunarde VL, Corrêa LV, Sanchez ML, Saioron I. Intra-Hospital Committee for Donation of Organs and Tissues for Transplant: ethical issues. *Rev Rene*. 2014; 15(6):949-56.

RECEBIDO EM: 16/12/2017.

ACEITO EM: 29/06/2018.

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO

Arethusa de Melo Brito Carvalho¹, Juliana Araújo Cardoso², Francisca Aline Amaral da Silva², Jefferson Abraão Caetano Lira², Samuel Moura Carvalho³

Objetivo: avaliar a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. **Metodologia:** estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido com 70 profissionais de enfermagem do centro cirúrgico em um hospital de referência em Teresina (PI), com a aplicação dos questionários sociodemográfico e Quality Working Life Questionnaire-bref. A análise foi realizada com o SPSS versão 21.0, utilizando a correlação de Pearson e os testes alfa de Cronbach, Kolmogorov-Smirnov, Qui-quadrado e regressão linear múltipla, com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** a maioria dos participantes (62,9%) tiveram menor impacto na qualidade de vida no trabalho, entretanto a renda familiar e a formação acadêmica foram bastante significativas. **Conclusão:** apesar do trabalho no centro cirúrgico apresentar baixo impacto na qualidade de vida, o domínio psicológico demonstrou impacto considerável, destacando que a preocupação com a saúde do trabalhador e a valorização da equipe de enfermagem ainda precisam avançar.

Descritores: Qualidade de vida; Enfermagem de centro cirúrgico; Saúde do trabalhador.

QUALITY OF LIFE IN THE WORK OF THE SURGICAL CENTER NURSING TEAM

Objective: to evaluate the quality of life in the work of the nursing staff of the surgical center. **Methodology:** a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach developed with 70 nursing professionals from a surgical center at a reference hospital in Teresina (PI), with the application of the sociodemographic and Quality Working Life Questionnaire-bref questionnaires. The analysis was performed with the SPSS version 21.0, using the Pearson correlation and the Cronbach, Kolmogorov-Smirnov, Chi-square and multiple linear regression alpha tests with a 95% confidence interval. **Results:** the majority of the participants (62.9%) had a lower impact on the quality of life at work, however the family income and academic training were quite significant. **Conclusion:** Although the work in the surgical center has a low impact on the quality of life, the psychological domain has shown considerable impact, emphasizing that the concern with the health of the worker and the appreciation of the nursing team still need to move forward.

Descriptors: Quality of life; Operating Room Nursing; Occupational Health.

CALIDAD DE VIDA EN ENFERMERÍA DEL CENTRO DE TRABAJO DE EQUIPO QUIRÚRGICO

Objetivo: Evaluar la calidad de vida del personal de enfermería que trabaja en la sala de operaciones. **Metodología:** enfoque descriptivo, transversal y cuantitativo desarrollado con 70 enfermeras en el quirófano de un hospital de referencia en Teresina (PI), con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico y Calidad de Vida Cuestionario de Trabajo-BREF. El análisis se realizó con el programa SPSS versión 21.0 mediante la prueba de correlación de Pearson y alfa de Cronbach, prueba de Kolmogorov-Smirnov, regresión lineal chi-cuadrado y múltiple con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** La mayoría de los participantes (62,9%) tenían un menor impacto en la calidad de la vida laboral, aunque el ingreso familiar y la formación académica eran bastante significativa. **Conclusión:** Aunque el trabajo en la sala de operaciones tiene un bajo impacto en la calidad de vida, el dominio psicológico mostró un impacto considerable, teniendo en cuenta que la preocupación por la salud de los trabajadores y la apreciación del equipo de enfermería todavía tienen que seguir adelante.

Descriptores: Calidad de vida; Enfermería de quirófano; Salud laboral.

¹ Universidade Estadual do Piauí. E-mail: arethuzamelo@hotmail.com

² Universidade Estadual do Piauí.

³ Fundação Municipal de Saúde.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é um conceito amplo e subjetivo, atrelado ao bem-estar sociocultural, físico e psicológico dos indivíduos, sendo sinônimo de saúde e longevidade. Desse modo, viver com qualidade consiste na capacidade de gerenciar melhor o estresse, os padrões impostos, os objetivos, as relações interpessoais e os cuidados com a saúde ⁽¹⁾.

A contemporaneidade e o desenvolvimento industrial e tecnológico produziram diversas mudanças no estilo de vida e nas relações laborais. Assim, o trabalho é imprescindível para suprir as necessidades humanas, mas quando não se tem uma boa gestão organizacional, visando a garantia de direitos do empregado, o ambiente laboral pode adoecer os profissionais ⁽²⁻³⁾.

Com base nisso, Eric Trist e seus colaboradores, em 1950, desenvolveram várias pesquisas, a partir de análise e reestruturação de tarefas, visando melhorar a vida laboral. Desse modo, a preocupação com a rotina dos profissionais é crescente, pois o ambiente de trabalho insalubre pode trazer sérias consequências, como o aparecimento de doenças osteomusculares e de diversos transtornos mentais ⁽⁴⁾.

Dessa forma, muitos fatores podem influenciar a qualidade de vida no trabalho, a exemplo da satisfação com a remuneração, o reconhecimento e a valorização da atividade exercida, além da constatação de resultados positivos atingidos. Esses fatores repercutem diretamente na produtividade e no aumento da motivação desses profissionais ⁽⁵⁾.

No ambiente hospitalar, os trabalhadores estão expostos a uma série de riscos ocupacionais decorrentes de fatores físicos, químicos e biológicos. Na rotina dos profissionais de enfermagem, o que se observa são jornadas exaustivas e ininterruptas de plantões, sobrecarga de tarefas, além da convivência com dor e o sofrimento alheio, colocando esses profissionais da saúde mais propensos a doenças relacionadas ao trabalho ⁽⁶⁻⁷⁾.

No centro cirúrgico, o trabalho da equipe de enfermagem é considerado especializado e dotado de alta tecnologia. Por ser uma área crítica, esses profissionais passam por supervisão contínua, obedecendo normas e rotinas rigorosas para proporcionar segurança à clientela e aos profissionais envolvidos ⁽⁸⁾.

Diante disso, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de referência localizado na cidade de Teresina (PI).

O estudo foi constituído de 70 participantes, elencando como critérios de inclusão os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que atuam no centro cirúrgico da instituição e que concordaram em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram os profissionais que estavam afastados do serviço por licença ou férias.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de dois questionários, sendo o primeiro elaborado pelos autores e relacionado aos dados sociodemográficos e o segundo foi o instrumento validado QWLO-Bref, composto de 20 questões para a avaliação da qualidade de vida no trabalho, sendo 4 questões para o domínio físico e saúde; 3 de domínio psicológico; 4 de domínio pessoal; e 9 de domínio profissional ⁽⁹⁾.

Os dados foram tabulados em planilhas do Software Excel 2010 e processados no Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0. Na análise, os dados foram submetidos à estatística descritiva, sendo calculado média, desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e máximo e amplitude dos 4 domínios do instrumento validado QWLO-Bref.

Além disso, foi utilizado o coeficiente de Correlação de Pearson para avaliar a correlação entre as variáveis e o teste alfa de Cronbach para verificar a confiabilidade do questionário. O Teste Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para testar a normalidade das variáveis dependentes, destacando-se como variáveis paramétricas ($p < 0,05$). Com o intuito de avaliar associação entre qualidade de vida no trabalho e as variáveis independentes, realizou-se análise bivariada pelo teste Qui-quadrado. As variáveis independentes que se mostraram associadas foram incluídas na análise múltipla com regressão logística.

Este estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí com o CAAE 51753815.0.0000.5209.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes, na qual a maioria é do sexo feminino, com idade entre 33 e 45 anos, apresentando de 8 a 11 anos de estudo, renda familiar menor que 2 salários mínimos e estado civil casado. A amostra foi constituída predominantemente de técnicos de enfermagem, com 8 a 20 anos de trabalho no centro cirúrgico e com mais de um vínculo empregatício.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público de referência. Teresina, Piauí, 2016 (n=70).

Variável	N	%
Gênero		
Masculino	4	5,7
Feminino	66	94,3
Idade		
< 33 anos	17	24,3
Entre 33 e 45 anos	34	48,6
> 45 anos	16	22,9
Não informou	3	4,3
Formação acadêmica		
< 8 anos	20	28,6
Entre 8 e 11 anos	27	38,6
Entre 11 e 16 anos	16	22,9
> 16 anos	7	10,0
Renda familiar		
≤2 salários mínimos	40	57,1
> 2 salários mínimos	30	42,9
Variável		
Tempo de atuação		
< 8 anos	18	25,7
Entre 8 e 20 anos	36	51,4
> 20 anos	16	22,9
Estado civil		
Solteiro	22	31,4
Casado	38	54,3
Separado	8	11,4
Viúvo	2	2,9
Categoria profissional		
Auxiliar de enfermagem	23	32,9
Técnico de enfermagem	41	58,6
Enfermeiro	6	8,6
Outro emprego		
Sim	47	67,1
Não	23	32,9
Total	70	100

Fonte: Pesquisa direta

A tabela 2 destaca o coeficiente de correlação de Pearson na análise do questionário de qualidade de vida no trabalho, observando uma correlação de moderado a forte entre os domínios e o total do questionário.

Tabela 2 - Correlação entre os domínios do QWLO-bref.

	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Pessoal	Domínio Profissional	QVT
Domínio físico	1	0,498**	0,520**	0,674**	0,796**
Domínio psicológico	0,498**	1	0,669**	0,762**	0,841**
Domínio pessoal	0,520**	0,669**	1	0,825**	0,863**
Domínio profissional	0,674**	0,762**	0,825**	1	0,948**
QVT	0,796**	0,841**	0,863**	0,948**	1

Fonte: Pesquisa direta
** Correlação significativa

Na tabela 3, serão descritos os domínios físico e saúde, psicológico, pessoal e profissional e a qualidade de vida no trabalho, obtendo média, desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e máximo e amplitude. As variáveis dependentes foram dicotomizadas adotando-se os valores médios como ponto de corte na escala do QWLO-bref.

Tabela 3 - Distribuição dos domínios e o escore total do QWLO-bref dos profissionais de enfermagem de um hospital público de referência. Teresina, Piauí, 2016 (n=70).

Domínio	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico/Saúde	3,454	0,599	17,355	2,250	4,500	2,250
Psicológico	3,752	0,515	13,732	2,000	5,000	3,000
Pessoal	3,818	0,487	12,756	2,000	4,500	2,500
Profissional	3,204	0,616	19,233	1,667	4,333	2,667
QVT	3,557	0,479	13,458	2,104	4,472	2,368

Fonte: Pesquisa direta

Na análise da prevalência de maior ou menor impacto na qualidade de vida no trabalho, observa-se que grande parte dos profissionais (62,9%) apresentaram escores maior que a média dos apresentados na Tabela 3, o que representa menor impacto na qualidade de vida no trabalho. No entanto, esses profissionais demonstraram um maior impacto no domínio psicológico (Quadro 1).

Quadro 1 - Correlação entre os domínios do QWLO-bref e o Impacto na QVT.

		Maior impacto	Menor impacto
Domínios	Físico	32 (45,7%)	38 (54,3%)
	Psicológico	40 (57,1%)	30 (42,9%)
	Pessoal	28 (40,0%)	42 (60,0%)
	Profissional	23 (32,9%)	47 (67,1%)
Total	QVT	26 (37,1%)	44 (62,9%)

Fonte: Pesquisa direta

A tabela 4 apresenta a associação das variáveis independentes com os domínios e o escore total do QWLO-bref, na qual evidenciou que os profissionais com renda menor que 2 salários mínimos tiveram mais chances de impacto

nos domínios psicológico, profissional e escore total do questionário qualidade de vida do trabalho. Todavia, os profissionais com maior formação acadêmica apresentaram maiores chances de impacto no domínio profissional.

Tabela 4 – Associação entre o maior impacto dos domínios e o escore total do QWLO-bref em profissionais de enfermagem do centro cirúrgico e variáveis independentes no modelo multivariado (n=70).

	Físico	Psicológico	Pessoal	Profissional	QVT
	OR _{adj.} (IC 95%)				
Renda familiar					
≤2 salários mínimos	2,21 (0,55-8,85)	4,92 (1,18-20,41)	3,81 (0,93-15,57)	10,02 (1,60-62,85)	8,58 (1,48-49,81)
> 2 salários mínimos	1	1	1	1	1
Formação acadêmica					
< 8 anos	3,42 (0,34-34,76)	0,32 (0,03-3,51)	2,06 (0,21-20,42)	3,54 (0,28-44,18)	1,58 (0,14-17,63)
Entre 8 e 11 anos	6,22 (0,66-58,71)	2,15 (0,24-19,27)	3,18 (0,40-25,16)	14,01 (1,18-166,40)	8,54 (0,78-92,92)
Entre 11 e 16 anos	2,35 (0,23-23,43)	3,07 (0,32-29,42)	1,84 (0,24-14,34)	20,14 (1,57-258,54)	8,15 (0,70-94,87)
> 16 anos	1	1	1	1	1

Fonte: Pesquisa direta

Modelo ajustado para: idade, tempo de atuação, estado civil, categoria profissional, possuir outro emprego

DISCUSSÃO

O gênero feminino foi predominante e isso se deve ao contexto histórico da enfermagem, porém esse cenário que vem se modificando, devido ao aumento do número de homens nos cursos superior e técnico de enfermagem. Ademais, a idade mais prevalente foi de 33 a 45 anos, corroborando com um estudo realizado em Macapá (AP), em que os profissionais de enfermagem apresentaram média de 39,8 anos⁽¹⁰⁾.

O tempo de atuação profissional pode ser um fator de proteção para a qualidade de vida no trabalho, quando a organização oferece subsídios, como melhores salários, salubridade e respeito, pois o profissional se sente útil e valorizado. Todavia, nos cenários em que o serviço não se preocupa com a saúde do trabalhador, o aumento do tempo de serviço só gera desgaste, estresse e adoecimento⁽¹¹⁾.

O predomínio de técnicos de enfermagem se justifica pelo fato de constituir o maior número de profissionais da equipe. Além disso, o serviço do estudo oferece incentivo à formação continuada e isso possibilitou que a maioria dos auxiliares de enfermagem fizessem uma complementação para técnicos.

A enfermagem é uma profissão com poder de promover mudanças nos diferentes ambientes de trabalho, pois possui significativo contingente de profissionais atuando em di-

versos setores e desenvolvendo as mais variadas funções na saúde. Além do mais, são os profissionais que passam mais tempo com os pacientes durante a assistência⁽⁸⁾.

No centro cirúrgico, o trabalho da enfermagem é especializado e coletivo, em que cada membro da equipe de enfermagem desempenha uma tarefa específica. Nesse setor, a dinâmica do cuidar é voltada à objetividade das ações, cuja intervenção, na maioria das vezes, é de natureza técnica, visando a recuperação do cliente⁽¹²⁾.

Dessa forma, o enfermeiro do centro cirúrgico precisa desenvolver habilidades interpessoais, de gerenciamento do cuidado e de administração do setor, objetivando o cuidado holístico. Além disso, cabe ao enfermeiro aperfeiçoar o trabalho em equipe, com ênfase no diálogo, participação, envolvimento, motivação constante e na avaliação dos processos envolvidos, vislumbrando a qualidade do cuidado e melhorias no ambiente de trabalho⁽¹³⁾.

Desse modo, a busca pela qualidade de vida e a percepção do indivíduo como ser biopsicossocial propiciaram uma maior preocupação com a saúde do trabalhador. Assim, as organizações passaram a priorizar melhores condições de trabalho, no intuito de garantir a integridade física e psicológica dos profissionais, visando um ambiente de trabalho mais salubre⁽¹⁴⁾.

Este estudo demonstrou que o trabalho no centro cirúrgico apresentou um menor impacto na qualidade de vida no trabalho dos profissionais. Isso ocorre quando a equipe consegue sentir prazer no trabalho, identificando-se pessoal e socialmente, em que a ocupação passa a ser vista mais do que um simples emprego. Essa realização melhora a saúde e a satisfação profissional e, concomitantemente, a qualidade de vida no trabalho ⁽⁷⁾.

Isso também explica o fato do domínio profissional do questionário QWLQ-bref ter apresentado menor impacto na qualidade de vida, destacando que esses profissionais demonstraram motivação no trabalho, liberdade de expressão dentro do serviço e orgulho da profissão.

Apesar do trabalho no centro cirúrgico ter apresentado menor impacto na qualidade de vida no trabalho, o domínio psicológico foi o mais significativo. As condições de trabalho, os benefícios oferecidos pela empresa e as atitudes de responsabilidade social, igualdade no tratamento entre funcionários, orgulho da organização, nível de participação nas decisões, nível de responsabilidade, treinamentos, variedade de tarefas e o espírito de camaradagem no serviço são fatores que interferem na saúde mental dos profissionais ⁽¹⁵⁾.

O maior impacto no domínio psicológico pode ser justificado devido a maioria dos profissionais possuírem outros vínculos empregatícios. Outrossim, o sofrimento psíquico pode ser em decorrência do esgotamento físico, oriundo de longas jornadas de trabalho, falta de infraestrutura adequada, ritmos acelerados de produção e escassas pausas para o descanso ⁽¹⁶⁾.

Nesta pesquisa, o modelo de regressão multivariado demonstrou que a renda familiar menor ou igual a dois salários mínimos tem correlação com a qualidade de vida no trabalho, influenciando também os domínios profissional e psicológico. A baixa renda mensal induz ao profissional a ter mais de um vínculo empregatício, levando essas categorias a permanecerem a maior parte do tempo nos serviços de saúde, reduzindo o tempo para atividades de lazer, necessárias para a manutenção da saúde física e mental dos trabalhadores ⁽⁸⁾.

O tempo de formação acadêmica também teve correlação com o domínio profissional do questionário de qualidade de vida no trabalho. Dessa forma, os serviços de

saúde devem se preocupar com a educação continuada, para que os profissionais se sintam mais úteis, motivados e atualizados, acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico ⁽¹⁷⁾.

Este estudo tem relevância organizacional, podendo servir de base a outras pesquisas e ao melhor gerenciamento das equipes de enfermagem, a fim de proporcionar maior qualidade de vida no trabalho.

Entretanto, os estudos transversais apresentam limitações, pois as informações coletadas foram relativas a um determinado momento da vida dos profissionais e por isso as associações encontradas não podem ser consideradas uma relação definitiva.

CONCLUSÃO

Observou-se que os profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico apresentaram baixo impacto na qualidade de vida no trabalho. Isso pode ser justificado devido ao gerenciamento de enfermagem do serviço em estruturar as equipes cirúrgicas, obedecendo a afinidade entre os profissionais, o que visivelmente gera motivação e satisfação.

Todavia, o domínio psicológico apresentou um impacto considerável na qualidade de vida. Por isso, faz-se necessária maior preocupação com a saúde do trabalhador, cabendo ao serviço oferecer apoio psicológico, gerenciar melhor os conflitos e reduzir fatores estressores, além de oferecer equipamentos que facilite a ergonomia dos profissionais, pois o domínio físico também se mostrou comprometido.

A qualidade de vida do profissional de enfermagem ainda é um desafio. Em consonância com a literatura, a renda foi bastante significativa, pois a baixa remuneração salarial repercute em exaustivas e ininterruptas jornadas de trabalho, comprometendo a qualidade de vida. Além disso, a formação acadêmica também apresentou grande impacto, destacando que a valorização do profissional de enfermagem e infraestrutura de trabalho adequadas ainda precisam avançar.

Assim, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas sobre a temática, no intuito de diagnosticar problemas e elencar soluções para otimizar a qualidade de vida da equipe de enfermagem e, concomitantemente, a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Neves MJAO, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB, Barbosa MA, Siqueira KM. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. *Rev. enferm. UERJ*. 2010; 18(1): 42-47.
2. Freitas MA, Silva Junior OC, Machado DA. Nível de estresse e qualidade de vida de enfermeiros residentes. *Rev enferm UFPE on line*. 2016 [Citado 2016 Dez 20]; 10(2):623-630. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/bde-28286>>
3. Ferreira MC. Fundamentos Metodológicos para uma Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho. Brasília: Edições LPA; 2011.
4. Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(1):54-60.
5. Ferro FF. Instrumento para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: uma revisão de literatura. 92f (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Brumadinho; 2012.
6. Vidor CR, Mahmud MAI, Farias LF, Silva CA, Ferrari JN, Comel JC, et al. Prevalência de dor osteomuscular em profissionais de enfermagem de equipes de cirurgia em um hospital universitário. *Acta Fisiátrica*. 2014; 21 (1):6-10.
7. Maciel MED, Oliveira FN. Qualidade de vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. *Revista Psicologia e Saúde*. 2014; 6(1): 83-89.
8. Sousa FMS. Condições de trabalho de ambiente cirúrgico e a saúde dos trabalhadores de enfermagem. 116f (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2011.
9. Reis Junior DR. Qualidade de Vida no Trabalho: Construção e Validação do Questionário QWLQ - 78. 114f (Dissertação de Mestrado). Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa; 2008.
10. Almeida ANF, Gurgel ERS, Silva SR. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico. *R. bras. Qual. Vida*. 2014 [Citado 2016 Dez 13]; 6(4): 216-222.
11. Amaral JF, Ribeiro JP, Paixão DX. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Espaço para a Saúde*. 2015; 16(1): 66-74.
12. Silva DC, Alvin NAT. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2010; 63(3):427-34.
13. Pereira FCC, Bonfada D, Valença CN, Miranda FAN, Germano RM. Compreensão de enfermeiros de centro cirúrgico a respeito do seu processo de trabalho. *Rev pesq. cuid. fundam. Online*. 2013 [Citado 2016 Dez 20]; 5(1):3251-3258. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090873.pdf>>
14. Pedrosa B, Pilatti LA. Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. *Revista eletrônica FAFIT/FACIC*. 2010 [Citado 2016 Dez 20]; 1(1):01-09. Disponível em: <<http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/2/2>>
15. SILVA, P. P; POPOV, D.C.S. Estresse da equipe de enfermagem no centro cirúrgico. *Rev Enferm UNISA*. 2010 [Citado 2016 Nov 26]; 11(2):125-130. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/18197/16937>>
16. Freire MN, Costa ER. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2016; 5(1):151-158.
17. Farias IP, Caldas CM, Miranda LN, Nagliate PC, Freitas DA, Vasconcelos EL. Educação continuada em centro de material e esterilização: percepção da equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2016 [Citado 2017 Jan 15]; 10(7):2604-2610. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/7485>

RECEBIDO EM: 01/08/17
ACEITO EM: 10/05/2018.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Ilziane Tomaz Ferreira¹, Karla Torres de Queiroz Neves², Antônio Wendel Nogueira Oliveira²,
Thatylla Rayssa Alves Ferreira Galvão², Elisa Matias Mangane², Leilane Barbosa de Sousa²

Objetivo: avaliar a qualidade da consulta de enfermagem em infecções sexualmente transmissíveis. **Método:** Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, desenvolvida nas Unidades de Básicas de Saúde do Município do interior do Ceará. Participaram da pesquisa cinco enfermeiros. A coleta de dados ocorreu por meio da observação direta das condutas em três ocasiões. Foram classificadas em satisfatórias as condutas que tiveram frequência relativa de sim e/ou não se aplica acima de 90%, intermediárias as que tiveram frequência relativa entre 70% e 90%, e insatisfatórias as que tiveram frequência relativa abaixo de 70%. **Resultado:** A anamnese realizada por enfermeiros no controle de IST ocorre de maneira intermediária. O exame físico e o aconselhamento foram classificados como insatisfatórios. **Conclusão:** Enfermeiros devem ser qualificados e capacitados para a assistência adequada em infecções sexualmente transmissíveis.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde; Infecções sexualmente transmissíveis; Enfermagem.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF NURSING CONSULTATION IN SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Objective: Evaluate the quality of nursing consultation on sexually transmitted diseases (STDs). **Methodology:** This is an evaluative, exploratory and descriptive study. The study was developed in October, November and December of 2015 in the Basic Health Units (UBS) of a town in Ceará state. The data collection took place through direct observation and evaluation of the technique employed by health professionals, on three occasions, when the frequency of recommended procedures were recorded in the instrument itself. From the data obtained, the entries were tabulated and classified as satisfactory for procedures that had yes and / or did not apply above 90%, intermediate for frequencies between 70% and 90% and unsatisfactory below 70%. **Results:** The anamnesis performed by the nurses in STD control were considered intermediate. Physical examination and counseling were classified as unsatisfactory. The only procedure with satisfactory results was the recording of the data on the card and the attendance card. **Conclusion:** Nurses must be qualified and trained for appropriate care in sexually transmitted diseases.

Descriptors: Health care quality; Sexually transmitted diseases; Nursing.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

Objetivo: Evaluar la calidad de la consulta de enfermería en las enfermedades de transmisión sexual. **Método:** Se trata de la investigación evaluativa, exploratorio y descriptivo. El estudio se realizó de octubre a diciembre de 2015, las unidades básicas de salud de una ciudad en el interior de Ceará. La colección fue a través de la observación directa y la evaluación de la técnica utilizada por los profesionales de la salud, en tres ocasiones distintas. De los datos obtenidos, que se tabularon y se clasifican como adecuados para los procedimientos que tienen frecuencia relativa de sí y / o no se aplica por encima de 90%, el compuesto intermedio para la frecuencia relativa entre 70% y 90% e insatisfactoria debajo del 70%. **Resultados:** La anamnesis realizada por enfermeras en el control de las ITS es la forma intermedia. El examen físico y asesoramiento se clasificaron como insatisfactorio. **Conclusión:** Las enfermeras deben estar calificadas y capacitados para el cuidado adecuado de las infecciones de transmisión sexual.

Descriptor: La calidad de la asistencia sanitaria; Infecciones de transmisión sexual; Enfermería.

¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira/UNILAB. E-mail: ilzianne@hotmail.com.br.

² UNILAB.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são causadas por mais de 30 agentes etiológicos, sendo a principal forma de transmissão por contato sexual e eventualmente por via sanguínea, transmissão vertical, parto e amamentação. Atualmente as IST podem ser considerado o principal fator facilitador da transmissão do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)⁽¹⁾.

No Brasil, as IST mais conhecidas, além da AIDS, são a sífilis, gonorreia, herpes genital e HPV⁽²⁾. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que as IST mais prevalente na população brasileira sexualmente ativa é a clamídia, seguida da gonorreia, da sífilis, do HPV, do herpes genital e, por fim, a aids⁽³⁾.

Para combater as IST, é importante a realização de ações de enfermagem que interrompam a cadeia de transmissão, detectando precocemente os casos, tratando os infectados e seus parceiros, prevenindo-os de outras IST e de complicações advindas das infecções, a partir do aconselhamento na consulta de enfermagem⁽¹⁾.

Segundo a Portaria Nº 1.625 de 10 de julho de 2007, é de incumbência do enfermeiro da Equipe de Saúde da Família (ESF) realizar consultas de enfermagem⁽⁴⁾. A consulta de enfermagem tem como objetivo o diagnóstico preciso e a elaboração de um plano de cuidados, de acordo com a necessidade de cada paciente para obtenção de um bom resultado⁽⁵⁾.

Na consulta de enfermagem em IST, o profissional orienta, esclarece as dúvidas e sensibiliza as mulheres para atitudes seguras, para que assim haja redução dos riscos de contaminação; promovendo, desse modo, hábitos e comportamentos saudáveis⁽⁵⁾.

Objetivou-se, por meio desta pesquisa, avaliar a qualidade da consulta de enfermagem em infecções sexualmente transmissíveis. A partir dos resultados obtidos, espera-se fornecer subsídios para elaboração de estratégias a fim de elevar a qualidade dos procedimentos, aumentar o grau de satisfação das usuárias e, conseqüentemente, promover a adesão ao serviço, evitando complicações provenientes de práticas de cuidado insatisfatórios e reduzindo o número de agravos oriundos da má qualidade desta prática.

METODOLOGIA

Trata-se de um pesquisa exploratória e descritiva, desenvolvido com os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior do Estado do Ceará. O Município em questão conta com 11 UBS. Para realização deste estudo foram convidados os enfermeiros que trabalhavam na atenção primária e realizava consulta de enfermagem em infecções sexualmente transmissíveis.

Foram excluídas do estudo 06 enfermeiras: uma que se recusou a participar da pesquisa; outra que trabalhava em

uma área de risco, e outras quatro que trabalhavam nas UBS localizadas em área serrana, com localização geográfica de difícil acesso. Portanto, a pesquisa foi composta por 5 enfermeiras. A coleta de dados nas UBS ocorreu nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2015, nos dias de consulta de enfermagem na prevenção do câncer de colo uterino e de mama, oportunidade em que também era realizada a consulta de enfermagem em IST.

O primeiro contato com os profissionais de enfermagem aconteceu no local de estudo, quando foi feito o convite para participação da pesquisa e explicados os objetivos, procedimentos e benefícios do estudo. A pesquisa foi iniciada após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas os participantes assinaram o TCLE. Após obtenção do TCLE assinado, foi iniciada a coleta de dados.

Antes de a usuária entrar na sala, onde seria realizado a consulta de enfermagem, um entrevistador abordava a mesma, realizando o convite para participar da pesquisa, apresentando o projeto, seus objetivos e lendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), 15 usuárias assinaram o TCLE.

A coleta de dados ocorreu por meio da observação direta das consultas de enfermagem, orientada por um instrumento contendo as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde para consulta de pacientes com queixa de sinal ou sintoma de IST⁽¹⁾. O instrumento de coleta utilizado teve como base o Instrumento de Melhoria do Desempenho (IMD) do projeto PROQUALI⁽⁶⁾.

Os dados coletados foram registrados no próprio instrumento da seguinte forma: quando a conduta foi realizada adequadamente, foi categorizada como SIM (S); quando não foi realizada ou foi realizado inadequadamente, foi categorizada como NÃO (N); e quando a conduta não se fez necessária, foi categorizada como NÃO SE APLICA (NA). Para efeito de avaliação, cada procedimento foi observado, no mínimo, em três situações, com a finalidade de se evitar falsas avaliações por situações "maquiadas" pelos participantes. Quando todos os enfermeiros das UBS que compuseram o campo de pesquisa foram avaliados, a coleta de dados foi encerrada⁽⁶⁾.

Para avaliação global do desempenho, foi adotada a seguinte escala: desempenho satisfatório para os procedimentos que tiveram frequência relativa de sim e/ou não se aplica acima de 90%; desempenho intermediário para frequência relativa entre 70% e 90% e desempenho insatisfatório para frequência relativa abaixo de 70%⁽⁶⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), obtendo aprovação deste por meio do CAAE 332387314.7.0000.5576.

RESULTADOS

As consultas ginecológicas avaliadas foram classificadas de acordo com a frequência de adoção de cada conduta preconizada pelo Ministério da Saúde. Para facilitar

a compreensão de cada etapa da consulta, os resultados foram distribuídos em três tabelas.

A tabela 1 apresenta a distribuição da frequência de realização de condutas pertinentes à etapa de anamnese.

Tabela 1 - Qualidade da anamnese realizada por enfermeiros no controle de infecções sexualmente transmissíveis, Ceará, 2015.

Conduta	Sim		Não		Não Aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Recebe a usuária cordialmente	15	100%	0	0%	0	0%	15	100%
Apresenta-se, quando necessário	6	40%	0	0%	9	60%	15	100%
Assegura confidencialidade	9	60%	6	40%	0	0%	15	100%
Mantém a porta do consultório fechada	15	100%	0	0%	0	0%	15	100%
Não existe circulação de pessoas estranhas à consulta dentro do consultório	4	26,7%	11	73,3%	0	0%	15	100%
Pergunta o motivo da consulta	13	86,7%	2	13,3%	0	0%	15	100%
Identifica e conversa sobre as necessidades, dúvidas ou preocupações	11	73,3%	4	26,7%	0	0%	15	100%
Identifica comportamentos de risco para IST/AIDS	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Estimula a usuária a fazer perguntas	15	100%	0	0%	0	0%	15	100%
Escuta com atenção	15	100%	0	0%	0	0%	15	100%
Utiliza linguagem adequada	15	100%	0	0%	0	0%	15	100%
Realiza e/ou atualiza história clínica	15	100%	0	0%	0	0%	15	100%
Total	133	74%	38	21%	9	5%	180	100%

As seguintes condutas foram classificadas como satisfatórias: receber a usuária cordialmente; manter a porta do consultório fechada; estimular a/o usuária/o a fazer perguntas; escutar com atenção; utiliza linguagem adequada; e realizar ou atualizar história clínica.

Apresentar-se quando necessário, assegurar confidencialidade, não permitir circulação de pessoas estranhas à consulta dentro do consultório e identificar comportamen-

tos de risco para IST/AIDS foram condutas não adotadas, classificando a prática como insatisfatória.

Foram classificadas como intermediárias as condutas de: perguntar o motivo da consulta; identificar e conversar sobre as necessidades, dúvidas ou preocupações.

Na tabela 2 foram distribuídas as condutas referentes ao exame físico geral, realizado após a anamnese e antes do aconselhamento.

Tabela 2 - Qualidade do exame físico geral realizado por enfermeiros no controle das infecções sexualmente transmissíveis, Ceará, 2015.

Conduta	Sim		Não		Não Aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Avalia peso e altura	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Verifica e/ou avalia pressão arterial	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Verifica temperatura axilar, se necessário	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Inspeciona pele e mucosas, incluindo órgãos genitais	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Examina os membros inferiores	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Pesquisa edema (face, tronco e membros)	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
A usuária é orientada/o a trocar de roupa atrás da cortina ou biombo, ou no banheiro do consultório.	15	100%	0	0%	0	0%	15	100%
A usuária é coberta com lençol durante o exame físico e/ou ginecológico	13	87%	2	13%	0	0%	15	100%
Total	28	21%	107	79%	0	0%	135	100%

Foi percebido que no exame físico geral as condutas em sua maioria não eram realizadas. A prática de orientar a usuária a trocar de roupa atrás da cortina ou biombo, ou no banheiro do consultório, se pertinente, foi classificada com satisfatória. A conduta cobrir a usuária com lençol durante o exame físico e/ou ginecológico foi avaliada como intermediária.

Foram classificadas como insatisfatórias as seguintes condutas: avaliar peso e altura; verificar e/ou avaliar pressão arterial; verificar temperatura axilar, se necessário; inspecionar pele e mucosas, incluindo órgãos genitais; realizar ausculta cardiopulmonar se houver queixas; e examinar os membros inferiores e pesquisar edema.

A tabela 3 revela as condutas concernentes ao aconselhamento.

Tabela 3 – Qualidade do aconselhamento realizado por enfermeiros no controle das infecções sexualmente transmissíveis, Ceará, 2015.

Conduta	Sim		Não		Não Aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Utiliza abordagem síndrômica para IST	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Realiza ou solicita exames complementares, incluindo teste Anti-HIV, quando necessário	0	0%	12	80%	3	20%	15	100%
Realiza aconselhamento pré e pós-teste Anti-HIV	0	0%	8	53,30%	7	58,30%	15	100%
Realiza prescrições, se necessário	5	33,30%	9	60%	1	6,70%	15	100%
Orienta quanto ao tratamento do parceiro	6	40%	3	20%	6	50%	15	100%
Reforça a importância do uso da camisinha como dupla proteção	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Encaminha para nível de maior complexidade, se necessário	2	13,30%	2	13,30%	11	73,30%	15	100%
Informa sobre outros serviços disponíveis na unidade, quando necessário	5	33,30%	4	26,70%	6	40%	15	100%
Orienta quanto à prevenção das IST/AIDS	0	0%	15	100%	0	0%	15	100%
Utiliza material da Estratégia Informar, Educar e Comunicar (IEC) de forma adequada	15	100%	0	0%	0	0%	15	100%
Total	27	22%	61	51%	32	27%	150	100%

As condutas registrar os dados na ficha ou cartão de atendimento e utilizar material de IEC de forma adequada foram classificadas como satisfatórias.

Foram condutas avaliadas como insatisfatórias: utilizar abordagem síndrômica para IST; realizar ou solicitar exames complementares, incluindo teste Anti-HIV, quando necessário; realizar aconselhamento pré e pós-teste Anti-HIV; realizar prescrições, se necessário; orientar quanto ao tratamento do parceiro; reforçar a importância do uso da camisinha como dupla proteção; encaminhar para nível de maior complexidade, se necessário; informar sobre outros serviços disponíveis na unidade, quando necessário; e orientar quanto à prevenção das IST/aids.

DISCUSSÃO

A partir do estudo, observou-se que a qualidade da anamnese realizada por enfermeiros no controle de IST, aconteceu de maneira intermediária. A anamnese ocorre de forma intermediária, pois os enfermeiros priorizam o exame ginecoló-

gico. Ao negligenciar a anamnese, o profissional de saúde está colocando em risco a saúde da paciente, pois uma anamnese mal realizada pode levar a um diagnóstico incorreto, e consequentemente, favorecer a evolução das IST⁽⁷⁾.

O ato de receber a usuária cordialmente foi avaliado como insatisfatório. O atendimento realizado do profissional deve ser acolhedor, a fim de que as pacientes se sintam à vontade para expressar seus problemas, seus anseios, dúvidas e suas necessidades de saúde. Um bom acolhimento é importante, pois quando a mulher é bem recepcionada tende a retornar à unidade de saúde, favorecendo a promoção de sua saúde e de outras pessoas da comunidade⁽⁸⁾.

Para ocorrer o vínculo enfermeiro/paciente é necessário que alguns aspectos estejam presentes, tais como o paciente conhecer o profissional pelo nome e também ser reconhecido pelo enfermeiro. Isso assegura a confiabilidade, afirmando que qualquer assunto discutido na sala da consulta não será divulgado. Estes aspectos, no entanto, não ocorreram satisfatoriamente⁽⁸⁾.

Ao longo da consulta, algumas atitudes tais como: ter um ambiente privativo para a usuária trocar de roupa, cobri-la durante o exame, fechar a porta e restringir o número de pessoas na sala durante a consulta de enfermagem. Deveriam ser atitudes realizadas por enfermeiros para assegurar a privacidade das pacientes. Todavia, em algumas consultas foi observado o evidente movimento de pessoas estranhas, na sala durante a consulta de enfermagem. A ocorrência dessa circunstância compromete a privacidade e confiança entre os envolvidos, fazendo com que as usuárias não retornem ao serviço para realização o exame preventivo⁽⁹⁾.

O ato de escutar o paciente durante a consulta apresentou resultado satisfatório no estudo. Ao escutar, o enfermeiro detecta as reais fragilidades das mulheres; podendo, assim, intervir e formular planos de cuidados na vida da mulher⁽⁸⁾.

O motivo da consulta foi perguntado à paciente na maioria dos casos observados, independente de qual o motivo seja a queixa, se ela apresenta sintomas de IST, vulvovaginite ou se a mulher apenas queira uma orientação acerca da contracepção. A partir do momento em que o enfermeiro descobre o motivo da consulta, o mesmo identifica e conversa sobre as necessidades, as dúvidas ou preocupações da paciente. Apesar de esse item apresentar resultado intermediário, verifica-se que isto pode ocorrer por causa da rapidez que as consultas são executadas, onde o enfermeiro prioriza o exame ginecológico, fazendo com que as mulheres não manifestem suas necessidades⁽⁹⁾.

O comportamento sexual de risco é caracterizado por iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros, a ausência de preservativo nas relações sexuais, utilização de álcool e substâncias psicoativas, aspectos importantes que deveriam ser avaliados durante a consulta de enfermagem⁽¹¹⁾. A identificação do comportamento de risco para IST/AIDS nas mulheres é negligenciada pelos profissionais de enfermagem, uma vez que esta prática foi classificada como insatisfatória na avaliação realizada.

Estimular a paciente a fazer perguntas, escutá-la com atenção e utilizar linguagem adequada são condutas que influenciam no processo de comunicação entre enfermeiro e paciente. A comunicação é relevante na prática de enfermagem, pois envolve trocas verbais e não-verbais de informações e ideias. A comunicação não se refere somente ao conteúdo, mas também aos sentimentos e emoções que as pacientes transmitem ao longo da consulta⁽¹²⁾.

Diferente da anamnese, o exame físico é realizado de maneira insatisfatória, ou seja, esta etapa da Sistematização de Assistência a Enfermagem (SAE) é negligenciada pelos profissionais avaliados. O exame físico é de extrema relevância para o planejamento do cuidado da paciente, fornecendo

subsídios para um planejamento da assistência de acordo com as necessidades e anormalidades encontradas⁽⁷⁾.

A qualidade do aconselhamento realizado por enfermeiros no controle das IST ocorre de maneira insatisfatória. A abordagem sindrômica para IST não é realizada pelos enfermeiros. A abordagem sindrômica tem por objetivo facilitar a identificação dos principais agentes etiológicos causadores de IST e vulvovaginites, utilizando fluxogramas que orientam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome para, então, manejá-las de forma adequada^(1, 5).

O aconselhamento pré e pós-teste Anti-HIV não foi ofertado pelo enfermeiro em nenhuma das consultas, sendo classificada como insatisfatória. Taquette; Rodrigues; Bortolotti (2017) realizou um estudo onde foi observado, que em menos de um terço dos participantes de sua pesquisa recebeu aconselhamento pré-teste (30,8%) que apenas se resumiu na explicação do motivo do exame e 51,2% foi aconselhado no pós-teste⁽¹³⁾.

No aconselhamento, o enfermeiro deve confirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem, trocar informações sobre os sistemas de testagem e janela imunológica, trocar informações sobre o significado e impacto dos possíveis resultados, enfatizar a diferença entre a infecção pelo HIV e aids e reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras frente ao HIV, como uso de preservativo nas relações sexuais e uso de seringas e agulhas descartáveis para usuários de drogas injetáveis⁽¹³⁾.

O enfermeiro que atua na Atenção Primária, conforme a portaria Nº 1.625 de 10 de julho de 2007, pode, durante a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever medicações, encaminhar para nível de maior complexidade e informar sobre outros serviços disponíveis na unidade⁴. Essa conduta, todavia, é pouco adotada pelos enfermeiros participantes do estudo.

É dever do enfermeiro orientar as usuárias do serviço quanto a multiplicidade de parceiros, a importância do uso da camisinha como dupla proteção, a presença de vulvovaginites, importância do tratamento do parceiro para interromper a cadeia de transmissão das IST e sobre os fatores de risco para contaminação do HPV e suas principais consequências, como o câncer do colo do útero, embasando a importância da realização periódica do exame preventivo e a volta à unidade de saúde para buscar o resultado do exame citopatológico⁽¹¹⁾.

Os enfermeiros participantes do estudo realizaram satisfatoriamente o registro de enfermagem. O registro de enfermagem permite avaliar a evolução da paciente, facilitar a comunicação entre a equipe de saúde, documentar os procedimentos realizados com a cliente, fornece garantia legal para

o profissional de saúde, avaliar os cuidados de enfermagem prestados e ser utilizado como fonte de aprendizado⁽¹⁵⁾.

Esse estudo foi limitado a somente um município do interior do Estado do Ceará; assim, recomenda-se que estudos similares sejam realizados em outras cidades, para verificar se os achados são semelhantes aos de outros locais.

CONCLUSÃO

No presente estudo, ficou evidente que a avaliação da qualidade da consulta de enfermagem em infecções se-

xualmente transmissíveis foi classificada como insatisfatória, pois os enfermeiros não realizavam as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde para consulta de enfermagem ginecológica. A anamnese ocorreu de maneira intermediária, evidenciando que alguns enfermeiros conseguiram ter um atendimento mais humanizado ao seu paciente, enquanto que o exame físico e o aconselhamento foram feitos de maneira insatisfatória, aspecto preocupante, pois demonstra uma má qualidade da assistência à saúde das usuárias.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília, 2015 [cited em 06 abr 2017]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>.
2. Moreira TM, Parreira BDM, Diniz MA, Silva SR. Conhecimento das mulheres idosas sobre doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento, uso e acesso aos métodos preventivos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 [cited em 06 abr 2017]; 14(4): 803-10. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a08.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatite viral. DST no Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. 2010 [cited 20 abr 2017]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-departamento>.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 1625 de 10 de julho de 2007. Informativo [Internet]. 2007 [cited 28 abr 2017]. Available from: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1625_10_07_2007.html.
5. Martins ACS, Ferraz LM. Atuação do enfermeiro no diagnóstico e no tratamento do herpes genital, na atenção primária à saúde. Rev. APS [Internet]. 2014 [cited 28 abr 2017]; 17(2). Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2006>.
6. Ceará. Secretaria da Saúde. Metodologia de melhoria da qualidade à saúde: instrumento de melhoria do desempenho. Fortaleza: SESA-CE, 2005.
7. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev Bras Enferm. [Internet]. Brasília, 2011 [cited 24 abr 2017]; 64(2): 355-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>.
8. Brasil EGM, Queiroz MVO, Cunha JMH. Acolhimento à adolescente na consulta de enfermagem - estudo qualitativo. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2012 [cited 24 abr 2017]; 11(2): 346-358. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3752>
9. Soares NV, Dall'agnol CM. Privacidade dos pacientes - uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [cited 29 abr 2017]; 24(5): 683-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/14v24n5.pdf>
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 311/2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 2007 [cited em 31 abr 2017]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html.
11. Oliveira AS, Lima TM, Campos FC, Bezerra KC, Oriá MOB, Damasceno AKC. Avaliação da prevalência de infecções genitais em gestantes atendidas em consulta de enfermagem ginecológica. Rev. enferm. UERJ [Internet]. Rio de Janeiro, 2013 [cited em 28 abr 2017]; 21(2): 228-33. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7191>.
12. Diógenes MAR, Linard AG, Teixeira CAB. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. Rev. Rene [Internet]. Fortaleza, 2010 [cited em 29 abr 2017]; 11(4): 38-46. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4586>.
13. Taquette SR, Rodrigues A de O, Bortolotti LR. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [cited em 24 abr 2017]; 22(1): 23-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0023.pdf>.
14. Santos MTS. Guia de Boas Práticas para informar, educar e comunicar com eficácia e de forma adequada para a prevenção e controle das IST/VIH/SIDA [Internet]. 2011 [cited em 23 abr 2017]. Available from: http://aventurasocial.com/arquivo/1310395951_guia_de_boas_praticas.pdf.
15. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergílio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited em 28 abr 2017]; 14(6): 1123-32. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3724>.

RECEBIDO EM: 08/05/2017.
ACEITO EM: 28/04/2018.

FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Andressa Mendonça Oliveira¹, Kátia Stancato¹, Eliete Maria Silva¹

Objetivo: Refletir teoricamente sobre a Política Nacional (brasileira) para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e articulações na formação do enfermeiro e na prática profissional. **Metodologia:** Reflexão teórica, por meio de questionamentos das pesquisadoras, discussões em grupo e busca na literatura. **Resultados:** Os trabalhadores que atuam no cuidado ao paciente oncológico possuem papel essencial na efetivação dessa política. Porém, para que sejam implementadas, é necessário que seus princípios estabelecidos façam sentido na formação e nas práticas profissionais. **Conclusão:** O ensino reflexivo sobre essa política na formação do enfermeiro contribui para melhorias em sua prática, assim como, práticas reflexivas e melhor qualificadas certamente impactam positivamente na formação profissional. O desenvolvimento de políticas públicas com ênfase nas demandas da população pressupõe articulação teórica e prática e transformações sociais.

Descritores: Educação Superior; Educação em enfermagem; Políticas públicas de saúde; Prática profissional; Enfermagem Oncológica.

NURSING EDUCATION: PUBLIC POLICY AT ONCOLOGIC ATTENTION

Objective: Reflect theoretically about the Public Policies on the Oncological Care, especially the National Policy(Brazilian) for Prevention and Cancer Control in Health Care Network of People with Chronic Diseases and the impact on nurse training and professional practice. **Methodology:** Theoretical speculation by means of interviews with researchers, group discussions and literature research. **Results:** Caregivers of oncological patients have an essential role on the effecting this Policy. However, in order to implement this policy, it is necessary that its established principles make sense for nursing education and professional practices. **Conclusion:** The reflective teaching about this policy in the formation of nurses contributes to improve its practice, as reflective and better qualified practices certainly have a positive impact on vocational education. The public policy development with emphasis on population demands assumes theoretical and practical articulation and social transformations.

Descriptors: Education Higher; Education; Nursing; Public Health Policy; Professional Practice; Oncology Nursing.

EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA: POLÍTICA PÚBLICA EN ATENCIÓN ONCOLÓGICA

Objetivo: reflexionar teóricamente sobre las políticas públicas para atención oncológica, especialmente para la Política Nacional (brasileña) para Prevención y Control del Cáncer en la Red de Salud de Personas con Enfermedades Crónicas e articulaciones en la formación de enfermeras y en la práctica profesional. **Metodología:** Reflexión teórica por medio de cuestionamientos de los pesquisadores, discusiones en grupo y pesquisa en la literatura. **Resultados:** Los cuidadores de enfermos oncológicos tienen un papel esencial en la implementación de políticas. Sin embargo, para funcionar, es necesario que sus principios hagan sentido en la formación y en las prácticas profesionales. **Conclusión:** La enseñanza reflexiva sobre la política en la formación de enfermeros contribuye para mejoras en su práctica, como tal, prácticas reflexivas y más calificadas, sin duda, causan impacto positivo en las prácticas de formación profesional. El desarrollo de las políticas públicas con énfasis en las demandas de la población presupone la articulación teórica y práctica y la transformación social.

Descriptor: Educación Superior; Educación en Enfermería; Políticas Públicas de Salud; Práctica Profesional; Enfermería Oncológica.

¹ Universidade Estadual de Campinas-Unicamp/SP.

INTRODUÇÃO

Atentar à realidade da enfermagem no país voltada à educação é uma necessidade. A visão crítica da profissão deve ser possibilitada por meio da formação universitária, na qual os enfermeiros compreendam seu papel político e social no ensino, gerenciamento, assistência e pesquisa, proporcionando, assim, meios de valorização profissional e a possibilidade de alcançar uma melhor formação e melhores condições de trabalho⁽¹⁾.

O plano Nacional de Educação é constituído por 20 metas e possui como uma das diretrizes a melhoria da qualidade da educação. A partir da meta 12, destaca-se a estratégia "fomentar estudos e pesquisas que analisem a necessidade de articulação entre formação, currículo, pesquisa e mundo do trabalho, tendo em vista as necessidades econômicas, sociais e culturais do País"^(2,11). Assim, é fundamental refletir a importância do entendimento e da compreensão que os profissionais enfermeiros precisam ter das políticas públicas, com destaque para as políticas que envolvam a atenção oncológica com benefícios na prática profissional de qualidade e uma assistência contínua aos indivíduos.

Em uma grande transformação social, o corpo de ideias desafia as bases que proporcionam a sustentação na realidade em questão, situação que coloca obstáculos frente ao desenvolvimento e demonstra sinais de esgotamento. Na mudança profunda do hoje, é necessária a construção de consensos e convergências que são capazes de conquistar as mentes e os corações das pessoas, no intuito de mobilizar forças sociais e políticas que sustentem o processo de transformação⁽³⁾.

Os estudos referentes às políticas públicas no Brasil começaram a ganhar centralidade no início da década de 1980, o que possibilitou a investigação de uma área nesta temática e contou com grande participação dos cursos de pós-graduação. Este campo estava vinculado à Ciência Política e à Sociologia, destacando-se que as preocupações em investigar as políticas extrapolavam tais áreas, pelo caráter interdisciplinar contido no enfoque do fenômeno⁽⁴⁾.

No conceito de políticas públicas, algumas dimensões devem ser consideradas, como os recursos de poder que estão presentes em sua definição e nas instituições do Estado, em especial na máquina governamental, e a estreita relação com as representações sociais que cada sociedade desenvolve, seus valores, símbolos e normas, e assim, elas são definidas, implementadas, reformuladas ou desativadas baseadas na memória da sociedade⁽⁴⁾.

Importante compreender o surgimento de uma política pública para um determinado setor. Quando a política é estabelecida, isso significa que o problema foi reconhecido pelo Estado e tornou-se uma questão socialmente problematizada⁽⁴⁾.

As políticas normalmente não dizem o que fazer, elas criam circunstâncias nas quais o espectro de opções disponíveis sobre o que fazer é reduzido ou modificado ou em que metas particulares ou efeitos são estabelecidos^(5:45-46).

No Brasil, diante da magnitude do problema do câncer na população, seu controle vem sendo uma das prioridades de saúde do Governo, ao longo dos anos. Nessa perspectiva, ocorre a formulação de políticas e implantações de ações e programas desenvolvidos pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e implementadas pelos trabalhadores da saúde⁽⁶⁾.

Os trabalhadores possuem um papel essencial na implementação dessa política, porém para que algo seja efetivamente implementado e incrementado é necessário que os princípios estabelecidos façam sentido na prática profissional⁽⁷⁾. É nesse contexto que o fato do enfermeiro ter adquirido conhecimentos em sua formação sobre as políticas públicas, no intuito de despertar o pensamento crítico, favoreceria a sua implementação e consequentemente a melhoria das práticas e da qualidade do cuidado.

Portanto, o objetivo deste artigo é refletir teoricamente sobre a Política Nacional (brasileira) para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e as articulações na formação do enfermeiro e na prática profissional.

METODOLOGIA

Relatar a reflexão teórica construída a partir da disciplina "Planejamento Educacional e Gestão" realizada na Faculdade de Educação de uma universidade do interior paulista. Esta disciplina contribuiu no desenvolvimento do projeto de doutorado vinculado à Faculdade de Enfermagem na linha de pesquisa "Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem" e no tema "Formação, Educação permanente e Educação em saúde e enfermagem".

Foi possível realizar reflexões a partir dos questionamentos e experiências das pesquisadoras no cuidado ao paciente oncológico, das leituras dos textos disponibilizados na disciplina, pelas discussões no grupo de pesquisa, nas reuniões de orientação da pós-graduação e busca de artigos sobre o tema.

Os ensinamentos de Paulo Freire descritos no livro a Pedagogia da Autonomia apontam importantes características que podem auxiliar no ensino dessa política⁽⁸⁾.

A reflexão é apresentada em dois tópicos: Tópico 1, refere-se à política pública voltada a área oncológica no intuito de compreender a constituição e objetivo da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e o tópico 2 com a Formação do enfermeiro X Ensino da Política Pública voltada

a área oncológica que envolve o ensino desta política na formação do enfermeiro e o entendimento desta política para a prática de enfermagem com boa qualidade.

Política Pública voltada para a área oncológica

Nesse contexto, uma importante política desenvolvida na área de oncologia foi publicada em 2013 (portaria nº 874), e refere-se a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Possui como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade devido ao câncer, diminuir a incidência de determinados tipos de câncer, contribuir na melhoria da qualidade de vida dos usuários, por meio de ações voltadas à promoção, prevenção, detecção precoce, ao tratamento oportuno e cuidados paliativos⁽⁹⁾.

É constituída por cinco princípios gerais a saber: princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde, à prevenção do câncer, à vigilância, monitoramento e à avaliação, ao cuidado integral, à ciência e à tecnologia, à educação e por fim à comunicação em saúde⁽⁹⁾.

Essa política é organizada de forma que permita a continuidade das ações de atenção à saúde das pessoas, articulando os distintos pontos de atenção à saúde⁽⁷⁾, conforme estabelecido na Portaria nº 4.279⁽¹⁰⁾. Essa portaria, publicada em 2010, estabelece as diretrizes sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS). RAS "são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado^(10,11)." O intuito é de prover atenção humanizada, integral, contínua, responsável, de qualidade e responsável⁽¹⁰⁾. As redes temáticas priorizadas são⁽¹¹⁾: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Cada rede temática possui componentes e fases para a sua implantação. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é constituída pela Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e de regulação⁽¹¹⁾.

As propostas de Redes de atenção são recentes, surgiram na primeira metade dos anos 1990 nos Estados Unidos, posteriormente avançaram para os sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá e, por fim, chegaram aos países em desenvolvimento⁽³⁾.

Esse tipo de reprodução utilizada nas RAS advindas de outros países refere-se ao efeito de contaminação. É a introdução de novos modos de regulação política, que são descritos no campo educativo. Constitui a utilização das políticas

e conceitos postas em prática em outros países⁽¹²⁾, ou seja, trata-se de adotar soluções transportáveis de outros lugares com o objetivo de evitar dificuldades, buscar soluções ou legitimar, por meio delas, as mudanças de seu próprio sistema⁽¹³⁾.

Formação do enfermeiro X Ensino da Política Pública voltada a área oncológica

Com ênfase no princípio da educação, as diretrizes relacionadas estabelecem um estímulo na formação e na especialização de recursos humanos relacionadas à qualificação das práticas profissionais, considerando todos os eixos fundamentais presentes na política⁽⁹⁾.

Assim, percebe-se que a questão da educação é apontada na política, o que remete a vários questionamentos, dentre eles: como está sendo trabalhada a questão do ensino das políticas públicas voltadas a área oncológica na formação do enfermeiro pelas instituições? Como o entendimento da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas pode contribuir para a prática de qualidade do enfermeiro? O ensino das políticas públicas na formação do enfermeiro contribui para a implementação de boas práticas? Com a boa qualidade da prática?

A prática, sem uma boa teoria, é considerada cega. Analisando por outro lado, a teoria quando está desvinculada de uma ação transformadora, pode ser considerada estéril. Portanto, quando uma teoria é consistente e se transforma em força social, esta sim ganha capacidade para revolucionar a vida e uma prática militante; junto de uma boa teoria, ganha dimensão estratégica e profundidade em sua realização⁽³⁾.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem estabelecem fundamentos, princípios, condições e procedimentos da formação de enfermeiros. Sendo que este profissional deve ser capaz de conhecer e ser capaz de intervir em problemas e situações do processo saúde-doença que são considerados mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e identificar as dimensões biopsicossociais que estão envolvidas em seus determinantes⁽¹⁴⁾.

O câncer é uma doença de destaque, considerando sua incidência, prevalência e mortalidade⁽¹⁵⁾. Reflexo disso é visualizado devido ao aumento das taxas de internações hospitalares, dos recursos públicos demandados para custear os tratamentos e do número de tratamentos ambulatoriais. São necessários diversos tipos de serviços de saúde e ações específicas⁽¹⁶⁾.

As estimativas para o ano de 2018 e 2019, no Brasil, apontam para a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer (para cada ano). À exceção do câncer de pele do tipo não-melanoma (aproximadamente 170 mil casos novos), os mais incidentes no sexo feminino serão os cânceres de mama, intestino, colo do útero, pulmão e tireoide e, no sexo masculino, os cânceres de próstata, pulmão, intestino, es-

tômago e cavidade oral⁽¹⁵⁾. Portanto, é indispensável discutir sobre a formação de recursos humanos voltados ao cuidado ao paciente oncológico em toda a linha de cuidado.

Em 2012, foi publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) o estudo intitulado "Ensino em Atenção Oncológica no Brasil: Carências e Oportunidades". O objetivo foi identificar a demanda de qualificação em oncologia para as diferentes categorias da saúde, nas diversas regiões do país. Participaram 13 categorias de profissionais da saúde, nas quais a medicina, enfermagem e fisioterapia tiveram maior participação. Ao considerar sua área de atuação, 78,4% desenvolviam suas atividades na assistência, 29,8% na gestão, 23,5% no ensino e 16,2% na pesquisa⁽¹⁷⁾.

Em relação aos dados da Enfermagem, os autores relataram a participação de 143 enfermeiros, sendo em sua maioria da região sudeste (44,1%), área predominante na assistência (66%), seguida pela gestão (61,1%), ensino (9,7%) e pesquisa com 4,2%. Destaca-se a pequena quantidade de profissionais da Enfermagem atuantes nas áreas de ensino e pesquisa, demonstrando a importância de medidas para aumentar a participação em tais áreas⁽¹⁷⁾.

Os assuntos apontados como de grande necessidade de qualificação na Enfermagem foram: noções básicas de controle e prevenção do câncer (71,5); atuação profissional na promoção de saúde e prevenção de agravos direcionados à oncologia (69,4%); atuação profissional junto ao paciente oncológico ambulatorial (67,2%); gestão e políticas públicas de atenção ao câncer (66,7%); atuação profissional com o paciente oncológico hospitalizado (64,5%); cuidados paliativos para o paciente oncológico (63,8%); procedimentos e técnicas específicas da sua área com aplicação em oncologia (59,8%) e pesquisa para o controle do câncer (56,4%). Mencionaram, também, no estudo, a carência de enfermeiros com especialização em oncologia⁽¹⁷⁾. Portanto, este estudo demonstrou a necessidade de qualificação da gestão e políticas públicas de atenção ao câncer com 66,7%.

Em recente publicação, as autoras analisaram os aspectos relacionados à formação dos enfermeiros residentes, às dificuldades e facilidades para o cuidado em oncologia. Concluíram que a formação do enfermeiro voltada para o cuidado em oncologia é incipiente. Como evidenciado no estudo, os participantes relataram como dificuldades o curto período de estágio e a falta de embasamento teórico. E como fator que facilita a assistência na área, as aulas teóricas. As autoras recomendaram a realização de estudos com o tema de oncologia em articulação com as bases para a formação do enfermeiro e leis de diretrizes articuladas às políticas públicas para melhor formação dos enfermeiros e assim assistência ao paciente oncológico⁽¹⁶⁾.

Em um outro estudo, o objetivo foi identificar como os enfermeiros de ambulatórios e de unidades de internação

que atuam em quimioterapia, são preparados para atuarem junto aos pacientes oncológicos. Os participantes deste estudo relataram o déficit de conhecimentos na área, sendo que o conteúdo ministrado em relação ao cuidado de pacientes com câncer no processo de formação profissional foi insuficiente ou inexistente e a repercussão negativa desta no exercício da enfermagem, tal como no cuidado ao paciente com câncer e sua família⁽¹⁸⁾.

Esse déficit na graduação dificulta a identificação do aluno com esta área, onde existe uma necessidade social de atuação de maneira competente dos diferentes profissionais da área da saúde⁽¹⁸⁾. Além das dificuldades dos profissionais, o paciente e seu familiar tem um sofrimento adicional que é somado a todos os dissabores vivenciados neste processo.

Em uma pesquisa na qual participaram 25 pacientes adultos internados no setor de Oncologia de uma instituição pública, cujos objetivos foram compreender as percepções dos pacientes oncológicos relacionadas ao seu cuidado; analisar, junto aos pacientes, a questão da comunicação dos profissionais na prática; identificar, segundo percepção do paciente, como os profissionais realizam a informação do diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença e identificar como os profissionais desenvolvem o respeito à autonomia. As autoras concluíram que do ponto de vista do paciente oncológico o cuidado em uma perspectiva ampla ainda não é incorporado integralmente na prática e que todas as temáticas trabalhadas subsidiam o cuidado e estão interligadas⁽¹⁹⁾.

Portanto, um dos eixos a serem trabalhados para uma qualificação das práticas na enfermagem na atenção oncológica é o ensino das políticas públicas na formação, seja no âmbito de graduação ou de pós-graduação.

Um ensino que favoreça a reflexão da prática; respeito aos saberes dos alunos, que podem ter vivenciado a luta de parentes, familiares e amigos com a doença; estímulo à pesquisa, a autonomia do aluno, a convicção de que é possível mudar a realidade e disponibilidade ao diálogo, dentre outros⁽⁶⁾. Para favorecer o ensino-aprendizagem da política e assim facilitar a compreensão dela para uma prática de qualidade, o professor poderia utilizar diferentes abordagens como seminários, simulações, estudos dirigidos, teatros e dinâmicas.

Estudo cujo objetivo foi compreender as características do conhecimento de estudantes de enfermagem e medicina em relação às políticas públicas de saúde, aponta o pouco entendimento dos acadêmicos em relação ao conceito e ao papel das políticas públicas, a limitada percepção durante o ensino e o pequeno interesse em estudar a temática, porém referem entendimento da importância de seu estudo para a prática profissional. Assim, considerando a importância do assunto para que seja possível a consolidação do SUS, é fundamental ampliar o conhecimento dos discentes sobre o tema⁽²⁰⁾. Para que seja possível melhorar

a qualidade da assistência à saúde no Brasil, é essencial o investimento na qualidade da formação dos enfermeiros e em seu compromisso em colaborar com um sistema de saúde mais igualitário e justo⁽²¹⁾.

No caso da implantação das redes de atenção, sabe-se da sua complexidade, porém o ensino é um norteador para mudanças. O aluno de hoje será o profissional que estará atuando na assistência ou na pesquisa. Esse profissional será um multiplicador desse modelo em prol de melhorias para o cuidado assistencial ao paciente.

As redes de atenção possuem uma interessante proposta no cuidado ao paciente com câncer. Incorporar o entendimento dos cuidados baseados nas redes facilitaria o cuidado integral. Proporcionar ao paciente ao longo do seu tratamento um suporte adequado em todos os níveis de assistência à saúde com uma ligação efetiva entre os serviços e profissionais, favoreceria o cuidado de qualidade, tanto almejado pelos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a realização de uma prática crítica do enfermeiro, é essencial uma compreensão das políticas públicas voltadas à atenção oncológica. Nessa perspectiva, o ensino das políticas públicas tem papel fundamental na formação dos alunos, contribuindo para melhores práticas de Enfermagem e de Saúde. Um ensino reflexivo que proporcione a compreensão do estabelecimento de políticas, as suas diretrizes e seus princípios como importantes norteadores de qualidade do cuidado.

Agradecimento

Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Práticas de Enfermagem e Saúde (GEPEPES)

Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

REFERÊNCIAS

1. Trevisan DD, Minzon DT, Testi CV, Ramos NA, Carmona EV, Silva EM. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. *Cienc Cuid Saude*. [Internet]. 2013 [cited 2016 fev 15]; 12(2):331-7. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19643/pdf>
2. Lei nº13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências [Internet]. Brasília: 2014. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm
3. Organização Pan-Americana da Saúde (BR). As redes de atenção à saúde. Brasília (DF); 2011.
4. Azevedo JML. A educação como política pública. 3ª ed. Campinas: Editora Autores Associados; 2008.
5. Ball S, Mainardes. Sociologia das políticas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e pesquisa em política educacional. In: Políticas Educacionais: questões e dilemas. São Paulo: Cortez; 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro (RJ); 2017.
7. Silva EM, Nozawa MR, Freitas JLD. Formação de enfermeiros e a municipalização da saúde no Brasil: a importância das políticas e das práticas. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2000 [cited 2016 fev 15]; 53(2): 275-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a12.pdf>
8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 53ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da Unidao [da] República Federativa do Brasil. 2013.
10. Ministério da Saúde (BR). Anexo da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) providências. 2010.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília (DF); 2014.
12. Barroso J. "Regulação e desregulação nas políticas educativas: tendências emergentes em estudos de educação comparada" In Barroso J (Org). A escola pública: regulação, desregulação, privatização. Porto/Portugal:ASA Editores, 2003.
13. Walford G. Privatization in Industrialized Countries. In: Henry Levin, Ed Privatizing Education. Can the Marketplace Deliver Choice, Efficiency, Equity, and Social Cohesion? Colorado, USA: Westview Press;2001.
14. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de novembro de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF); 2001.
15. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2017.
16. Lins FG, Souza SR. Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2018 [cited 2018 05 mai]; 12(1):66-74. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22652/25858>
17. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Ensino em atenção oncológica no Brasil. Rio de Janeiro (RJ); 2012.
18. Luz KR, Vargas MAO, Rosa LM, PH Schmitt. Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2016 [cited 14 mai 2018]; 10(9):3369-76. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11418/13204>
19. Theobald MR, Santos MLM, Andrade SMO, Carli ADD. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2018 mai 15]; 26 (4): 1249-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01249.pdf>
20. Menegaz JC, Leopardi MT, Backes VMS. Políticas públicas de saúde: aspectos do conhecimento de graduandos em enfermagem e medicina. *Sau. 8Transf. Soc.* [Internet]. 2012 [cited 05 jun 2017]; 3 (3): 69-76. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/1619/2153>
21. Magalhães SS, Rodrigues AMM, Guerreiro MGS, Queiroz MVO, Silva LMS, Freitas CHA. Expansão do ensino de enfermagem no Brasil: evidências históricas e perspectivas da prática. *Enferm. Foco* [Internet]. 2013 [cited 2017 jun 05]; 4(3,4):167-70. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/544/225>

RECEBIDO EM: 06/06/2017.
ACEITO EM: 04/04/2018.

INTERFACES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Laura Maria Tenório Ribeiro Pinto¹, Juliana da Silva Nogueira Carvalho², Renata Miranda Correia², Evelyn da Silva Ferreira Lins², Larissa Lages Ferrer de Oliveira¹, Amuzza Aylla Pereira dos Santos³

Objetivo: descrever a percepção dos profissionais de saúde acerca dos aspectos relacionados à humanização ao parto e nascimento
Metodologia: Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 26 profissionais de saúde especialistas em obstetria (10 enfermeiros e 16 médicos) de três maternidades públicas de risco habitual em Recife-PE. Utilizou-se como referencial teórico a Análise crítica do discurso. **Resultados:** Dificuldades enfrentadas no desenvolvimento da assistência ao parto e nascimento; Discurso divergente em relação à humanização da assistência ao parto e nascimento; Divergência entre modelos assistenciais obstétricos seguidos. **Conclusões:** percebe-se a necessidade de ampliar a compreensão de humanização do parto e nascimento pelos profissionais, tendo como objetivo prestar uma atenção voltada às necessidades da parturiente e família.

Descritores: Humanização da assistência; Assistência ao parto; Parto.

INTERFACES BETWEEN HEALTH PROFESSIONALS AND HUMANIZATION OF LABOR ASSISTANCE

Objective: to describe the perception of health professionals about the aspects related to humanization at birth and birth.
Methodology: A descriptive study with a qualitative approach, carried out with 26 health professionals specialized in obstetrics (10 nurses and 16 physicians) from three public maternity hospitals at usual risk In Recife-PE. Critical analysis of discourse was used as theoretical reference. **Results:** Difficulties faced in the development of delivery and birth care; Divergent discourse regarding the humanization of delivery and birth care; Divergence between assisted obstetric care models. **Conclusions:** the need to extend the understanding of humanization of birth and birth by professionals is perceived, with the objective of paying attention to the needs of the parturient and the family.

Descriptors: Humanization of Assistance; Midwifery; Delivery.

INTERFACES ENTRE PROFESIONALES DE SALUD Y LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PARTO

Objetivo: describir la percepción de los profesionales de salud acerca de los aspectos relacionados con la humanización al parto y el nacimiento. **Métodos:** Estudio descriptivo con abordaje cualitativo, realizado con 26 profesionales de salud especialistas en obstetria (10 enfermeros y 16 médicos) de tres maternidades públicas de riesgo habitual En Recife-PE. Se utilizó como referencial teórico el análisis crítico del discurso. **Resultados:** Dificultades enfrentadas en el desarrollo de la asistencia al parto y el nacimiento; Discurso divergente en relación con la humanización de la asistencia al parto y el nacimiento; Divergencia entre modelos asistenciales obstétricos seguidos. **Conclusiones:** se percibe la necesidad de ampliar la comprensión de humanización del parto y nacimiento por los profesionales, teniendo como objetivo prestar una atención volcada a las necesidades de la parturienta y familia.

Descriptor: Humanización de la Atención; Tología; Parto Obstétrico.

¹ Universidade Federal de Alagoas-UFAL.

² Secretaria de Saúde do Recife-PE.

³ UFAL-E-mail: amuzzasantos@bol.com.br

INTRODUÇÃO

O parto e nascimento são momentos marcantes na vida de uma mulher e de todos que neles estão envolvidos. Houve uma transição de maneira progressiva ao longo da história em relação ao modelo de assistência nesse cenário, e esses eventos deixaram de acontecer apenas na esfera familiar, sob os cuidados de uma parteira, e migrou-se para a institucionalização, a partir do incremento dos avanços tecnológicos e científicos na área obstétrica⁽¹⁻²⁾.

Deste modo, o parto e nascimento estão relacionados à assistência ofertada por profissionais de saúde, tornando-se imprescindível compreender como os mesmos aplicam e inter-relacionam suas atividades na prática obstétrica, os nuances assistenciais e suas interfaces com o modelo de humanização nesse âmbito.

Expõe-se que ao longo dos anos a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem em um movimento constante para construção de um novo paradigma de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. Desta maneira, busca-se o atendimento obstétrico integral permeado por uma assistência de qualidade, pautada em práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e no direito de escolhas das mulheres⁽³⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) corrobora dessa mesma orientação por meio da evolução das políticas públicas de saúde da mulher, priorizando a integralidade do cuidado, o resgate da fisiologia do parto e a atenção humanizada nesse contexto⁽⁴⁾.

Isto posto, tem-se que alguns estudos vem abordando a temática da humanização da assistência ao parto e nascimento, no entanto, na perspectiva do olhar do sujeito cuidado, "a mulher, puérpera e/o parturiente" ^(4,5). Com isso, a busca pelo entendimento da relação conceitual de humanização da assistência ao parto e nascimento com a prática assistencial obstétrica vigente busca preencher uma lacuna do conhecimento sobre a temática.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como questionamento norteador: quais percepções dos profissionais que assistem ao parto e nascimento acerca da humanização? Para tanto, possui como objetivo: descrever a percepção dos profissionais de saúde acerca dos aspectos relacionados à humanização ao parto e nascimento.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, com abordagem descritiva, realizado em três maternidades públicas de risco habitual do município de Recife/PE. Participaram da pesquisa 26 profissionais de saúde especialistas em obstetria, sendo 10 enfermeiras e 16 médicas. A captação dos profissionais foi realizada por conveniência dos que estavam presentes no plantão. Vale

salientar que as três maternidades presentes neste estudo, compõe uma grande parte da rede assistencial do Recife e abarca a totalidade de 12 enfermeiros obstetras, sendo contemplado nesta pesquisa quase 100% dessa categoria.

Utilizou-se como referencial teórico-metodológico a Análise Crítica do Discurso (ACD), a qual busca a explicação dos fenômenos sociais por meio da análise discursiva apresentada. Neste sentido, entende-se que é através do discurso que as práticas sociais podem ser analisadas. Através da representação linguística porque se materializa na fala e na escrita humana e extralinguística porque está imerso nas atividades cotidianas da vida, no âmbito social, histórico do sujeito e na constituição da existência social⁽⁶⁾.

A ACD se desenvolve a partir de uma reflexão sobre o conceito do discurso, apresentando a preocupação inicial do discurso com o "além da frase", a qual começa pela observação do texto, evoluindo para a preocupação com o contexto até chegar aos estudos críticos do discurso, relacionando a dimensão da prática social⁽⁶⁾.

Os cenários foram referidos aleatoriamente pelas letras A, B e C, bem como os profissionais de saúde encontram-se caracterizados conforme a ordem cronológica que foram realizadas as entrevistas, sendo identificados pelas variações das letras A (A1 à A10), B (B1 à B10) e C (C1 à C20), com a finalidade de manter o anonimato das instituições e preservar a identidade dos mesmos.

A coleta de dados foi realizada no período entre novembro de 2016 e janeiro de 2017, norteadada por formulário com questões semiestruturadas elaborado de acordo com a política de humanização da assistência ao parto e nascimento⁽⁷⁾. Para os profissionais que se propuseram a participar do estudo, foram solicitadas a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (TCLE), o qual foi assinado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com a entrevistada.

Em consonância à legislação que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, incluídas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa do referente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP), sendo aprovado em 04/05/2016 com CAAE nº 53407815.4.0000.5201 e número do parecer: 1.529.753.

Os dados coletados foram transcritos na íntegra. As falas dos participantes foram categorizadas por núcleos de sentido, trabalhando-se com recortes discursivos. Neste modelo, a linguagem é estudada não apenas enquanto forma linguística, mas também enquanto forma material da ideologia, considerando que o conhecimento produz relações de força e de poder ⁽⁶⁾.

A partir da análise das entrevistas emergiram três categorias/recortes discursivos: 1 A obstetrícia em ato: nuances assistenciais; 2 Humanizar é preciso! (2.1 O discurso divergente da humanização da assistência ao parto e nascimento); 3 Qual modelo assistencial seguir?

RESULTADOS

A obstetrícia em ato: nuances assistenciais

Evidenciou-se que a existência de algumas dificuldades vivenciadas diariamente pelos profissionais interfere no desenvolvimento da assistência ao parto e nascimento oferecida. Estas dificuldades são principalmente em relação aos recursos materiais, recursos humanos e a infraestrutura das maternidades.

Como evidenciamos nas falas a seguir:

“

Nossa maior dificuldade é a estrutura física, a gente tem uma unidade que tem mais de 48 anos de existência, com uma estrutura física totalmente sucateada, de piso a teto precisando ser remodelado...é teto furado...semana passada tinha tapuru caindo da janela... Ainda tem a questão dos recursos materiais: não tem lençol! Em relação aos recursos humanos nós melhoramos muito, profissionais fizeram capacitações, mas você acaba corrompido pelo sistema. Pra gente não enlouquecer, não ficar revoltado e acabar transferindo isso pra mulher, pra família...a gente acaba se acostumado a trabalhar nessas condições terríveis (A2).

A sobrecarga de trabalho torna-se um ponto crucial no desenvolvimento de uma assistência adequada:

Temos 10 leitos de pré-parto o que é incompatível pra um enfermeiro obstetra só pra dar assistência, fazer burocracia, pra administrar e fora isso, eu ainda fico com a triagem... A gente infelizmente não consegue dar assistência que a gente quer às mulheres por conta do número de profissionais, porque sou eu só para dois setores e de tarde eu ainda fico com três setores: sala de parto, triagem e CME (A3).

A relação entre os profissionais de categorias diferentes também surge como impasse no desenvolvimento da assistência:

Alguns obstetras que não apoiam o parto humanizado e perpetuam uma série de intervenções que não são baseadas em evidências...isso atrapalha demais, você tentar convencer os obstetras que aquele procedimento não é necessário é altamente desgastante. Quando finalmente a gente consegue driblar isso...que aquilo é possível ou que um procedimento é desnecessário a gente acaba esbarrando no neo... pois muitos profissionais quando vão avaliar o recém-nascido, o Apgar que é um índice de avaliação do nascimento relacionado ao re-

cém-nascido propriamente dito, passa a ser a nota que o neo dá para o enfermeiro no parto (B5).

Nesse âmbito, há uma divergente confiabilidade e segurança em relação estabelecimento da prática assistencial ao parto e nascimento pelo profissional enfermeiro obstetra:

Mesmo eu me dando muito bem com a equipe médica do meu plantão, é como se um “fantasma” sempre rondasse a minha assistência, qualquer intercorrência com uma enfermeira é vista de uma forma diferente do que se tivesse ocorrido com um médico (B4).

O desconhecimento das mulheres acerca do desenvolvimento do parto e nascimento e os recursos que as mesmas podem utilizar-se durante o trabalho de parto também merece destaque:

As pacientes, talvez por falta de um pré-natal adequado elas não entendem como é o processo de trabalho de parto, as vezes desconhece até que o processo é doloroso. Já aconteceu de chegar paciente perguntando: o que é isso? O que é que tá acontecendo? (C18).

Humanizar é preciso!

O discurso divergente da humanização da assistência ao parto e nascimento

Para a maioria dos profissionais a terminologia “humanização da assistência ao parto e nascimento” é sinônimo de empatia e respeito:

Humanização é você lembrar que o outro é um ser humano, que precisa ser acolhido, respeitar a necessidade fisiológica, respeitar a necessidade emocional daquela mulher, e ofertar a ela a assistência mais próxima possível do que é humano. A humanização não depende de estrutura física, humanização parte do profissional, eu posso tá numa cabana no meio do mato, eu consigo promover humanização do mesmo jeito. Humanizar é você se colocar de forma humana. Na realidade, o parto ele é muito de observar e intervir o mínimo possível... eu acho que isso já é um traço de humanização, você lembrar do significado de obstetrícia, cuidar do outro, acolher, respeitar (B5).

Para outros, “humanização” parece não ser o termo mais apropriado:

Minha assistência segue os conceitos da humanização, apesar de eu detestar esse termo “humanização”. Somos todos humanos... eu gosto do termo “parto adequado” pois nem sempre o parto natural é o melhor parto pra aquele binômio” (A4).

Qual modelo assistencial seguir?

O modelo assistencial ofertado por alguns profissionais baseia-se nas recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, através da utilização de evidências científicas na prática diária:

Trabalhar baseado em evidencia, é muito distante do empirismo, não é o que eu acho ou o que eu gostaria... é aquilo que a comunidade científica conseguiu provar através de estudos científicos que é a melhor forma de se trabalhar ou a pior forma de agir. Me traz segurança, qualidade no atendimento, segurança ao paciente, resultados positivos nos desfechos materno e neonatal. É quando eu consigo trazer pra minha pratica uma assistência baseada nos maiores e melhores estudos já realizados acerca do assunto...(B5).

No entanto, existe um desconhecimento por parte de alguns profissionais em relação esse tipo de assistência:

Já ouvi falar sobre evidência mas não a utilizo no meu trabalho" (A6). "Técnicamente eu não sei lhe dizer, confesso que não... eu estou um pouco afastada dessa questão acadêmica, preciso até me inteirar desses fatos aí" (B7). "É o que tá escrito na literatura e a gente segue a literatura médica" (A4).

DISCUSSÃO

Para refletir sobre a percepção contemporânea dos profissionais de saúde em relação ao parto e nascimento faz-se necessária uma breve resgate acerca do processo de "construção" dessa profissão. Ao resgatar a história, inicialmente, em meados século XVIII identifica-se a figura da parteira como responsável pelo trabalho de parto, parto e pós-parto. No final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado, o que se efetivou na metade do século XX, no qual o cenário do parto domiciliar foi alterando-se paulatinamente para o hospitalar (em maternidades)^(1,7).

A partir de então os partos foram sendo assistidos por profissionais especialistas em obstetrícia na intencionalidade de configurar mais segurança para o binômio mãe bebê e diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil da época. Nesse contexto, de evento fisiológico, feminino, familiar e social, o parto e nascimento transformaram-se em ato médico (masculino), no qual o risco de patologias e complicações se tornou a regra⁽⁷⁾.

Desta forma, a "segurança" ofertada inicialmente pela transição da ambiência do parto, configurou-se ao longo dos anos em medicalização e uso de intervenções rotineiras. E a obstetrícia, que significa "estar ao lado" da parturiente e ajudá-la a enfrentar o processo da gravidez e do parto, perdeu um pouco do sentido literal, visto que esse

processo passou a ser marcado por intervenções desnecessárias e prejudiciais considerando-o em um evento patológico que precisa ser tratado⁽⁷⁾.

Nos anos 80, inicia-se uma discussão sobre os modelos de assistência ao parto. A partir desta década ganha-se visibilidade o movimento da humanização do parto, o qual proporciona assistência acolhedora e respeitosa à parturiente com retorno ao protagonismo feminino, por meio da aplicabilidade das evidências científicas, marco importante na modificação do modelo assistencial obstétrico brasileiro⁽⁸⁾.

Fortalecendo esse novo movimento, o Ministério da Saúde pautou-se na construção de políticas públicas na área de saúde da mulher, priorizando a integralidade do cuidado, o resgate da fisiologia do parto e a atenção humanizada nesse contexto⁽⁴⁾. Destaca-se a instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) nos anos 2000, e o financiamento e estímulo à qualificação profissional neste âmbito, por meio da implantação da Rede Cegonha^(1,3).

No entanto, mesmo com todo o incentivo nas criações das políticas e programas pelo MS, a realidade que as maternidades enfrentam diariamente de acordo com o presente estudo é de falta de recursos humanos, materiais de consumo, problemas com a infraestrutura. Circunstâncias estas que influenciam diretamente na assistência ofertada pelos profissionais.

Estas informações corroboram com um estudo realizado em uma maternidade em uma maternidade pública de Fortaleza, no Ceará acerca condições de trabalho e humanização da assistência NAS instituições, o qual evidencia a escassez de leitos e falta de espaço para o atendimento minimamente humanizado. As carências físicas, funcionais e/ou materiais, que acabam limitando as ações desempenhadas e interferem na dinâmica cotidiana, não correspondendo aos ideais evidenciados nos documentos oficiais no que tange as propostas das políticas de humanização⁽⁹⁾.

Assim, pensar em serviços com recursos físicos e materiais insuficientes é antever a interferência no desenvolvimento das atividades cotidianas, pois o bom acolhimento e a satisfação com a assistência apresenta estreita relação com os espaços de produção dos cuidados e, conseqüentemente, se articula com a humanização das práticas em saúde.

A relação entre profissionais de categorias diferentes mostrou-se também como um impasse no desenvolvimento de uma assistência integral à mulher. Os embates diários acerca de condutas divergentes entre os mesmos propiciam desgastes nas relações, gerando consequên-

cias na assistência ofertada. Estes embates foram relatados entre as categorias de enfermeiras obstétricas com neonatologistas e enfermeiras obstétricas com médicos obstetras.

A dificuldade na definição dos papéis e da responsabilidade legal na assistência à parturiente representa um entrave na atuação das enfermeiras obstétricas e é causa de conflitos na equipe de trabalho. A não aceitação do exercício das funções da especialidade apresenta-se como uma discriminação velada da equipe e instituição, movida pelo modelo de hegemonia médica e pela ausência de interdisciplinaridade, resultando em falta de espaço para a sua atuação, especialmente na assistência ao parto⁽¹⁰⁾.

O desconhecimento das mulheres acerca do desenvolvimento do parto e nascimento ao chegar na maternidade surge também como um entrave durante a assistência oferecida pelos profissionais. Diversos estudos apontam a recorrência do desconhecimento das mesmas sobre seus corpos, sobre o processo de parturição e sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Dessa forma, fica evidente a existência de uma desvinculação da participação da mulher nesse processo. Com isso, acabam contribuindo passivamente para a reprodução do modelo biomédico e intervencionista, principalmente quando aceitam resignadamente a conduta imposta⁽¹¹⁾.

O termo "humanização da assistência ao parto e nascimento", evidenciou uma discussão divergente no presente estudo. A maioria dos profissionais conceituam entender ser a aplicação do respeito e empatia, por meio do provedor da assistência e o usuário. No entanto, essa terminologia é questionada por alguns dos entrevistados e criado um novo conceito por estes: "parto adequado".

Sabe-se que a essência do modelo de assistência humanizada ao nascimento perpassa por um tripé conceitual que envolve: o protagonismo restituído à mulher; a visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste do caráter de "processo biológico", e alcançando o patamar de evento "humano", em que os aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais são igualmente valorizados e suas específicas necessidades atendidas; ainda, acrescido da vinculação visceral com a medicina baseada em evidências⁽⁶⁾.

Desta maneira, deixa-se claro que o movimento de "humanização do nascimento", que hoje em dia se espalha pelo mundo inteiro, funciona sob o "império da razão" e não é movido por crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos⁽⁶⁾.

Em relação a veiculação de uma nova terminologia "parto adequado" como uma assistência que permite a mulher faça suas escolhas até onde for seguro ou que es-

teja relacionada com o parto mais adequado para cada mulher, não foi encontrada na literatura

No Em contrapartida, evidenciou-se a existência do projeto Parto Adequado, o qual é desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde. O mesmo tem como objetivo valorizar o parto normal e reduzir o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar, permitindo que às mulheres tenham acesso a uma assistência baseada na melhor evidência científica e nos princípios da humanização presente estudo fica evidente também que o modelo assistencial seguido pelos profissionais são divergentes. Alguns optam pela assistência baseada em evidências e outros pela literatura médica⁽¹²⁾.

No entanto, sabe-se que OMS desde a década de 1980, por meio do movimento da humanização do parto, preconiza uma assistência acolhedora e respeitosa à parturiente, baseada em evidências científicas. Sendo o seu uso um dos marcos importantes da transição para mudança do modelo assistencial obstétrico brasileiro⁽⁸⁾.

Frente a esta temática, o presente estudo evidenciou algumas limitações, tais como a falta de tempo dos profissionais, pois os mesmos alegaram estar ocupados realizando procedimentos obstétricos durante o plantão, e não tendo tempo hábil para participação da pesquisa, a temática do estudo e a pouca quantidade de profissionais nas maternidades .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da obstetrícia perpassa por diversas influências de matizes ideológicas, desta forma os discursos dos profissionais obtiveram variados sentidos no que se refere os aspectos que englobam a humanização da assistência ao parto e nascimento.

Nesse estudo, ficou evidente que os problemas assistenciais, como a falta de recursos humanos, escassez de materiais de consumo, falta de infraestrutura, merecendo destaque a dificuldade na relação entre profissionais de categorias diferentes, surgem como um empecilho no desenvolvimento da assistência à parturiente. Ainda, a divergência no entendimento dos profissionais acerca do termo "humanização", demonstra a existência de uma lacuna sobre um aspecto que é amplamente discutido desde à década de 80 no Brasil.

Sendo assim, a humanização da assistência ao parto e nascimento como é preconizada pelo Ministério da Saúde, enfrenta barreiras e não condiz fielmente com a realidade das maternidades onde a pesquisa foi realizada.

Fora evidenciado também a divergência de modelos assistenciais seguidos: assistência baseada em evidências científicas e literatura médica. No entanto, tem-se que a OMS e o MS preconizam recomendações baseadas em evidências científicas.

Frente aos resultados encontrados, percebe-se a necessidade de ampliar a compreensão de humanização do parto e nascimento pelos profissionais, tendo como objetivo prestar uma atenção voltada às necessidades da parturiente e família.

REFERÊNCIAS

- Vendruscolo CT, Krueel CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 22]; 16(1):85-107. Available from: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>
- Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita, NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 15]; 18(2):262-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf>
- Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 15]; 49(5):716-725. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf
- Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 15]; 17(1):20-8. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2601/1990>
- Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Caderno de Cultura e Ciência, Ano IX* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 15]; 13(2):76-89. Available from: http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838/pdf_1
- Fairclough N. *Discurso e mudança social*. 2. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2001.
- Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 10]; 15(2):362-70. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>
- Ministério da Saúde (BR). *Cadernos HumanizaSUS. Humanização do parto e do nascimento*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde 2014; [cited 2018 Jan 26]; 4: 10-465. Available from: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf
- Dodou HD, Sousa AAS, Barbosa EMG, Rodrigues, DP. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad. Saúde Colet* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 17]; 25 (3): 332-338. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300332&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Vieira MCC, Sousa AJO, Lima BLR, Sousa EA, Rolim EG. A política de humanização do sistema único de saúde (SUS), e suas expressões na maternidade do hospital regional de Pombal PB. *INTESA* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 11]; 8(2): 31-53. Available from: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/INTESA/article/view/3232/2778>
- Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15]; 38(1):e64677. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170164677.pdf>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1*. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro: ANS [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 15]; 9-44. Available from: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf

RECEBIDO EM:13/06/2017.
ACEITO EM:14/04/2018.

VÍTIMAS DE TRAUMA POR QUEDAS ATENDIDAS EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO ADULTO: ESTUDO TRANSVERSAL

Gabrielly Cristina Quintiliano Alves¹, Amanda Diniz Silva², Rosali Isabel Barduchi Ohl³, Eliana Maria Scarelli Amaral², Lúcia Aparecida Ferreira², Suzel Regina Ribeiro Chavaglia²

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico, dos atendimentos e condições de alta das vítimas de queda atendidas no Pronto-Socorro Adulto de um hospital público de ensino. **Método:** Estudo transversal, retrospectivo através de análise documental no período de 2014-2015. **Resultados:** Prevaleram os homens (63,1%), idade acima de 60 anos (39,5%), cor branca (65,6%) e baixa escolaridade (29,1%). A região corporal mais lesionada foi os membros superiores (37,9%). As admissões prevaleceram nos meses de maio e julho, ambos com (12,1%), o dia de quinta - feira (17,2%) e o período vespertino (37,6%). A maioria dos pacientes apresentou grau leve de incapacidade funcional (29,4%) na alta hospitalar. **Conclusão:** O perfil das vítimas foi de homens, idosos, brancos, baixa escolaridade e incapacidade funcional leve. Este estudo pode contribuir para a organização de serviços de saúde e de enfermagem e na elaboração de políticas públicas voltadas para prevenção e controle desses agravos na população idosa.

Descritores: Acidentes por quedas; Enfermagem em emergência; Serviço hospitalar de emergência; Causas externas; Idoso.

VICTIMS OF TRAUMA BY FALLS ATTENDED IN ADULT EMERGENCY ROOM: CROSS-SECTIONAL STUDY

Objective: To characterize the sociodemographic profile, the attendance and discharge conditions of the victims of falls attended in the Adult Emergency Room of a public teaching hospital. **Method:** Cross-sectional, retrospective study through documentary analysis in the period 2014-2015. **Results:** Men (63.1%), age over 60 (39.5%), white (65.6%) and low schooling (29.1%) prevailed. The most injured body region was the upper limbs (37.9%). Admissions prevailed in May and July, both with (12.1%), Thursday (17.2%) and afternoon (37.6%). The majority of patients had a mild degree of functional disability (29.4%) at hospital discharge. **Conclusion:** The profile of the victims was of men, elderly, white, low schooling and mild functional disability. This study may contribute to the organization of health and nursing services and the elaboration of public policies aimed at prevention and control of these diseases in the elderly population.

Descriptors: Fall accidents; Emergency nursing; Emergency hospital service; External causes; Aged.

VÍCTIMAS DE TRAUMA POR CAÍDAS ATENDIDAS EN UNIDAD DE PRONTO SOCORRO ADULTO: ESTUDIO TRANSVERSAL

Objetivo: Caracterizar el perfil sociodemográfico, de las atenciones y condiciones de alta de las víctimas de caída atendidas en el Pronto-Socorro Adulto de un hospital público de enseñanza. **Método:** Estudio transversal, retrospectivo a través de análisis documental en el período de 2014-2015. **Resultados:** Prevalían los hombres (63,1%), edad superior a 60 años (39,5%), color blanco (65,6%) y baja escolaridad (29,1%). La región corporal más lesionada fue los miembros superiores (37,9%). Las admisiones prevalecieron en los meses de mayo y julio, ambos con (12,1%), el día de jueves (17,2%) y el periodo vespertino (37,6%). La mayoría de los pacientes presentó un grado leve de incapacidad funcional (29,4%) en el alta hospitalaria. **Conclusión:** El perfil de las víctimas fue de hombres, ancianos, blancos, baja escolaridad e incapacidad funcional leve. Este estudio puede contribuir a la organización de servicios de salud y de enfermería y en la elaboración de políticas públicas dirigidas a la prevención y control de esos agravios en la población anciana.

Descriptores: Accidentes por caída; Enfermería en emergencia; Servicio hospitalario de emergencia; Causas externas; Anciano.

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM. E-mail: gabrielly_102@hotmail.com

² UFMT.

³ Universidade Federal de São Paulo-Unifesp.

INTRODUÇÃO

As causas externas são definidas como traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, de natureza intencional ou não, com início súbito, tendo como consequência imediata à violência ou outra causa exógena. Compreendem lesões provocadas por eventos no transporte, quedas, homicídios, afogamentos, queimaduras, agressões, dentre outros^(1,2).

O trauma é conceituado como um conjunto de lesões anatômicas em diferentes segmentos do organismo, ocasionado pelo impacto e troca de energia entre o meio e as estruturas corporais, como pele, músculos, ossos, órgãos internos, vasos e nervos, geralmente em decorrência de causas externas⁽³⁾.

Tais agravos de saúde têm se configurado como importante e complexo problema de saúde pública a ser enfrentado no Brasil e no mundo, pois envolvem altas taxas de morbimortalidade, perda de anos potenciais de vida produtiva, altos custos e situações de conflito para o indivíduo, família e sociedade^(2,3).

Estudos epidemiológicos apontam que a mortalidade por trauma corresponde a 10% de todas as causas de morte no mundo, ocasionando mais de 5,8 milhões de óbitos por ano, representando cerca de 9% das taxas de mortalidade mundial e um custo de bilhões de dólares para a sociedade. Mundialmente, cerca de nove pessoas morrem por minuto em razão de traumas, ocorrendo em todas as faixas etárias, o que representa 12% do custo das doenças. Estima-se que até 2020 mais de uma entre 10 pessoas venham a óbito por trauma no mundo, prevendo-se que esta proporção poderá ser ainda maior até 2030, caso não sejam tomadas medidas preventivas⁽⁴⁾.

As causas externas (traumatismos, acidentes e violências) são uma das principais causas de óbitos e incapacidades em mulheres adultas em todas as regiões do mundo. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) observam que os países de baixa renda apresentaram a maior taxa de mortalidade devido aos traumatismos com 28,5 óbitos por cada 100 mil habitantes, sendo que a taxa global foi de 18,3⁽⁵⁾.

Os traumas também são responsáveis pela maioria de incapacitações permanentes e por um alto custo para a sociedade. A maior parte dos traumas ocorre entre pessoas de 5 a 44 anos, ou seja, crianças, jovens e adultos jovens^(1,5).

As lesões decorrentes de acidentes e violências representam a primeira causa de morte no país. Dados epidemiológicos de 2016 indicam 155.861 óbitos por causas externas no Brasil, sendo que 54.554 foram na

região sudeste, 14.032 no estado de Minas Gerais e 204 casos registrados no município investigado, e no ano de 2017 foram realizadas 1.153.639 internações devido a causas externas variadas⁽⁶⁻⁹⁾.

O trauma tem como consequência uma série de questões sociais e econômicas por ocasionar danos graves para a vítima, levando-a a diferentes graus de incapacidade, ou até mesmo o óbito. Com o advento dos traumas, os custos das internações se tornam mais alto, gerando problemas significativos ao sistema de saúde⁽¹⁰⁾.

Estudos realizados sobre a evolução da morbidade por causas externas no Brasil demonstram que as quedas aparecem como primeira causa de atendimento nos setores de emergência, tendo maior impacto entre mulheres idosas⁽¹¹⁻¹⁵⁾. As quedas são definidas como um evento multifatorial, classificado como não intencional que tem como característica a mudança de posição da pessoa para o nível mais baixo em relação à posição inicial⁽¹⁶⁾.

No Brasil, as quedas vêm se destacando entre as causas externas com grande impacto no perfil de mortalidade na população e ampla relevância na morbidade. Estudos descrevem o aumento anual de óbitos por quedas, mostrando a representatividade destes eventos no padrão de mortalidade entre os brasileiros⁽¹²⁻¹⁵⁾, que vão ao encontro dos dados mundiais.

Cerca de 30% a 35% das pessoas com mais de 65 anos experienciam o evento queda ao menos uma vez ao ano no mundo, subindo essa proporção para 32% a 42% para nas pessoas acima dos 70 anos. Esses índices tendem a aumentar de acordo com a idade e o grau de vulnerabilidade. Os idosos institucionalizados sofrem mais quedas dos que os que vivem na comunidade. Entre 30% e 50% dos idosos que vivem em casa de repouso sofrem quedas, a cada ano, e 40% delas experimentam quedas recorrentes⁽¹⁶⁾.

O número de mortes nos Estados Unidos associadas ao evento queda em idosos acima de 65 anos de idade é de 38,6 numa população de 100.000, (46,2 para homens e 31,1 para mulheres). Já no Canadá esse índice no mesmo grupo etário é menor, 9,4 para uma população de 100.000⁽¹⁶⁾.

No Brasil, dados apontam que a taxa de mortalidade por quedas em idosos aumentou significativamente em seis anos, passando de 12,5, por 100.000 em 1996, para 37,5 em 2012, um aumento de 200% no período, e 15% ao ano. A probabilidade de óbitos em decorrência de quedas é estatisticamente maior para o gênero feminino, na faixa etária acima de 69 anos^(12,16).

Diante da literatura observa-se que as internações por quedas têm se mostrado como agravo de grande relevância para a saúde pública, o que justifica o delineamento do perfil dessas vítimas para fornecimento de informações ao poder público dos três níveis de governo, em especial o municipal, subsidiando políticas e ações de prevenção e controle destes agravos; ressalta-se também a importância desses dados para organização dos serviços hospitalares e pré-hospitalares fixos.

Este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico das vítimas de queda segundo as variáveis sexo, idade, cor da pele, grau de instrução e área corporal afetada. Em relação às ocorrências objetiva-se identificar a frequência desses eventos, segundo as variáveis: mês, dia da semana, período da ocorrência e condições de alta das vítimas, atendidas na Unidade de Pronto Socorro Adulto de um hospital público de ensino do interior de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Estudo transversal, retrospectivo através de análise documental de pacientes atendidos em um hospital público de ensino de alta complexidade, referência para 27 municípios da macrorregião do Triângulo Sul do estado de Minas Gerais.

Os dados coletados se referem aos anos de 2014 e 2015, obtidos no período de julho a agosto de 2016 no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital investigado, tendo como base de dados os prontuários dos pacientes atendidos no serviço. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa local, sob parecer nº 1.638.670.

Os critérios de inclusão foram: vítimas de queda com idade a partir de 14 anos, pois a Unidade de Pronto Socorro Adulto da instituição investigada atende pessoas a partir desta idade. Foram excluídos da coleta prontuários não encontrados ou que estavam incompletos de tal forma que impediram o preenchimento do instrumento da coleta.

O cálculo do tamanho amostral considerou prevalência de acidentes de 60%, precisão de 5% e intervalo de confiança de 95% para uma população finita de 3.598 atendimentos por trauma, chegando-se à amostra de 335 sujeitos. Considerando-se uma perda de amostragem de 20%, o número máximo de prontuários foi de 419. A partir da amostra inicial, foram selecionados todos os casos de acidentes por quedas, totalizando 157 prontuários.

Para coleta de dados adaptou-se o inquérito do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA, que analisa a tendência das violências e acidentes e delinea o perfil das vítimas de violências (interpessoais ou autoprovocadas) e acidentes (trânsito, quedas, queimaduras) atendidas em unidades de urgência e emergência selecionadas⁽⁷⁾.

A primeira parte do instrumento utilizado foi composta por dados de identificação da vítima (sexo, idade, cor da pele e grau de instrução). A segunda parte foi relacionada à caracterização dos acidentes, contendo as variáveis: mecanismo do trauma, região corporal atingida e complicações decorrentes da internação, período do dia, dia da semana e mês da ocorrência e condições de alta.

Para a classificação de condições de alta hospitalar utilizou-se a estratificação em graus de incapacidade funcional de acordo com a Escala de Rankin de Incapacidade Funcional Modificada, validada no Brasil e adaptada a esse estudo^(17,18). A escala de Rankin Modificada é subdividida em seis (6) categorias, sendo que o grau 0 corresponde a indivíduos sem sintomas residuais, o grau 5 a indivíduos com incapacidade grave, restrito no leito ou na cadeira, geralmente incontinente, e em estudos clínicos, eventualmente agrega-se o escore 6, correspondente ao óbito⁽¹⁸⁾.

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica utilizando *Microsoft Excel*, versão 2010, sendo realizada dupla digitação. Posteriormente os dados foram importados e analisados pelo programa *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. Os dados são apresentados por análise estatística descritiva simples, e medida de tendência central.

RESULTADOS

Dos 443 prontuários analisados, a queda foi o mecanismo de trauma mais frequente, com 157 (35,4%) vítimas, seguido pelos acidentes motociclísticos, 89 (20,1%) vítimas, e outros traumas, com 53 (12%) vítimas. Foram inclusos como outros as vítimas de acidentes de trabalho e ofídicos.

Das variáveis sociodemográficas, prevaleceu o sexo masculino, 63,1%, com idade acima de 50 anos (58,6%). Com referência a cor da pele autorreferida, das 157 vítimas, a maioria se declarou como branca (n=103, 65,6%) e morena (n=41, 26,1%).

Quanto ao nível de escolaridade prevaleceram pessoas com baixa escolaridade, 29 (18,5%). Vale destacar que esse dado não foi mencionando em 116 (73,9%) prontuários (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição em frequência e porcentagem dos dados sociodemográficos das vítimas por quedas, Uberaba, MG, Brasil, 2016 (N=157).

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	99	63,1
Feminino	58	36,9
Idade		
14 a 20 anos	6	3,8
21 a 30 anos	13	8,3
31 a 40 anos	27	17,2
41 a 50 anos	19	12,1
51 a 60 anos	30	19,1
>60 anos	62	39,5
Cor da pele* (autorreferida)		
Branca	103	65,6
Morena	41	26,1
Parda	7	4,5
Negra	2	1,3
Não mencionada	4	2,5
Grau de instrução		
Ensino Fundamental Completo	10	6,4
Ensino Fundamental Incompleto	19	12,1
Ensino Médio completo	11	7,0
Ensino Médio Incompleto	0	0,0
Ensino Superior Completo	0	0,0
Ensino Superior Incompleto	0	0,0
Analfabeto	1	0,6
Não mencionado	116	73,9

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística HC-UFTM.

*Dado obtido conforme descrito na ficha de internação do serviço.

As vítimas de quedas apresentaram pelo menos um tipo de lesão, totalizando 169 lesões. A região corporal que mais atingida foi a dos membros superiores, 64 (40,8%), seguida dos membros inferiores, 60 (38,2%) e as lesões cranianas 25 (15,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição em frequência e porcentagem de lesões por quedas segundo a região corporal e complicações durante a internação, Uberaba, MG, Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Região Corporal		
Membros superiores	64	37,9
Membros inferiores	60	35,5
Crânio	25	14,8
Tórax	5	3,0
Abdome	4	2,3
Coluna vertebral	4	2,3
Outros	3	1,8
Face	2	1,2
Pescoço	1	0,6
Superfície Externa	1	0,6
Baço	0	0,0
Não mencionado	0	0,0
TOTAL	169	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística HC-UFTM.

Quanto às complicações durante a internação, constatou-se que a maioria não apresentou complicações, 90 (57,3%). As complicações como lesões cutâneas, broncopneumonia, sepse, infecção do trato urinário, juntas apresentaram um índice inferior a 13%, e somente 5,7% das vítimas apresentaram complicações graves como parada cardiorrespiratória e embolia pulmonar.

Ao analisar os aspectos relacionados às internações, foi possível identificar que os meses que mais se registraram admissões por quedas foram maio e julho com o mesmo número de internações, 19 (12,1%). Os demais meses apresentaram média de 13,8 internações.

Quanto ao dia da semana que mais se destacou foi a quinta feira, 27 (17,2%), porém da mesma forma que os meses do ano, houve pouca variação entre os demais dias, mantendo-se uma média de 22,4 acidentes por dia.

Já o período do dia que prevaleceram os atendimentos no período vespertino, 59 (37,6%), enquanto que a média de atendimento por período foi de 52 (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição em frequência e porcentagem segundo aspectos relacionados à internação, Uberaba, MG, Brasil, 2016 (N=157).

Variáveis	N	%	Média
Mês			13,08
Janeiro	11	7,0	
Fevereiro	10	6,4	
Março	13	8,3	
Abril	10	6,4	
Mai	19	12,1	
Junho	11	7,0	
Julho	19	12,1	
Agosto	12	7,6	
Setembro	12	7,6	
Outubro	14	8,9	
Novembro	13	8,3	
Dezembro	13	8,3	
Dia da semana			22,42
Domingo	20	12,7	
Segunda Feira	25	15,9	
Terça Feira	19	12,1	
Quarta Feira	23	14,6	
Quinta Feira	27	17,2	
Sexta Feira	25	15,9	
Sábado	18	11,5	
Período			52,0
Matutino	40	25,5	
Vespertino	59	37,6	
Noturno	57	36,3	
Não mencionado	1	0,6	

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística HC-UFTM.

Dentre as classificações de incapacidade referentes às condições de alta, prevaleceu o quadro de baixa incapacidade, quando somados os pacientes assintomáticos, sem incapacidade e com incapacidade leve, com 80 (51,0%) vítimas (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição em frequência e porcentagem quanto às condições de alta de vítimas de queda segundo Escala de Rankin modificada, Uberaba, MG, Brasil, 2016 (N=157)

Condições	N	%
Assintomático (0)	12	7,6
Sem incapacidade significativa (1)	22	14,0
Incapacidade Leve (2)	46	29,4
Incapacidade Moderada (3)	29	18,5
Incapacidade Moderadamente Grave (4)	18	11,4
Incapacidade Grave (5)	15	9,5
Óbito (6)	10	6,4
Não mencionado	5	3,2
TOTAL	157	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatística HC-UFTM.

DISCUSSÃO

Os dados deste estudo demonstram a queda como principal causa de trauma, coincidindo com outros estudos onde as quedas foram a primeira causa de atendimentos por causas externas em pessoas acima de 50 anos^(6,13-15). Outros estudos demonstram que as pessoas com faixa etária mais elevada estão mais predispostas à queda, contribuindo para o aumento de hospitalizações e até mesmo a mortalidade em idosos^(11,16).

As causas de queda em idosos são várias, como os déficits físicos, cognitivos, redução da percepção espacial do corpo, que afetam o equilíbrio, a marcha, a postura e o movimento e terapia medicamentosa. É importante destacar também os fatores ambientais como má iluminação, ambiente em desnível, presença de escadas, condições essas que podem facilitar a ocorrência desse evento adverso^(16,19).

Outra condição que predispõe o idoso à queda são as modificações no organismo e comprometimento ósseo e motor das regiões corporais decorrentes do processo de envelhecimento. A diminuição da densidade óssea e de massa muscular reduz a força física, tornando-se assim um importante fator relacionado à queda, pois, com essas alterações ocorre aumento das sobrecargas impostas a essas estruturas⁽²⁰⁾.

Observou-se neste estudo que a maioria das vítimas de queda (65,6%) possuía cor de pele branca. Esses dados se assemelham aos resultados encontrados em estudo realizado num hospital público da cidade de São Paulo que demonstra que 73% dos pacientes idosos vítimas de quedas da própria altura eram brancos⁽²¹⁾.

Outro estudo realizado em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) em algumas capi-

tais brasileiras sobre acidentes de trânsito e quedas descreveu o perfil de idosos acidentados no trânsito vítimas de quedas predominando idosos com cor de pele parda⁽²²⁾.

Nos prontuários com a informação referente à escolaridade, 12,1% das vítimas apresentaram ensino fundamental incompleto, dado esse coincidente a outros estudos onde a maior parte das vítimas de quedas apresentou baixo nível de escolaridade^(12,13,15).

Outro estudo de coorte prospectivo realizado com 224 idosos observou que dentre as características sociodemográficas obtidas junto aos sujeitos, a baixa escolaridade foi a variável preditora de queda que apresentou maior significância estatística ($p = 0,031$)⁽²³⁾.

Nesse sentido, a baixa escolaridade implica na necessidade de que o atendimento por parte dos profissionais de saúde às vítimas de queda que são idosos seja realizado de forma clara, compreensiva e paciente, para que possibilite ao usuário entendimento adequado em relação ao seu tratamento⁽²⁴⁾.

Verificou-se predomínio das lesões em membros superiores, seguido dos membros inferiores e crânio, realidade retratada em outros estudos realizados no norte, nordeste e sul do país. Esses estudos constataram predominância de fraturas de rádio, ulna, úmero e fêmur, decorrentes de queda⁽⁷⁻⁹⁾.

Em relação aos atendimentos, identificou-se neste estudo que os meses de maior admissão hospitalar por quedas foram maio e julho, nos dias de quinta-feira no período vespertino. Os dados observados nesta pesquisa referentes ao dia da semana e período da ocorrência coincidem com os registrados no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA, obtidos nos anos de 2009, 2010 e 2011⁽⁷⁾.

Estudo realizado na região sul indica relação entre a estação do inverno e o aumento das quedas entre idosos. Observou-se que nos meses mais frios, entre maio e agosto, a mobilidade dos idosos fica afetada, em decorrência da diminuição dos reflexos e necessidade de vestuários mais pesados, o que pode desestabilizar seu equilíbrio⁽²⁵⁾.

Segundo este estudo, quando as temperaturas caem próximas a zero, incidem frieza, umidade intensa, alta velocidade do vento, possibilidade de geadas, neve e chuvas, contribuindo para o aumento da frequência de quedas e fraturas entre os idosos. Outro aspecto importante é a nictúria decorrente

da ingesta de líquidos, devido a menor quantidade de sudorese que apresentam, tornando-os vulneráveis as quedas⁽²⁵⁾.

As condições de alta hospitalar das vítimas foram classificadas por meio da aplicação da Escala de Rankin modificada e adaptada. A maioria das vítimas de queda obteve alta hospitalar apresentando incapacidade leve, impossibilitadas por realizar tarefas que realizava anteriormente, mantendo certo grau de dependência para as atividades da vida diária.

As quedas têm se apresentado como fatores adicionais e agravantes para a população idosa, pois restringe ou dificultam as atividades de vida diária dessa população⁽²³⁾.

Como limite desta pesquisa destaca-se o fato de ter sido realizada em apenas uma instituição de saúde, mesmo que esta seja uma unidade de referência para outros 27 municípios de uma macrorregião de saúde, tornando difícil as generalizações.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que eventos traumáticos por queda acontecem entre pessoas idosas, do sexo masculino, determinando lesões de membros superiores e inferiores e condições de alta hospitalar com grau de incapacidade funcional leve.

Há a necessidade de se investigar outros fatores que, por exemplo, podem determinar a ocorrência de trauma por queda, como uso de medicamentos, acessibilidade, comorbidades associadas, condições climáticas, que permitiriam um maior conhecimento dessa realidade.

Apesar dos limites, esse estudo demonstrou a importância de se delinear o perfil das vítimas de trauma por queda, identificando os agravos relevantes à saúde e principalmente as condições de alta, para subsidiar a elaboração do plano de alta e referenciá-los aos serviços de atenção primária à saúde.

Espera-se que este estudo contribua para a organização dos serviços de saúde e do trabalho da enfermagem, subsidiando a elaboração de políticas públicas voltadas para prevenção e controle desses agravos.

Ressalta-se que as incapacidades funcionais geradas pelas quedas impactam negativamente na qualidade de vida dos idosos, necessitando sensibilidade das autoridades para a prevenção desses eventos adversos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2014. Geneva WHO, 2014. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 462 p.
3. Soller ICS, Poletti NAA, Beccaria LM, Squizzato RH, Almeida DB, Matta PRA. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismos faciais atendidos em emergência hospitalar. REME - Rev Min Enferm. 2016; [cited 2018 May 14]; 20:e935. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1069> doi: 10.5935/1415-2762.20160005
4. Bartolomeos K, Kipsaina C, Grills N, Ozanne-Smith J, Peden M. Fatal injury surveillance in mortuaries and hospitals: a manual for practitioners. [Internet] Geneva, World Health Organization. 2012 [cited 2018 Aug 12]; 92 p. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/fatal_injury_surveillance/en/
5. WHO. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. [Internet] Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 Aug 20]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/
6. Campos MR, Doellinger VR, Mendes LVP, Costa MFS, Pimentel TG, Schramm JMA. Morbidity and mortality associated with injuries: results of the Global Burden of Disease study in Brazil, 2008. [Internet] Cad. Saúde Pública. 2015 [cited 2018 May 14]; 31(1):1-17 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000100121&script=sci_arttext&lng=pt
7. Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [Acesso em 05 fev 2017]. Disponível: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf
8. DATASUS. [Internet] Informações de saúde estatística vitais: Óbitos por causas externas, 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Aug 21]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br>
9. DATASUS. [Internet]. Informações de saúde: Epidemiológicas e Morbidade. Causas Externas, por local de internação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 mai 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br>
10. Mascarenhas MDM, Barros MBA. Evolution of public health system hospital admissions due to external causes - Brazil, 2002-2011. [Internet] Epidemiol. Serv. Saúde. 2015 [cited 2018 May 12]; 24(1):19-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00019.pdf>
11. Stamm B, Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Menezes LP. To fall out is a part of life: Risk factors for falls in the elderly. [Internet] J. res.fundam. care. 2016 [cited 2018 May 14]; 8(4):5080-86. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3984/pdf_1
12. Santos RKM, Maciel ACC, Britto HMJS, Lima JCC, Souza TO. Prevalence and factors associated with the risk of falls among the elderly registered in a primary healthcare unit of the city of Natal in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. [Internet] Ciência & Saúde Coletiva. 2015 [cited 2018 May 12]; 20(12):3753-3762. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n12/3753-3762/pt>
13. Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Mortality caused by accidental falls among the elderly: a time series analysis. [Internet] Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2015 [cited 2018 May 15]; 18(4):769-778. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00769.pdf
14. Rosa TSM, Moraes AB, Peripolli A, Santos Filha VAV. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. [Internet] Rev. bras. geriatr. gerontol. 2015 [cited 2018 May 15]; 18(1):59-69. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00059.pdf>
15. Abreu DROM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Fall-related admission and mortality in older adults in Brazil: trend analysis. Ciênc. saúde coletiva. 2018. [cited 2018 Aug 24]; 23(4):1131-41. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.09962016>
16. Williams JS, Kowal P, Hestekin H, O'Driscoll T, Peltzer K, Yawson A et al. Prevalence, risk factors and disability associated with fall-related injury in older adults in low- and middle-income countries: results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). [Internet] BMC Medicine. 2015 [cited 2018 Aug. 21]; 13:147. Available from: <http://doi.org/10.1186/s12916-015-0390-8>
17. Broderick JP, Adeoye O, Elm J. Evolution of the Modified Rankin Scale and its use in future stroke trials. [Internet] Stroke. 2017 [cited 2018 May 16]; 48(7): 2007-2012. Available from: <http://stroke.ahajournals.org/content/48/7/2007.short>
18. Baggio JAO, Santos-Pontelli TEG, Cougo-Pinto PT, Camilo M, Silva NF, Antunes P, et al. Validation of a structured interview for telephone assessment of the Modified Rankin Scale in Brazilian stroke patients. [Internet] Cerebrovasc Dis. 2014 [cited 2018 May 17]; 38:297-301. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/367646>
19. Santos AMR, Pereira DBD, Carvalho LCS, Madeira MZA, Andrade EMLR. Acidentes domésticos em idosos atendidos em um hospital de urgência. Rev. Eletr. Enf. 2016 [cited 2018 May 17]; 8:e1169 Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36569/21676>
20. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Rojas Huayta VM, Robazzi MLCC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. [Internet] Rev Esc Enferm USP. 2016 [cited 2018 May 17]; 50(6):1003-1010. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n6/pt_0080-6234-reeusp-50-06-01005.pdf
21. Maeshiro FL, Lopes MC, Okuno MF, Campanharo CR, Batista RE. Functional capacity and severity of trauma in the elderly. [Internet] Acta Paul Enferm. 2013 [cited 2018 May 17]; 26(4):389-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a14.pdf>
22. Freitas MG, Bonolo PF, Moraes EM, Machado CJ. Elderly patients attended in emergency health services in Brazil: a study for victims of falls and traffic accidents. [Internet] Ciência & Saúde Coletiva. 2015 [cited 2018 May 17]; 20(3):701-712. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n3/701-712/pt>
23. Abreu HCA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Abreu DROM, Oliveira AD. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. [Internet] Rev Saúde Pública 2015 [cited 2018 May 18]; 49:37. Available from: www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005549.pdf
24. Biasoli TR, Moretto MC, Guariento ME. Low education level and mental illness in older adults: Possible correlations. [Internet] Rev. Ciênc. Méd. 2016 [cited 2018 May 18]; 25(1):1-10. Available from: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2952>
25. Caberlon IC, Bós AJG. Seasonal differences in falls and fractures among the elderly in the southern Brazilian state of Rio Grande do Sul. [Internet] Ciência & Saúde Coletiva. 2015 [cited 2018 May 18]; 20(12):3743-3752. Available from: www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3743.pdf

RECEBIDO EM 11/01/2018.
ACEITO EM: 24/07/2018.

LIDERANÇA EM ENFERMAGEM: ABORDAGEM ECOSSISTÊMICA COM IMPACTO NO CUIDADO

Liliane Alves Pereira¹, Aline Marcelino Ramos¹, Claudia Denise Schallenberger¹, Martha Cezar Vaz¹, Edison Luiz Devos Barlem¹

Objetivo: Refletir sobre o exercício da liderança em enfermagem a luz dos princípios da Sistêmica de Frontier, como razão das ações dos profissionais de enfermagem, o cuidado, este permeia todas as esferas do ser e fazer-se enfermeiro. **Desenvolvimento:** a partir do referencial sistêmico de Frontier, de teóricos da liderança em enfermagem, que primam pelo cuidado nas relações pessoais, interpessoais e interprofissionais considerando não ser possível liderar sozinho, como também não é possível cuidar sozinho, que a liderança e o cuidado precisam estar entrelaçados numa teia de relações que fará das atividades ações exitosas que poderão emergir novas ações capazes de contagiar o ambiente que o cerca, cientes de que o todo interfere nas partes e que as partes só têm sentido se estiver emaranhada no todo.

Descritores: Liderança; Enfermagem; Ecosistema.

LEADERSHIP IN NURSING: ECOSYSTEM APPROACH WITH THE IMPACT CARE

Aim: To reflect on the nursing leadership exercise in the light of the principles of the Frontier Systemic, as a reason for the actions of nursing professionals. **care,** this permeates all spheres of being and become a nurse. **Development:** from Frontier's systemic referential, nursing leadership theorists, who care for personal, interpersonal and interprofessional relationships considering that it is not possible to lead alone, nor can care alone, that leadership and care need be intertwined in a web of relationships that will make activities successful actions that may emerge new actions capable of infecting the surrounding environment, aware that the whole interferes in the parts and that the parts only make sense if it is entangled in the whole.

Descriptors: leadership; nursing; ecosystem

LIDERAZGO EN LA ENFERMERÍA: ENFOQUE DE ECOSISTEMA CON PRECAUCIÓN EN IMPACTO EN LA ATENCIÓN

Objetivo: reflexionar sobre el ejercicio del liderazgo en enfermería la luz de los principios de la Sistémica de Frontier, como razón de las acciones de los profesionales de enfermería, el cuidado, éste atraviesa todas las esferas del ser y hacerse enfermero. **Desarrollo:** a partir del referencial sistémico de Frontier, de teóricos del liderazgo en enfermería, que priman por el cuidado en las relaciones personales, interpersonales e interprofesionales considerando no ser posible liderar solo, como tampoco es posible cuidar solo, que el liderazgo y el cuidado necesitan estar entrelazados en una red de relaciones que hará de las actividades acciones exitosas que podrán emerger nuevas acciones capaces de contagiar el ambiente que lo rodea, conscientes de que el todo interfiere en las partes y que las partes sólo tienen sentido si están enmarañadas en el todo.

Descritores: Liderazgo; enfermería; ecosistema

¹ Universidade Federal do Rio Grande-FURG.

INTRODUÇÃO

A abordagem ecossistêmica identifica e avalia a importância dos diferentes determinantes da saúde de um ecossistema e seus convivas. Estes determinantes podem então ser usados para desenvolver uma resposta social adequada e medir a eficácia de intervenções^(1,2).

O (re) pensar as práticas cotidianas na relação com o ecossistema, abarca as práticas pessoais e sociais, e as ações do ser humano refletem no todo. Vale recordar que, as omissões não são ausências de decisões, mas são as capacidades de decidir por não decidir. Nesta definição encontra-se a singularidade do ser humano⁽³⁾. Esta decisão perpassa as diferentes realidades do ser humano e o faz ser quem se é nas suas ações cotidianas, o que tende a promover ações mais sólidas ou não. Aqui reside uma linha tênue entre o ser e o fazer da enfermagem na visão ecossistêmica, pois o termo ecossistema compete à dinâmica, interação e relação natural dos organismos e seu ambiente^(4,5). As atividades essenciais de enfermagem competem à dinâmica dos relacionamentos de todos interagindo dentro dos ambientes, pois cada um manifesta sua necessidade e o profissional tende a estabelecer vínculos equânimes⁽³⁾. A equidade em saúde está pautada no olhar diferenciado em que conceito de cuidado esta permeado pelas experiências pessoais e culturais do que é cuidar e do que é ser cuidado, pois as mudanças sociais e culturais influenciam na expressão do cuidado e na equidade em saúde,

reconhecendo o ambiente, deixando emergir as ações necessárias aos cuidados da saúde populacional⁽⁷⁾. Neste enfoque a liderança em enfermagem tem a habilidade, competência e dever de ser o elo entre o ambiente e os pares responsáveis por ações de cuidado desenvolvendo a sensibilidade frente as situações de vulnerabilidade dos pacientes e do ambiente promovendo um cuidado integrado⁽⁸⁾.

Ao abordar os três princípios da sistêmica considera que o princípio da dependência interativa é o elemento em que nada se faz ou se constrói sozinho, todos os elementos só o são na relação⁽⁹⁾. Todavia, esta própria relação ganha sentido quando ocorre um princípio de emergência, de uma entidade global nova em relação aos elementos e exerce interatividade com o meio; este segundo princípio dá sentido ao primeiro, pois não basta possuir uma inter-relação, ela deve transformar os pares e o meio e se deixar transformar por ele. O terceiro princípio versa que existe um princípio de efeito de retorno do todo sobre as partes, pois não é apenas o novo emergente que influencia, mas ambos interagem e criam auto-organizações capazes de fortalecer as relações entre si e com o ambiente interno e externo. Assim este artigo tem como objetivo refletir sobre a lide-

rança em enfermagem e seus impactos no cuidado a partir dos princípios da Sistêmica de Frontier.

Trata-se de um estudo de reflexão da disciplina Trabalho da Enfermagem/Saúde no Contexto Socio-ambiental, no Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande.

A liderança é uma habilidade construída ao longo do processo de vida, e solidifica-se a partir das experiências relacionais que o ser humano faz consigo mesmo, com pessoas e o ambiente. Dessa forma, a liderança é um importante componente para a criação de um clima favorável, harmonioso e menos conflituoso para os profissionais de saúde e para o paciente⁽¹⁰⁾.

A liderança exige inter-relação entre todos os elementos existentes na cultura organizacional, pessoal, coletiva e institucional. Ao líder cabe o papel de criar, manter ou readequar modelos com múltiplos protagonistas, inclusivo a si para que o objetivo comum seja alcançado como um processo construtivo e jamais acabado⁽¹¹⁾.

A Liderança em enfermagem só tem sentido se for desenvolvida com o objetivo de promover o bem-estar integral e social das pessoas e da realidade. Assim, pressupõe uma liderança pautada no simbólico⁽¹²⁾.

A partir do exposto os princípios da sistêmica traz em si um olhar ecossistêmico para a liderança fundamentada nas (inter) relações, construída para que o cuidado em enfermagem seja desenvolvido à luz do ser e fazer integrador.

PRINCÍPIO DE DEPENDÊNCIA INTERATIVA

A liderança em enfermagem se entrelaça e se constrói mediante as relações de dependência de uns com os outros e destes com o meio, assim as relações interpessoais são atributos no processo de construção do enfermeiro líder. A capacidade do enfermeiro em interagir com diferentes setores do ambiente, construindo uma rede de inter-relações favoráveis, reflete a maturidade do enfermeiro e torna-se um espelho a ser seguido⁽¹³⁾. Há corresponsabilidade nas ações de cuidado de modo que todos os envolvidos sintam-se protagonistas de suas ações.

Se ocorrer um isolamento destes elementos da liderança as relações ficam falhas e torna-se impossível manter o meio. Quando, este isolamento ocorre o cuidado não é realizado de forma holística, as ações no ambiente apresentam-se fragmentadas e as relações frágeis. O isolamento acarreta modificação do elemento e repercute na liderança, no processo e ações de cuidado. Com este olhar não se pode agir sobre um elemento da liderança (líder, equipe e ambiente) sem que esta ação repercute sobre os outros⁽⁹⁾. Dada a sua natureza integrada e holística, esta abordagem integra o conhecimento local para a realização de pesqui-

sas e intervenções resultantes da ação. Reconhece a comunicação como um fator determinante no processo de cuidar e de liderar^(2,14).

As relações interpessoais, interprofissionais e interdisciplinares tem uma ênfase neste princípio, pois a interdependência mencionada anteriormente considera que um determinado efeito sobre uma das áreas de atuação repercute em outras áreas far-se-á um efeito cascata a médio prazo podendo interagir no elemento de partida como um efeito retorno⁽¹⁰⁾.

Esta habilidade de percepção que o elemento inicial pode contornar a cadeia de interatividade e influenciar o elemento de partida faz com que o líder reconheça a habilidade do outro, a tensão de ambos e a busca de um equilíbrio pessoal e harmonioso consigo mesmo e com a realidade que o cerca, ele entende que não é o centro das atenções e muito menos das ações⁽¹³⁾. Acreditar neste potencial e perceber que a diferença é a mola propulsora para o cuidado e pode ajudá-lo a firmar sua liderança e reconhecer a equidade, singularidade e individualidade como parte desta fase.

Aqui reside uma linha tênue entre o ser e o fazer da enfermagem na visão ecossistêmica, pois o termo ecossistema compete à dinâmica, interação e relação natural dos organismos e seu ambiente. Essa dinamicidade advém das diferenças, das singularidades culturais e sociais em que o ser humano estabelece suas relações⁽¹⁵⁾.

PRINCÍPIO DA EMERGÊNCIA DE UMA ENTIDADE GLOBAL NOVA EM RELAÇÃO AOS ELEMENTOS E INTERATIVIDADE COM O SEU AMBIENTE

A tensão mencionada faz parte da busca por uma nova entidade global capaz de integrar as relações nas suas diferentes nuances da liderança. Esta visão integradora do enfermeiro líder faz com que este se atente para o desgaste que pode ocorrer quando um dos elementos novos emerge para uma mudança ou até uma reorganização em virtude da necessidade de saber priorizar, o que precisa ser o objetivo comum da equipe.

Esta diversidade vale para a gestão, pois dará ao cenário uma tonalidade de equilíbrio e sustentabilidade diante das adversidades que o cuidado pode se manifestar, será esta diversidade quem tornará o sistema mais forte e mais integrador. A busca cotidiana de equilíbrio e harmonia levará o líder e o ambiente a reconhecer o que se é (certezas e incertezas, fragilidades e potencialidades) estimulando a sensibilidade moral⁽⁸⁾.

Estes elementos pessoais emergentes integrados aos elementos já existente fortalece o cuidado em enfermagem e baliza as ações e o objetivo comum vai ganhando contornos à luz do novo emergente, as ações de cuidado

são resignificadas e fortalecidas. Portanto, o cuidado não foi mudado, ele foi redimensionado e recebeu novo sentido a partir da interatividade.

Ao trabalhar com as tendências e considerar o que significaria para alterar cenários prováveis através de planejamento intencional, é possível basear-se no futuro pretérito, as escolhas e compromissos que são feitos neste momento, e decisões que forem tomadas agora⁽¹³⁾. Este é o sentido do novo emergente, que dará sustentabilidade ao futuro, terá sua influência no agora, e envolverá cada profissional neste processo de mudança.

É importante gerir o sistema (*as relações*) atentos para a não dominação, capaz de mensurar necessidade do ecossistema (*inter-relacionar*). A busca pelo equilíbrio deste novo emergente requer o desenvolvimento e a interação deste com a realidade, com o ambiente e com os pares no cuidado. Ou seja, a liderança em enfermagem vislumbra nas relações, novos caminhos necessários para estabelecer processos de hierarquização onde os elementos emergentes surgem como um fio condutor auto-organizado^(9,16).

Contudo, os novos elementos não são partes que emergiram para somar as primeiras, mas surgem para dar sentido, reorganizar ou auto-organizar o que existia, o conjunto é mais do que a soma das partes, podendo ser multifacetado para o estudo, mas jamais para uma visão intervencionista, pois as relações produzem em si mesmas suas próprias interações, significando a si e aos que os cercam⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Desta forma, as relações se fazem construídas e reconstruídas em toda parte e cotidianamente, assim como o é a liderança, para que uma e outra se processem de forma coerente e eficaz é importante conhecer suas inter-relações. A liderança se complementa ao exercício do poder para constituírem a seiva que alimenta as ações e relações dos enfermeiros com as diferentes equipes, porque se entende que os sujeitos são participantes ativos no processo de cuidar e exercem o poder como tal⁽³⁾.

A liderança pode potencializar a (re) construção de subjetividades nas equipes enfatizando autonomia, identidade e relações sociais. Esta permite que o enfermeiro ultrapasse as dimensões do imobilismo frente aos estigmas sociais presentes no cotidiano do fazer-se enfermeiro, ao enfrentar as subjetividades e as situações emergentes⁽¹⁹⁾.

Estas inter-relações emergentes na liderança do enfermeiro são frutos da auto-organização que vive em constante oscilação com a realidade, considerando que, o enfermeiro precisa desenvolver uma empatia e um respeito com a realidade que o circunda minimizando as situações críticas.

A enfermagem exercida nesta lógica sabe das suas dores e reconhece seu papel integrador, interlocutor e ator de novos rumos, acolhe esta tensão que vem inebriada no

novo e estabelece confiança, compreensão e autonomia para que se tenha sempre um lugar fecundo para o novo que (re) nasce destas relações que se constroem, desconstroem e reconstroem constantemente.

PRINCÍPIO DE UM EFEITO DE RETORNO DO TODO SOBRE AS PARTES

Este princípio tem sentido quando esta interligado ao anterior, pois de outro modo seu enunciado estaria apenas replicando o que disse o primeiro, sua razão esta no conjunto que age sobre as partes afirmando que o elemento não demonstra mesmo comportamento, mesma dinâmica, mesma evolução se estiver isolado (o que não é possível), se ele estiver integrado num sistema os seus desempenhos dependem do sistema de acolhimento⁽⁹⁾.

Assim é impossível não se modificar diante das relações, não se conseguiu sair de um espaço de diálogo e comunicação da mesma forma que entrou. É mister perceber que o processo de liderança só terá sentido se todos os envolvidos reconhecerem seu papel nos cenário e em si mesmo. O exercício da liderança precisa perpassar três esferas distintas: o conhecimento de si, o objetivo comum e a relação com o outro.

O sentimento de pertencimento torna o ser humano um ser com a natureza, capaz de criar e recriar, com conexão física e sentimental ele sabe que está inter-relação constrói a dinâmica organizacional capaz de definir as atribuições de cada indivíduo no ambiente⁽²⁰⁾, isto é poder. Este poder só poderá ser fidedigno se cada um se reconhecer neste ambiente tão diverso, tão inconstante e tão acolhedor.

Uma perspectiva ecológica na sociedade será criada por meio de um equilíbrio ecológico, enfocando os ambientes imediatos e apreciando a relevância do meio onde a ação do principiante faz o contorno e afeta a ação inicial, resulta no equilíbrio sustentável⁽²¹⁾. Assim, o cuidado que é dispensado não fica sob a proteção dele mesmo, mas interage.

Nesta perspectiva de equilíbrio a liderança é reconhecida como autoridade instituída e deixam-se influenciar por ela, os profissionais com papéis distintos, buscam no cuidado o objetivo comum e no ambiente o sentimento de pertença, pois a comunicação e o diálogo balizam as ações. As funções, papéis e objetivos tornam-se cada vez mais influenciados pelo efeito de retorno que o todo exerce sobre as partes, reconhecendo o valor sistêmico que é o cuidado condicional.

O enfermeiro líder e a organização fomentam nos colaboradores a busca da autonomia e comprometimento para o desenvolvimento das funções. Desta forma, faz-se necessário o reconhecimento das ações em todos os níveis do desenvolvimento do cuidar, através de discussões de aspectos específicos da organização para que todos sai-

bam decidir em diferentes espaços e a partir de suas competências, atribuições e responsabilidades.

Portanto, retorna-se ao princípio de efeito em que o todo influencia as partes e estas influências tem a capacidade de atingir e interagir entre si. Este olhar integrador faz com que a liderança em enfermagem tenha seu sentido se estiver conectado com o cuidado e este for capaz de alcançar outras realidades preponderantes do ambiente de forma contagiante e exitosa.

Partindo desta premissa, é possível afirmar que as relações interpessoais na liderança em enfermagem traz em si mesmas o potencial transformador de intervir positivamente no cuidado, pois ao mesmo tempo em que o novo emergente (processo, comunicações, ações) vem agregar o cuidado como um novo elemento ele, por si só, transforma a liderança e transforma a si mesmo no ato de sua efetivação.

Naturalmente o ser humano tem o hábito de dividir e simplificar para compreender⁽⁹⁾. Todavia, esta simplificação, isolamento ou fragmentação desnatura o sistema. Assim, ao separar a tríade relação, liderança em enfermagem e cuidado, para compreendê-los corre-se o risco de não dar a estes o sentido que eles têm, pois, seu sentido só é completo se for visto de forma integrada e integradora. Existe um sistema de influência mútua no conceito de liderança, onde, a liderança é influenciada pelo meio e o meio a influencia, numa relação de mutualidade, intermediada pela complexidade das relações. Esta complexidade necessita de uma organização bem estruturada à luz da variabilidade que a constitui e cientes dos papéis e das funções que cada um exerce no sistema⁽¹⁸⁾.

O enfermeiro líder conhecendo a complexidade do ambiente de trabalho, necessita de uma variedade e diversidade de inter-relações com base nas regras organizacionais em que pese o fato de que se possa coordenar as partes pela sobrevivência do todo, ou seja, promover uma liderança que possa subsidiar o cuidado com ênfase nas relações saudáveis e sustentáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A liderança como construção pessoal requer do enfermeiro uma capacidade de interação e interrelação com a equipe de trabalho multidisciplinar. As relações tendem a emergir novas formas de cuidado como intuito de aperfeiçoar, balizar e direcionar ações e processos de forma auto-organizada e até renovadora. Estas relações podem ajudar os enfermeiros a reconhecerem o potencial de cada membro da equipe e sua capacidade de ser e fazer-se profissional numa busca constante de aperfeiçoamento. Assim o novo que emergiu, para aprimorar o cuidado já existen-

te, tende a influenciar as ações primeiras e promover uma harmonia e um equilíbrio nas (inter) relações permanecendo um constante aperfeiçoamento de si, das relações e do cuidado. Portanto, conclui que diante dos princípios

da sistêmica de Frontier é possível que o enfermeiro líder deixe nascer o novo que o ajuda a dar sentido ao que já está sendo feito e motive a equipe a perceber que a construção é conjunta e sempre renovável.

REFERÊNCIAS

1. Guerra G, Borde E, Salgado de Snyder VN. Measuring health inequities in low and middle income countries for the development of observatories on inequities and social determinants of health. *International Journal Equity Health* 2016; 15(9).
2. Forget G, Lebel J. An Ecosystem Approach to Human Health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. Suplemento, 2001; 7(2).
3. Rangel, RF, Backes DS, Ilha S, Siqueira HCH, Martins FDP, Zamberlan C. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. *Rev. Rene*. 2017; 18(1): 43-50.
4. Piexak DR, Backes DS, Backes MTS, Santos SSC, Gautério DP, Barlem JGT. Percepção de docentes de enfermagem acerca do ambiente no cuidado ao ser humano. *Revista Enfermagem UERJ*. 2014; 22(4):489-93.
5. Laustsen G. Environment, Ecosystems, and Ecological Behavior: dialogue toward developing nursing ecological theory. *Advances in nursing Science*. 2006; 29 (1): 43-54.
6. Berssaneti FT, Saut AM, Barakat MF, Calarge FA. Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(4):648-55.
8. Baykara ZG, Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nurs Ethics*, 2015; 22(6): 661-75.
9. Frontier S. Sistemas e ecossistemas: definições. In: *Frontier. Os ecossistemas*. Lisboa (PT): Instituto Piaget; 2001: 13-30.
10. Markaroff K, Storch J, Pauly B, Newton L. Searching for ethical leadership in nursing. *Nursing Ethics*. 2014; 21(6): 642-58.
11. Barreto MTS, Kishore A, Reis GG, Baptista LL, Medeiros CAF. Cultura organizacional liderança: uma relação possível? *Rev. Adm*. 2013; 48(1): 34-52.
12. Brady-Schwartz, D.; Spencer, T.; Wilson, B.; Wood, K. Transformational Leadership: Implications for Nursing Leaders in Facilities Seeking Magnet Designation. *AORN*. 2011; 93(6):737-48.
13. Salanova M, Lorente M L, Chambel M J, Martinez IM. Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*. 2011; 67(10): 2256-66.
14. Kaiser JA. The relationship between leadership style and nurse-to-nurse incivility: turning the lens inward. *J Nurs Manag*. 2016.
15. Johansson G, Andersson L, Gustafsson B, Sandahl C. Between being and doing – the nature of leadership of first-line nurse managers and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19(1): 2619-28.
16. Pereira LA, Primo LS, Barlem JGT, Barlem ELD, Ramos AM, Hirsch CD. Nursing and leadership: perceptions of nurse managers from a hospital in southern Brazil. *Rev. de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2015; 7(1): 1875-82.
17. Broca P V, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev. bras. enferm*. 2012; 65(1): 97-103.
18. Moran, E. O método 6: ética. Porto Alegre: Sulina; 2005.
19. Foucault, M. *Microfísica do poder*. 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2008.
20. Anaker A, Elf M. Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scans J. Caring Sci*. 2014 Mar; 1(1): 1-9.

RECEBIDO EM: 18/08/2017.
ACEITO EM: 26/06/2018.

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO TRANSFUSIONAL

Fernanda Forster¹, Arilene Lohn Câmara², Cladis Loren Kiefer Moraes³, Maria Terezinha Honório², Daiana de Mattia², Daniele Delacanal Lazzari⁴

Objetivo: conhecer a percepção dos enfermeiros quanto à assistência de enfermagem no processo transfusional. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida em um hospital geral de grande porte, com a participação de onze enfermeiros. Para interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias: o papel do enfermeiro no processo transfusional; assistência de enfermagem na transfusão sanguínea e suas reações; facilidades e dificuldades do enfermeiro no processo transfusional. **Conclusão:** observou-se que os enfermeiros percebem a importância de sua atuação no processo transfusional, relatam procedimentos indispensáveis à execução do mesmo, a fim de desempenhar com segurança todas as suas atribuições.

Descritores: Enfermagem; Transfusão Sanguínea; Assistência de Enfermagem.

PERCEPTION OF NURSES REGARDING NURSING CARE IN THE TRANSFUSION PROCESS

Objective: to know the perception of nurses regarding nursing care in the transfusion process. **Methodology:** qualitative, exploratory and descriptive research, developed in a large general hospital, with the participation of eleven nurses. For the interpretation of the data, the content analysis was used. **Results:** three categories emerged: the role of nurses in the transfusion process; nursing care in blood transfusion and their reactions; facilities and difficulties in the transfusion process. **Conclusion:** it was observed that nurses perceive the importance of their performance in the transfusion process, report procedures indispensable to the execution of the same, in order to safely perform all their duties.

Descriptors: Nursing; Blood Transfusion; Nursing Care.

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS EN CUANTO A LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL

Objetivo: conocer la percepción de los enfermeros en cuanto a la asistencia de enfermería en el proceso transfusional. **Metodología:** investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, desarrollada en un hospital general de gran porte, con la participación de once enfermeros. Para la interpretación de los datos, se utilizó el análisis de contenido. **Resultados:** surgieron tres categorías: el papel del enfermero en el proceso transfusional; asistencia de enfermería en la transfusión sanguínea y sus reacciones; las facilidades y dificultades del enfermero en el proceso transfusional. **Conclusión:** se observó que los enfermeros perciben la importancia de su actuación en el proceso transfusional, relatan procedimientos indispensables para la ejecución del mismo, a fin de desempeñar con seguridad todas sus atribuciones.

Descriptor: Enfermería; Transfusión Sanguínea; Asistencia de Enfermería.

¹ Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Email: fefoster@hotmail.com.br

² Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

³ Centro Universitário Estácio de Sá, Florianópolis.

⁴ Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

INTRODUÇÃO

A transfusão de sangue é considerada uma forma de tratamento em saúde e uma intervenção essencial, salvadora de vidas. Assim, todos os pacientes que necessitarem de transfusão devem ter acesso seguro a produtos sanguíneos inócuos, incluindo sangue total, componentes sanguíneos lábeis e produtos medicinais derivados do plasma. A transfusão deve ser apropriada às necessidades terapêuticas do paciente, proporcionada em tempo e administrada corretamente⁽¹⁾.

A hemoterapia pode ser considerada uma área relativamente nova na enfermagem, cuja regulamentação nesta especialidade ocorreu apenas na década de 90, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁽²⁾. Contudo, o enfermeiro é parte integrante da equipe multidisciplinar de hemoterapia e tem contribuído para o desenvolvimento do processo hemoterápico⁽³⁾.

A hemoterapia compreende todo o processo de transfusão dos hemocomponentes, desde a captação de doadores até a administração do hemocomponente ao receptor e, posteriormente a hemovigilância, visando atendimento de excelência e qualidade⁽⁴⁾. Mesmo com o avanço tecnológico e todo o cuidado que o procedimento exige, tanto na seleção dos doadores quanto no processamento do sangue e dos seus hemocomponentes, o receptor não está isento de eventuais riscos.

Entre os fatores de risco na terapia transfusional, pode-se apontar as reações transfusionais, que podem ser classificadas quanto a sua gravidade como: leve, que não há risco há vida; moderada, que necessita de intervenção médica para evitar danos e que pode levar a morbidade a longo prazo; grave, que ameaça a vida, sendo necessária a intervenção médica para evitar o óbito; óbito, quando este é atribuído a transfusão⁽⁵⁾.

Dados da União Europeia demonstram que ocorreram 9,8 reações adversas graves para cada 100.000 transfusões de sangue realizadas no ano de 2013. Além disso, constatou-se que cerca de 55% de todas as reações adversas graves são causadas por falha humana. Neste mesmo ano, no Reino Unido, foram relatados 49.000 casos de reações adversas moderadas e 4.500 casos graves⁽⁶⁾.

No Brasil, em 2014, foram registrados 11.247 eventos adversos relacionados à transfusão de sangue. A região que mais notificou foi a região Sudeste com 6.203 casos, seguida pela região Sul, com 2.346 casos. No mesmo período, na análise das notificações de eventos adversos por tipo de gravidade, verificou-se que a gravidade leve representou 82,6%; a gravidade moderada 14,3%; e a grave 2,8% e o óbito em 0,3% dos casos⁽⁷⁾.

A administração de sangue e seus componentes podem desencadear reações adversas, e cabe ao enfermeiro e a equipe multiprofissional o conhecimento necessário para atender

as intercorrências. A identificação de sinais e sintomas é muito importante para definição do tipo de reação transfusional e a conduta terapêutica a ser tomada⁽⁵⁾. Entre os sinais e sintomas que devem ser observados pelo enfermeiro durante o processo transfusional são: dor no local da punção, alteração dos sinais vitais, tremores, calafrios, dor no tórax, dor em abdome/ou flancos, ansiedade, ruborização facial, inquietação e sensação de morte iminente⁽⁶⁾. Desta forma, o enfermeiro deve estar atento às possíveis reações durante todo o processo transfusional. Se as intercorrências não forem conduzidas de maneira eficaz podem ter consequências graves para o paciente, culminando, inclusive, com o óbito^(3,5,8).

É indispensável identificar se os profissionais de enfermagem sentem-se capacitados ao atendimento de paciente antes, durante e após a transfusão, pois são eles que estão à frente do cuidado ao paciente. Eles precisam estar preparados técnica e cientificamente para que o processo possa ocorrer dentro dos parâmetros estabelecidos, reduzindo assim, as intercorrências decorrentes de possíveis condutas inadequadas⁽⁹⁾.

Os benefícios da transfusão do ponto de vista do receptor devem superar os possíveis riscos. Nesta perspectiva, a orientação e o conhecimento do enfermeiro e da equipe de saúde atuam como um diferencial para o sucesso da terapêutica⁽³⁾.

Perante o exposto e a partir do cotidiano profissional das pesquisadoras, surgiu o seguinte questionamento: Qual a percepção dos Enfermeiros quanto à assistência de enfermagem na transfusão sanguínea? Para tanto se buscou identificar o papel do enfermeiro na transfusão sanguínea; identificar a assistência de enfermagem prestada pelo enfermeiro na transfusão de sangue e suas possíveis reações e identificar as facilidades e dificuldades apresentadas pelos enfermeiros na terapia transfusional.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em um hospital público geral, de grande porte, da região Sul do Brasil. O estudo foi desenvolvido com profissionais que trabalhavam no serviço de emergência geral adulto e na unidade de internação clínica, que atende pacientes com doenças onco-hematológicas. A escolha destes dois setores foi intencional, justificada pelo fato apresentarem a maior demanda de transfusões sanguíneas do hospital. A população do estudo foram 18 enfermeiros que atuavam no serviço de emergência e nove enfermeiros que atuavam na unidade de internação clínica. Destes, seis enfermeiros do serviço de emergência e cinco enfermeiros da unidade de internação clínica participaram da pesquisa, totalizando 11 profissionais. A amostra foi determinada intencionalmente pela saturação dos dados.

Estabeleceu-se como critério de inclusão ser enfermeiro e desenvolver suas atividades profissionais há pelo menos seis meses nas referidas unidades e, como critério de exclusão, enfermeiros que estavam em férias ou licença no período da coleta de dados. Para os participantes, foram explicados os objetivos e as etapas do desenvolvimento do estudo, assim como o direito de desistir em qualquer etapa do processo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Para garantir o anonimato, os enfermeiros do serviço de emergência foram identificados como E1, E2, E7, E8, E10, E11 e os enfermeiros da unidade de internação clínica foram identificados como C3, C4, C5, C6 e C9.

A coleta de dados ocorreu em maio 2015, através de um questionário semiestruturado, com perguntas abertas, que remetem ao conhecimento teórico dos profissionais em relação papel do enfermeiro na transfusão de sangue, cuidados de enfermagem no processo transfusional, indicações e tempo de infusão dos hemocomponentes e atuação do enfermeiro frente as reações transfusionais.

Os enfermeiros foram orientados a preencher o questionário durante o período de trabalho, nos momentos em que não interferisse na assistência ao paciente. Caso não conseguissem terminar naquele turno de serviço, o questionário seria recolhido pelas pesquisadoras e devolvido no próximo dia de trabalho do enfermeiro, não ultrapassando o prazo de uma semana. Todos os questionários aplicados foram completamente respondidos. Após coletados, os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹⁰⁾, dando origem a três categorias: O papel do enfermeiro na transfusão sanguínea; Assistência de enfermagem na transfusão sanguínea e suas reações e; Facilidades e dificuldades do enfermeiro na terapia transfusional.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e aprovado sob o número de parecer 1.030.115, em 14 de abril de 2015.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes, a média simples de idade dos profissionais foi de 34,6 anos e todos eram do gênero feminino. O tempo médio de formação dos enfermeiros do serviço de emergência era de 9,3 anos e o tempo de serviço neste setor foi de 3,6 anos. Tempo médio de formação dos enfermeiros da unidade de internação clínica foi de 10,8 anos e a média de tempo de serviço neste setor foi de 6,8 anos. As unidades pesquisadas realizaram no mês da pesquisa 371 transfusões o que correspondeu a 44% das transfusões realizadas no hospital.

A análise dos dados qualitativos evidenciou três categorias:

O papel do enfermeiro no processo transfusional

Quanto ao papel do enfermeiro na terapia transfusional, foi possível observar que os enfermeiros percebiam sua atu-

ação como essencial e focada na segurança e controle do processo: *O enfermeiro tem papel importante neste processo, ele deve estar atento em todas as etapas. Desde a triagem dos doadores, coleta, processamento e transfusão. Ele é indispensável para a garantia de qualidade em todo o processo (E7). O enfermeiro é responsável pela segurança do paciente, com intuito de evitar riscos que possam trazer prejuízos aos pacientes. Ele deve checar se a amostra a ser administrada confere com a prescrição (E2). Entendo que meu papel é estar atento pré, durante e pós-transfusão às reações transfusionais. Atuar, conforme o caso, quando ocorrer qualquer reação ou intercorrência. Comunicar o paciente e/ou acompanhante sobre todo o processo e reações (C5).*

Os relatos fazem referência à importância da atuação e vigilância do enfermeiro durante todo o processo transfusional. É imprescindível que ele perceba as indicações que norteiam uma transfusão, instrumentalize a equipe para prevenção de erros, oriente os pacientes e familiares, detecte e atue no atendimento aos eventos adversos, e documente todo o processo.

Assistência de enfermagem na transfusão de sangue e suas reações

Considerando a demanda de cuidados que envolvem o processo transfusional e a necessidade desses cuidados serem desenvolvidos antes, durante e após a transfusão, atentou-se para a importância da percepção do enfermeiro neste processo: *A assistência de enfermagem deve compreender o controle rigoroso dos sinais vitais, controle do gotejamento, a atenção para possíveis reações e a assepsia correta na instalação (E3). Acredito ser essencial verificar a prescrição, a temperatura, o acesso exclusivo, atentar para o tempo mínimo/máximo e manter atenção a possíveis reações transfusionais (E8).*

Os participantes da pesquisa compreendem a sua relevância nos procedimentos que envolvem a terapia transfusional assim como também colocam que incidentes como reações transfusionais podem ocorrer na transfusão e isso requer atenção e conduta imediata: *No caso de uma possível reação transfusional devemos interromper a transfusão e avisar o banco de sangue e o médico (C4). Quando suspeito de reação primeiramente interrompo a transfusão, comunico o médico e o banco de sangue. Devemos checar se a transfusão está correta, paciente certo, tipo sanguíneo. Realizo medidas necessárias para melhora da reação, assim como realizo o registro (E7).*

Como atuam diretamente na assistência ao paciente submetido à transfusão sanguínea, os enfermeiros expressaram as principais condutas a serem tomadas na iminência de uma reação transfusional.

Quanto ao reconhecimento dos sinais e sintomas relacionados à reação transfusional, os enfermeiros pontuam:

Pode ocorrer mal-estar, febre, calafrios, tremores, eritema, edema de face e extremidades, tosse, rouquidão, dispneia, taquicardia, palidez, náuseas, vômitos, hipotensão, choque (E1). Já observei reações febris (a temperatura do paciente eleva-se durante a transfusão), reações alérgicas, paciente queixa-se de prurido corporal, reação de sobrecarga volêmica principalmente em pacientes com ICC descompensado, paciente queixa-se de falta de ar e desconforto respiratório e também tontura (E2).

Os participantes da pesquisa expuseram vários sinais e sintomas que podem ocorrer durante uma reação transfusional. A atuação do enfermeiro na vigência de uma reação transfusional é prioritariamente a identificação, através do reconhecimento dos sinais e sintomas, atendendo prontamente o paciente, a fim de minimizar os danos e o desconforto que a reação oferece.

Facilidades e dificuldades do enfermeiro no processo transfusional

Ao analisar os resultados da pesquisa foi possível identificar também as facilidades e dificuldades dos enfermeiros no processo transfusional: *Percebo uma parceria muito saudável com a equipe do banco de sangue, o que facilita bastante o processo (E6). Seria necessário ter um protocolo de infusão de hemocomponentes, orientando o tempo de infusão e as possíveis reações que possa ocorrer, este deveria ser anexo ao mural do posto de enfermagem (E1). Os servidores das unidades onde ocorre transfusão deveriam ter protocolos específicos e receber capacitação, pois o banco de sangue instala e nós que temos que ficar atentos a qualquer problema relacionado (E8).*

Os enfermeiros percebem a importância do apoio do banco de sangue no processo, sendo este um fator favorável a uma assistência de qualidade e relatam, ainda, a necessidade de haver protocolos para conduzir a terapia transfusional, assim como treinamentos específicos.

DISCUSSÃO

O enfermeiro assume papel fundamental na atuação e vigilância durante todo o processo transfusional. Possui atuação expressiva nas atividades dos serviços de hemoterapia, por ser esta uma prática específica e a sua presença requerida em todas as etapas da assistência hemoterápica.

Na percepção dos participantes da pesquisa, o enfermeiro deve estar atento aos procedimentos a serem realizados antes, durante e após a transfusão. O profissional responsável por administrar o hemocomponente é a última barreira para detecção de erros antes da transfusão. Uma vez identificada qualquer discrepância, o processo de instalação deve ser retardado e a transfusão não iniciada⁽¹¹⁾.

Antes do início da transfusão, o paciente deverá ter seus sinais vitais verificados e registrados, depois da instalação

do componente sanguíneo deve ser acompanhado pelo menos nos primeiros 10 minutos, por profissional capacitado. Os sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória devem ser verificados e registrados em documento próprio antes, durante e após a transfusão de sangue⁽⁴⁾.

Os enfermeiros também relataram a importância do correto gotejamento dos hemocomponentes administrados, indo ao encontro da norma vigente, que indica o tempo ideal e tempo máximo de infusão, assim como o gotejamento adequado dos principais hemocomponentes em pacientes hemodinamicamente estáveis⁽⁴⁾. Segundo o COFEN⁽¹²⁾, o tempo de infusão de cada unidade de concentrado de hemácias deve ser de 60 a 120 minutos em adultos e não exceder 20-30ml/kg/hora em pacientes pediátricos. O concentrado de plaquetas deve ser infundido em aproximadamente 30 minutos, tanto em pacientes adultos como em pediátricos, não excedendo a velocidade de infusão de 20-30ml/kg/hora. O tempo de infusão do Plasma Fresco Congelado deve ser de uma hora, no máximo.

A seleção de um adequado acesso venoso é essencial para determinar o tempo de infusão de um hemocomponente. Deve ser levado em consideração que um acesso venoso inadequado ocasiona a demora na transfusão e até mesmo a possível perda do hemocomponentes, quando ultrapassado o período de quatro horas da infusão. Vale ressaltar que a alta pressão de fluxo através da agulha ou cateter com pequeno lúmen pode causar a hemólise dos eritrócitos⁽¹²⁾.

Os participantes pontuaram os principais sinais e sintomas das reações transfusionais, bem como a conduta a ser adotada por eles quando ocorre este evento. A atuação do enfermeiro na vigência de uma reação transfusional é prioritariamente a identificação da mesma por meio do reconhecimento dos sinais e sintomas, atendendo prontamente o paciente, a fim de minimizar os danos e o desconforto que a reação oferece⁽⁹⁾.

No contexto da pesquisa, os enfermeiros referem um relacionamento favorável com a equipe do banco de sangue da instituição, assim as fragilidades no processo transfusional podem ser minimizadas, pois há uma relação eficaz entre ambos.

Com referência às dificuldades no processo transfusional, os enfermeiros mencionaram a falta de capacitação e de um protocolo definindo do processo de transfusão. Os mesmos relatam não ter participado de atualizações e capacitações recentemente.

A produção de hemocomponentes de qualidade não garante a eficácia e segurança da terapia transfusional se estes estiverem sendo manipulados por equipes despreparadas ou desatualizadas. Além disso, a qualidade do cuidado é alcançada por programas de educação continuada e

permanente, através da implementação de indicadores de qualidade e a sistematização e supervisão dos processos⁽¹³⁾.

As capacitações realizadas com os profissionais influenciam significativamente na assistência prestada, uma vez que o conhecimento adquirido amplia a percepção do enfermeiro sobre suas funções e responsabilidades junto ao paciente^(3,14).

Um estudo realizado em um hospital de Portugal verificou o conhecimento dos enfermeiros antes e depois de um programa de capacitação, instituído pelo Comitê Transfusional. Houve uma diferença significativa em todas as questões ao comparar as respostas ao questionário de pré-avaliação com as da coleta pós-avaliação, mostrando a importância dessas sessões de treinamento e atualização, confirmando a eficácia deste programa de capacitação⁽¹⁴⁾.

Os profissionais de enfermagem percebem a importância do processo transfusional, mas pela carência de capacitação a assistência é realizada de forma assistemática. Sempre que programas que visam melhorar a prática transfusional são estabelecidos e avaliados, percebe-se um maior conhecimento na tomada de decisões e adequação das transfusões, resultando assim em melhores resultados^(9,14).

Observou-se que os enfermeiros identificam a necessidade de um protocolo para melhor monitorar o processo transfusional. A adoção de instrumentos pré-estabelecidos garante a identificação precoce e a intervenção em situa-

ções de reações transfusionais, minimizando danos para o paciente, assim como garante um melhor registro da assistência prestada, assegurando uma melhor qualidade ao processo transfusional⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

A maneira como cada enfermeiro percebe e assimila as necessidades dos pacientes submetidos a terapia transfusional interfere diretamente na qualidade da assistência de enfermagem prestada por esse profissional. Neste contexto, alcançamos o objetivo desta pesquisa tendo em vista que o resultado desse estudo reforça a importância do papel do enfermeiro no processo transfusional, garantindo desta forma uma maior segurança ao receptor de hemocomponentes durante todas as etapas do processo terapêutico.

Sugere-se que instituições que trabalham com transfusão de sangue estimulem os profissionais a participar dos programas de capacitação e educação permanente e que implantem protocolos transfusionais que possam nortear as ações da equipe de enfermagem durante a terapêutica transfusional. Por ser a enfermagem em hemoterapia uma área relativamente nova no Brasil, ainda existem poucos estudos publicados nessa área, nesse sentido, o presente estudo vem contribuir de forma significativa para a compreensão dos enfermeiros acerca da assistência de enfermagem no processo transfusional.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial Da Saúde. Processo de transfusão médica e segurança de pacientes [Internet]. 2010 [cited 2017 Mar 15]. Available from: http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/
2. Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 200/1997. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea. Diário Oficial da União. 15 abr 1997.
3. Tavares JL, Barichello E, De Mattia AL, Barbosa MH. Fatores associados ao conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital de ensino sobre hemotransfusão. Rev Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2015 [cited 2017 Dez 01]; 23(4):595-602. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00595.pdf
4. Portaria nº 158 do Ministério da Saúde, de 14 de fevereiro de 2016 (BR). Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União. 5 fev 2016.
5. Delaney M, Wendel S, Bercovitz RS, Cid J, Cohn C, et al. Transfusion reactions: prevention, diagnosis, and treatment. The Lancet. [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 01]; 388(10061):2825-2836. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01313-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01313-6/fulltext)
6. Serious Hazards of Transfusion. Annual SHOT Report 2015 [Internet]. 2015 [cited 2017 Dez 04]. Available from: <http://www.shotuk.org/wpcontent/uploads/SHOT-2015-Annual-Report-Web-Edition-Final-bookmarked-1.pdf>.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Hemovigilância nº 7. Brasília (Brasil). 2015. 14 p.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil. Brasília (Brasil). 2015. 27p.
9. Carneiro VS, Barp M, Coelho MA. Hemoterapia e reações transfusionais imediatas: atuação e conhecimento de uma equipe de enfermagem. Rev Min [Internet]. 2017 [cited 2017 Dez 03]; 21(1031): 01-08. Available from: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1167/e1031.pdf>
10. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009
11. Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 0511/2016. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação de enfermeiros e técnicos de enfermagem em Hemoterapia. Diário Oficial da União. 4 abr 2016.
12. Ministério da Saúde. Guia para uso de hemocomponentes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2016. 138 p.
13. Backes DS, Büscher A. Qualidade do cuidado na perspectiva da rede alemã de enfermagem. Enferm. Foco [Internet]. 2015 [cited 2017 Dez 03]; 6(1/4): 77-81. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/582/263>
14. Freixo, A et al. Nurses knowledge in Transfusion Medicine in a Portuguese university hospital: the impact of an education. Blood Transfus. 2017 [cited 2017 Dez 02]; 15(1):49-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269427/>
15. Mattia D, Andrade SR. Cuidados de enfermagem na transfusão de sangue: um instrumento para monitorização do paciente. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 02]; 25(2). Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-2600015.pdf

RECEBIDO EM: 17/11/2017.
ACEITO EM: 26/06/2018.

DESAFIOS DA GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Rafael Soder¹, Isabel Cristine Oliveira¹, Luiz Anildo Anacleto da Silva¹, José Luís Guedes Santos²,
Caroline Cechinel Peiter², Alacoque Lorenzini Erdmann²

Objetivo: Analisar os desafios da gestão do cuidado na atenção básica a partir da perspectiva da equipe de enfermagem. **Método:** Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com 20 profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família de municípios do interior do Rio Grande do Sul e analisados mediante técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Apresentam-se três categorias: Morosidade da gestão pública; Sobrecarga de trabalho; e, Fragmentação e descontinuidade da assistência. **Conclusão:** Os desafios apresentados podem ser propulsores de mudanças, por meio de ações de gestão planejada desenvolvidas coletivamente, conforme a realidade de cada cenário.

Descritores: Organização e Administração; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária; Estratégia Saúde da Família.

CHALLENGES FOR THE CARE MANAGEMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: PERSPECTIVE OF THE NURSING TEAM

Objective: To analyze the challenges for the care management in primary health care from the perspective of the nursing team. **Method:** Descriptive-exploratory study of a qualitative approach. Data were collected through interviews with 20 nursing professionals from the Family Health Strategy of municipalities in the interior of Rio Grande do Sul and analyzed using a content analysis technique. **Results:** Three categories are presented: Morosity of public management; Work overload; and, Fragmentation and discontinuance of assistance.

Conclusion: The challenges presented can be drivers of change, through planned management actions developed collectively, according to the reality of each scenario.

Descriptors: Organization and Administration; Health Management; Primary Health Care; Primary Care Nursing; Family Health Strategy.

DESAFÍOS DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN LA ATENCIÓN BÁSICA: PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Objetivo: Analizar los desafíos de la gestión del cuidado en la atención básica desde la perspectiva del equipo de enfermería. **Metodología:** Estudio descriptivo-exploratorio de abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas con 20 profesionales de enfermería de la Estrategia Salud de la Familia de municipios del interior de Rio Grande do Sul y analizados mediante técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Se presentan tres categorías: Morosidad de la gestión pública; Sobrecarga de trabajo; y, Fragmentación y discontinuidad de la asistencia. **Conclusión:** Los desafíos presentados pueden ser propulsores de cambios, a través de acciones de gestión planificada desarrolladas colectivamente, conforme a la realidad de cada escenario.

Descriptor: Organización y Administración; Gestión en Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria; Estrategia de Salud Familiar.

¹ Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS.

² Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC/SC.

INTRODUÇÃO

As práticas de gestão do cuidado em saúde vêm sendo delineadas como um novo paradigma na organização da rede de atenção à saúde, sustentadas por um arcabouço teórico-científico com capacidade de mediar as complexas relações das necessidades demandadas pelos usuários do sistema de saúde. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado como o maior e mais completo sistema público universal, garantindo acesso integral, equânime, igualitário e gratuito para toda a população no Brasil. Na horizontalidade do sistema, estrutura-se a rede de atenção básica a saúde, que, por meio de um processo de gestão do cuidado qualificado, garante a porta de entrada dos usuários aos diferentes serviços e níveis de complexidade⁽¹⁻³⁾.

A gestão do cuidado contribui no desenho da qualidade da organização do sistema de saúde. Nessa perspectiva, quando a rede de atenção básica estrutura-se e opera de forma qualificada, a resolutividade tende a ser mais elevada, aliviando as demandas para os serviços especializados, que na maioria das vezes são responsáveis pelo congestionamento do sistema. Para esta realidade, os serviços de saúde precisam ser organizados de forma articulada e integrada, interfacetados com os diferentes níveis de complexidade, facilitando, assim, o acesso dos usuários nos diferentes pontos da rede⁽⁴⁻⁵⁾.

Na perspectiva de uma organização articulada, capaz de facilitar o acesso dos usuários aos diferentes níveis de complexidade, torna-se fundamental a participação efetiva e integrada da enfermagem com todas as categorias profissionais da saúde, fomentando ações intersetoriais e estimulando a participação da comunidade, buscando tornar o sistema de saúde mais resolutivo e acolhedor às demandas da população⁽⁴⁾.

Nesse contexto, destaca-se a atuação gerencial do enfermeiro como líder e articulador dos processos assistenciais na atenção básica^(3,6). Partindo do pressuposto de envolvimento que a gestão deve construir entre e com os profissionais, e entendendo que os serviços de saúde ainda estão centrados em atos prescritivos, burocráticos e tecnicistas, a gestão do cuidado permite à enfermagem e aos demais profissionais, contribuir na formatação e (re)modelamento do sistema como um todo. Dessa forma, possibilita aos profissionais agirem com autonomia, desde que mantenham no exercício de suas atividades e atribuições, o respeito aos preceitos éticos inerentes a cada categoria.

Frente a esses apontamentos, torna-se um grande desafio planejar, executar e avaliar o modelo de gestão do cuidado à saúde adotado ou preterido. As intervenções necessárias na saúde dependem da construção das relações

interpessoais, profissionais, da configuração das redes e de um sistema estruturado, reconhecendo que o modelo de gestão é construído a partir das conexões e vinculações entre os atores envolvidos em todo o processo^(5,7).

Assim, pontua-se a relevância de uma pesquisa sobre os desafios que envolvem a gestão do cuidado na atenção básica, a partir da perspectiva da equipe de enfermagem. Ressalta-se que a produção bibliográfica relacionada à gestão do cuidado em saúde e enfermagem tem focado principalmente o contexto hospitalar, demonstrando a necessidade de ampliação deste debate^(3,6). Dessa forma, este estudo teve como questão norteadora: quais os desafios da gestão do cuidado na atenção básica a partir da perspectiva da equipe de enfermagem?

O estudo teve como objetivo central analisar os desafios da gestão do cuidado na atenção básica a partir da perspectiva da equipe de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, que possibilita a obtenção de evidências a partir da compreensão dos significados de indivíduos em relação a um fenômeno de pesquisa⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado em três municípios do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, mediante autorização prévia das Secretarias de Saúde. A seleção dos municípios foi baseada nas particularidades na gestão dos serviços de saúde. Um dos municípios possui a gestão a partir de uma Fundação Municipal de Saúde (Autarquia Federal), o segundo município tem a participação de uma Universidade pública no colegiado de gestão e o terceiro município segue o modelo de gestão tradicional da maioria dos municípios brasileiros.

Os participantes da pesquisa foram 20 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 11 enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e quatro coordenadores de enfermagem. Os critérios de inclusão dos participantes foram: atuar exclusivamente na atenção básica da saúde e compor o quadro efetivo do funcionalismo municipal. Profissionais afastados por licença de qualquer natureza foram excluídos do estudo. O número de participantes foi definido com base na saturação dos dados⁽⁸⁾.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas, com questões sobre os desafios da gestão do cuidado no trabalho na atenção básica. As entrevistas foram realizadas presencialmente, no local de trabalho do entrevistado, mediante agendamento prévio, gravadas em dispositivo eletrônico de áudio e transcritas na íntegra.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, composta por três etapas: pré-análise, exploração

do material e tratamento dos dados obtidos, inferência e interpretação. Na pré-análise, procedeu-se à organização e sistematização das ideias principais do material coletado. Na exploração do material, destacaram-se unidades de registro visando à transformação dos dados em núcleos de compreensão do texto e categorias empíricas. Na fase final, procedeu-se ao tratamento dos resultados e interpretação à luz da literatura pertinente⁽⁹⁾.

Todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos foram seguidos. Antes de cada entrevista foi apresentado, lido e assinado pelos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o Parecer nº 1.060.312. Os depoimentos dos participantes estão identificados com a letra "E" referente à entrevista associada a um número de 1 a 20 atribuído conforme a realização das entrevistas.

RESULTADOS

Os desafios da gestão do cuidado na atenção básica a partir da perspectiva da equipe de enfermagem estão apresentados em três categorias: (1) Morosidade da gestão pública; (2) Sobrecarga de trabalho; e, (3) Fragmentação e descontinuidade da assistência (Figura 1).

Figura 1 – Síntese dos resultados do estudo.

Categoria/síntese	Depoimentos	Interpretação
Morosidade da gestão pública	[...] mais desestimulador e dificultador é a morosidade do Sistema Público. Se faz o planejamento, mas se atrasa uma licitação, muda tudo, porque vai ficar um período sem ter aquele medicamento, insumo, não depende só do gestor da unidade, depende do todo estar afinado. (E19) [...] os pacientes não aceitam os agentes de saúde na recepção, tive problemas com isso [...] já foi solicitado para o gestor mais funcionários, mais um técnico em enfermagem para fazer essa acolhida. (E10)	Os entraves administrativos e burocráticos da gestão pública geram atraso nas licitações, falta de materiais, medicamentos e profissionais, interferindo na qualidade dos serviços prestados à população.
Sobrecarga de trabalho	Eu gostaria de atender as pessoas de forma diferente, mas não se consegue ouvir, acolher, ter esse momento, que pode ser essencial. Eu digo que é um atendimento frio, técnico. (E7) [...] são muitas frentes, alguns momentos você não consegue oferecer aquele serviço que é preconizado pelo SUS, você acaba desenvolvendo atividades técnicas. (E16)	A sobrecarga de trabalho compromete a qualidade dos atendimentos prestados, principalmente no que tange ao acolhimento e à escuta dos usuários.
Fragmentação e descontinuidade da assistência	O maior desafio é a não cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família (ESF), e a nossa dificuldade de conhecer as limitações das famílias que vêm até aqui [...]. A gente não sabe o que ocorre para trabalhar com a promoção e recuperação da saúde (E2). [...] a gente não recebe a contrarreferência do hospital, setor ginecológico, apenas o paciente relata o que o médico falou. Mesma coisa os pacientes do hospital, depois de umas semanas quando o vizinho fala se descobre que o paciente recebeu alta [...] (E5). Dentro do município a gente faz a referência e não está tendo a contrarreferência. Para nós é obrigatório fazer o papel de encaminhamento, com histórico do paciente [...] e ele volta sem nada [...] (E13).	A integralidade da atenção à saúde é comprometida pela não cobertura de 100% das unidades com ESF. Além disso, há falha no processo de referência e contrarreferência, principalmente na alta do usuário do hospital.

Fonte: Elaborado pelo autor.

DISCUSSÃO

A morosidade da gestão pública resulta na má utilização de recursos físicos e humanos interferindo diretamente nas ações do sistema de saúde e no exercício dos profissionais da atenção básica. No âmbito da ESF, para desempenho de qualidade, a equipe deve ser organizada, buscando o diagnóstico das necessidades de saúde, elaborando e implementando um plano estratégico de ações, com vistas à resolutividade dos impasses identificados, monitorando e avaliando continuamente os resultados⁽¹⁰⁾.

A gestão em saúde permite traçar objetivos concretos, que direcionam as ações de forma eficiente e efetiva. No entanto, a falta de recursos compromete a condução harmônica do sistema de saúde e isso influencia nas prioridades planejadas, nas estratégias e ações em saúde, fazendo com que os gestores da ESF repensem a sistemática da gestão do cuidado no seu território⁽¹¹⁾.

As limitações do financiamento em saúde associadas à cultura de supervalorização da média e alta complexidade levam a um descompasso entre demanda e oferta, em que

as ações e serviços de saúde solicitados são constantemente superiores aos disponibilizados, situação que requer uma postura ativa no âmbito da gestão em saúde para superação da problemática⁽¹²⁾. Nessa perspectiva, entendendo que há uma relação simbiótica entre os recursos, as estruturas de saúde e o modelo de gestão, torna-se fundamental que os gestores das unidades de ESF tenham a capacidade de realizar uma leitura situacional dinâmica e precisa do contexto do sistema de saúde. Dessa forma, há possibilidade de adaptação mais rápida às necessidades sociais e o direcionamento das ações para a resolutividade do cuidado à saúde e enfermagem à população nos diferentes cenários.

Muitas vezes, estes processos de gestão do cuidado baseiam-se em tecnologias pautadas na patologia, com foco no conhecimento médico, individual e curativista e, com isso, atribui-se pesos semelhantes para causas diferentes do adoecimento, comprometendo a produtividade e qualidade das ações das equipes, comprometendo a qualidade, eficiência e efetividade dos serviços ofertados na ESF⁽¹³⁾.

Os resultados do estudo demonstram que os profissionais têm consciência que muitas ações deveriam ocorrer ou serem realizadas de forma diferente. Achados semelhantes estão apresentados em pesquisa sobre as práticas de planejamento adotadas por equipes de saúde da família do Espírito Santo (Brasil), a qual constatou que a gestão do cuidado é realizada de forma não planejada e, conseqüentemente, ineficaz em razão do fluxo intenso de demandas de usuários e serviços. Isso gera obstáculos que interpõem a qualidade dos serviços ofertados à população⁽¹⁴⁾. Frente a isso, um atendimento de baixa qualidade pode ser um fator desestimulador e desmotivador no trabalho do enfermeiro, o que tende a interferir ainda mais na qualidade do atendimento⁽¹⁵⁾.

Para a enfermagem, a formação da sua identidade possibilita maior reconhecimento da profissão em suas atividades de assistência, educação, gerência e pesquisa⁽¹⁶⁾. Assim, é necessário que os enfermeiros se visualizem como protagonistas das estratégias e ações das atividades individuais e coletivas, visando maior visibilidade à profissão e melhores práticas à comunidade⁽¹⁷⁾. Esse protagonismo permite elaborar um modelo de gestão do cuidado baseado nas realidades locais visando à reorganização das atividades voltadas para a qualidade na atenção à saúde.

A gestão do cuidado à saúde e enfermagem abrange diferentes dimensões, buscando organizar as complexas relações que envolvem a rede de atenção à saúde. Por esse olhar reflexivo, a gestão do cuidado caracteriza-se como múltipla, envolvendo não só a assistência, mas o modelo de gestão, o respeito e a responsabilidade ao ser humano e sua vida. Dessa forma, o modelo de gestão está contemplado dentro de um sistema difuso, em que a enfermagem

incorpora um campo de conhecimento diferente e complementar às demais profissões da saúde, compreendendo o cuidado como fenômeno multidimensional⁽¹⁸⁾, priorizando a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado, como preconiza os fundamentos de organização da ESF.

Nessa conjuntura, a gestão dos recursos é parte da responsabilidade dos gestores do cuidado à saúde, sendo importante ao profissional da enfermagem conhecer os trâmites administrativos e burocráticos que perpassam o sistema de saúde. Por meio do conhecimento dos processos, o profissional potencializará suas estratégias e ações na atenção à saúde, planejando, executando e avaliando a organização da gestão do cuidado.

É importante ressaltar que o modo de intervenção baseado na realidade local objetiva a resolutividade com qualidade. Todas as implicações que permeiam o sistema de saúde no contexto da gestão do cuidado estão interligadas entre si. Dessa forma, o processo de cuidado ao indivíduo ou coletividade, tende a ser mais eficiente e eficaz quando desenvolvido de forma horizontal e não transversalizada⁽¹²⁾. No entanto, segundo os resultados do estudo, muitas ações continuam ocorrendo de forma pontual, retoricamente, envolvendo o mesmo extrato populacional que comumente demanda pelo modelo centrado na patologia. Essa característica organizativa gera demandas desordenadas, criando obstáculos no percurso e configuração do funcionamento linear do sistema de saúde⁽¹⁴⁾.

Tais obstáculos causam tensões dentro do sistema, principalmente no que tange às relações de referência e a contrarreferência. Nessa perspectiva, evidencia-se uma disputa de forças velada entre o complexo hospitalar e a atenção básica, o que gera lacunas e descontinuidade na gestão do cuidado, forçando o usuário a andarilhar por diferentes portas na rede de atenção à saúde⁽¹⁹⁾.

Um dos caminhos para potencializar a resolutividade dos obstáculos envolvendo a gestão do cuidado nas relações de referência e contrarreferência perpassa o estabelecimento de um sistema de comunicação eficaz, que contemple a unicidade entre os serviços de saúde, envolvendo de forma planejada a atenção básica, a média e a alta complexidade. Nesse entendimento, é importante o posicionamento da gestão como interlocutora da construção de novas tecnologias de cuidado, pavimentando caminhos que desenvolvam processos resolutivos, voltados à facilitação e qualificação do acesso às portas de entrada do SUS.

Como limitação do estudo, apontam-se dificuldades inerentes às pesquisas qualitativas com uso da entrevista para coleta de dados. As entrevistas possibilitam a compreensão do objetivo de estudo a partir do relato do participante, sem o fornecimento de dados sobre o que os sujeitos especificamente fazem. Assim, estudos com outros desenhos metodo-

lógicos são necessários para um entendimento mais amplo do fenômeno em foco. Também é importante a inclusão de outras categorias profissionais em pesquisas futuras.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que os desafios da gestão do cuidado na atenção básica a partir da perspectiva da equipe de enfermagem estão centralizados na organização do sistema, entrelaçado na capilaridade dos setores estruturantes, gerando um sobejo de ações distantes dos princípios e diretrizes do SUS. Esses desafios podem ser propulsores

de mudanças, por meio de estratégias e ações de gestão planejada, de acordo com a realidade dos territórios, pensadas e executadas por todos os atores envolvidos.

Dessa forma, o estudo contribui para a reflexão na prática e formação em saúde e enfermagem sobre a importância de um olhar que permeie as inúmeras faces da gestão dentro de um sistema. Os profissionais de enfermagem podem se tornar protagonistas, impulsionando e potencializando a inserção de mudanças de forma organizada no sistema de saúde, possibilitando maior aproximação aos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 12];20(8):2511-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
2. Santos JS, Teixeira CF. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde debate* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 12];40(108):219-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00219.pdf>
3. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 12];24:e2721. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
4. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 15];19(11):4371-82. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104371&lng=en
5. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.15-36.
6. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. Práticas de liderança do enfermeiro na atenção básica à saúde: uma teoria fundamentada nos dados. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 12];25(4):e4190015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004190015>
7. Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 22];39(104):172-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100172&lng=en.
8. Gomes MHA, Martin D, Silveira C. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 12];18(50):469-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0271>.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Rolim-Ensslin S, Dutra A, Souza-Duarte C, Cezar BS, Ripoll-Feliu VM. A avaliação de desempenho como proposta para gestão das equipes do programa brasileiro "Estratégia da Saúde da Família" (ESF). *Revista Gerenciamento Política Salud* [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 14];13(26):10-25. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n26/v13n26a02.pdf>
11. Ferreira VL. *As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Pirai*. 2012. 100 f. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2012.
12. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde em Debate* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 23];40(111):63-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0063.pdf>
13. Graziano AP, Egry EY. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Revista Escola Enfermagem USP* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 22];46(3):650-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/17.pdf>
14. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 Nov 14];28(3):537-48. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28n3/14.pdf>
15. Lage CEB, Alves MS. (Des)valorização da Enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 23];7(3/4):12-16. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/908/338>
16. Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichán* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 23];15(1):129-140. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n1/v15n1a12.pdf>
17. Backes DS, Zamberlan Z, Colomé J, Souza MT, Marchiori MT, Erdmann AL, Salazar-Maya AM. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. *Aquichán* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 23];16(1):24-31. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74144215004.pdf>
18. Backes DS, Büscher A. Qualidade do cuidado na perspectiva da rede alemã do cuidado. *Enferm. Foco* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 30];6(1/4):77-81. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/582/263>
19. Ribeiro SFR, Martins, STF. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. *Psicologia estudantil* [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 15];16(2):241-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n2/a07v16n2.pdf>

RECEBIDO EM: 25/10/2017.

ACEITO EM: 20/06/2018.

APLICABILIDADE DO INVENTÁRIO DE BECK NOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO DE MINAS GERAIS

Karina de Fátima Rodrigues dos Santos¹, Valéria Tristão Ferreira², Paula Rogéria da Silva¹, Débora Vitória Alexandrina Lisboa Vilella¹

Objetivo: Avaliar a incidência de sinais e sintomas de depressão entre acadêmicos de enfermagem de uma instituição do sul de Minas Gerais. **Metodologia:** estudo de natureza quantitativa, com abordagem exploratória, descritiva e transversal, com a participação de 116 acadêmicos de enfermagem selecionados entre o primeiro e o décimo período de graduação, avaliados por meio do inventário de Beck. **Resultados:** dos 21 itens avaliados pelo referido instrumento, evidenciamos que apenas 3 itens que compõem o inventário (autoacusação, inibição do sono e irritabilidade) se destacaram entre a amostra estudada. **Conclusão:** Por meio da aplicação do inventário de Beck, evidenciamos a probabilidade de se desenvolver entre estes acadêmicos um quadro depressivo futuramente, caso os mesmos não tenham um equilíbrio emocional, apoio de professores, família e comunidade para prevenir a manifestação da depressão.

Descritores: Depressão; Enfermagem; Inventário.

APPLICABILITY OF BECK'S INVENTORY IN ACADEMICS OF NURSING IN A HEALTH INSTITUTION OF THE MINAS GERAIS

Objective: To evaluate the incidence of signs and symptoms of depression among nursing students from an institution in the south of Minas Gerais. **Methodology:** a quantitative study, with an exploratory, descriptive and cross-sectional approach, with the participation of 116 nursing students selected between the first and the tenth graduation period, evaluated through the Beck inventory. **Results:** of the 21 items evaluated by said instrument, we showed that only 3 items that compose the inventory (self-accusation, sleep inhibition and irritability) stood out among the sample studied. **Conclusion:** Using the Beck inventory, we show the probability of developing a future depressive state among these students, if they do not have an emotional balance, support of teachers, family and community to prevent the manifestation of depression.

Descriptors: Depression; Nursing; Inventory.

APLICABILIDAD DEL INVENTARIO DE BECK EN LOS ACADÉMICOS DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA DE MINAS GERAIS

Objetivo: Evaluar la incidencia de signos y síntomas de depresión entre académicos de enfermería de una institución del sur de Minas Gerais. **Metodología:** estudio de la naturaleza cuantitativa, abordaje exploratorio, descripción y transversales, con una participación de 116 académicos de enfermería seleccionados entre el primer y el último período de graduación, evaluados por medio del inventario de Beck. **Resultados:** de los 21 años más tarde que el instrumento recomendado, evidenciamos que sólo 3 ítems que componen el inventario (autoacusación, inhibición del sueño e irritabilidad) se llevaron entre la muestra estudiada. **Conclusión:** A través de la aplicación del inventario de Beck, evidenciamos una unión de desarrollo entre empresas académicas en un cuadrúpedo depresivo en el futuro, en caso de que no se haya realizado una prueba emocional, apoyo de profesores, familia y comunidad para prevenir una manifestación de depresión.

Descriptor: Depresión; Enfermería; Inventario.

¹ Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá, MG, Brasil.

² Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá, MG, Brasil. E-mail: valeria.tristao.enf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum evidenciada na atualidade. Antigamente esta enfermidade era denominada como tristeza, melancolia, entre outras nomenclaturas. Atualmente, sabe-se que sua etiologia se relaciona a duas vertentes; a natureza endógena, devido a presença de alterações na atuação dos neurotransmissores; e à natureza exógena, que remete a presença de fatores ambientais, sendo exemplo dos mesmos: a descoberta de uma doença, a situação de desemprego, o término de um relacionamento, entre outros⁽¹⁾.

A depressão é um transtorno afetivo ao qual se pode observar a redução nos níveis cerebrais das monoaminas, em especial a noradrenalina e a serotonina. Esses neurotransmissores são responsáveis pela estimulação do sistema límbico promovendo, assim, sensação de conforto, prazer e bem-estar ao indivíduo; logo, quando uma pessoa sofre uma perda significativa, como a morte de um filho ou do esposo, a separação de um cônjuge, a perda do emprego, ou é acometida por uma doença grave, ocorre em seu sistema nervoso uma diminuição ou até mesmo ausência dos neurotransmissores referidos, ocasionando um estado de tristeza muito intensa e prolongada, quadro esse que muitas vezes é diagnosticado como depressão mental⁽²⁾.

Estima-se que 15 a 25% da população do mundo sofram com esse transtorno, ou seja, em cada quatro pessoas distintas, uma apresentará os sintomas da referida morbidade necessitando de tratamento pelo menos uma vez na vida. As estatísticas apontam que, no Brasil, aproximadamente 24 a 30 milhões de pessoas já apresentaram, apresentam ou vão apresentar pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida⁽³⁾.

Atualmente, sabe-se que o estado depressivo afeta a estima pessoal, distorce o modo como as pessoas se enxergam e sua percepção do outro e do mundo. No caso dos alunos de Enfermagem, a depressão pode estar relacionada ao despertar de sentimentos durante o processo de ensino-aprendizagem que envolve relacionamento interpessoal entre companheiros de sala de aula, professores e paciente⁽³⁾.

É durante o ensino clínico que se manifesta nos acadêmicos sentimento de insegurança e medo, haja vista que estes futuros profissionais são cobrados quanto a manter postura profissional adequada, ter conhecimentos e habilidades para avançar no curso escolhido e assim alcançarem o diploma tão esperado. Algumas das situações que ilustram bem a presença desses sentimentos no cotidiano acadêmico são evidenciadas quando o aluno apresenta dificuldade de interação com o paciente a ser cuidado, não havendo uma comunicação adequada entre paciente-aluno. Outra situação comum a ser citada é a manifestação do

sentimento de medo ao lidar com o paciente, haja vista que o acadêmico receia causar dano durante o cuidado prestado ao paciente, ou mesmo prejudicá-lo devido à pouca habilidade técnica e conhecimentos limitado⁽⁴⁾.

Logo, em virtude da promoção de boa saúde mental para o acadêmico e futuro profissional de enfermagem, fica evidente que os docentes necessitam desenvolver não só ensino de qualidade para estes alunos, mas também, desempenhar suas atividades docentes atentando-se para a presença de possíveis manifestações de sinais e sintomas depressivos entre os acadêmicos. Sabe-se que quando as manifestações de depressão entre acadêmicos é evidenciada, o docente pode trabalhar com estes alunos por meio de ações e intervenções que venham a reduzir os sintomas apresentados, evitando assim, agravo maiores na vida deste estudante fazendo com que o mesmo torne-se um bom profissional que oferta os melhores cuidados aos pacientes⁽⁵⁾.

Pautados na realidade descrita nos parágrafos acima, este estudo tem como objetivo avaliar a incidência de sinais e sintomas de depressão entre acadêmicos de enfermagem de uma instituição do sul de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativa, como abordagem exploratória, descritiva e transversal realizado na cidade de Itajubá Minas Gerais. No ano de 2015, ano ao qual foi realizada a coleta de dados para o presente estudo, o curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz contava com um total de 193 alunos matriculados. Para a definição da amostra foram aplicados 116 questionários em acadêmicos que cursavam do 1º ao 10º período de graduação do curso referido, que correspondessem ao perfil desejado pelos pesquisadores, logo, participaram do estudo um percentual de 60% dos alunos matriculados no curso.

A coleta de dados ocorreu entre o primeiro e o segundo semestre do ano de 2015, nos meses de março a agosto do respectivo ano. Aos acadêmicos selecionados, foi aplicado o instrumento para avaliação da presença de fatores de risco para depressão denominado inventário de Beck, este instrumento compreende um questionário que tem como objetivo fazer a autoavaliação do indivíduo quanto a sua probabilidade para desenvolver depressão nos próximos anos.

O Inventário de Beck foi desenvolvido no ano de 1971 pelo Centro de Terapia Cognitiva (Center for Cognitive Therapy - CCT) da Escola Médica da Universidade da Pensilvânia; no Brasil, este instrumento foi validado no ano de 1998 e considerado como um instrumento de domínio público. Esse questionário tem sido muito utilizado para avaliar as cognições associadas à depressão, em pacientes

psiquiátricos e indivíduos que não possuem enfermidades mentais, sendo um dos mais aceitos no que diz respeito a avaliação da intensidade de depressão, tendo um ótimo desempenho nesse quesito⁽⁵⁾.

O referido instrumento é composto por 21 itens mesclados entre sintomas e atitudes em quatro graus de intensidade, sendo os mesmos: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção de imagem corporal, inibição do trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. Cada item engloba quatro afirmativas (0, 1, 2 ou 3). Os participantes podem marcar mais de uma resposta em cada questão do inventário, porém, durante a análise do respectivo questionário será levado em consideração a alternativa de maior valor assinalada pelo participante em cada questão⁽⁵⁾.

Com o intuito de favorecer tempo hábil para os participantes, bem como conforto e comodidade frente a sua participação, os questionários foram distribuídos entre os participantes que apresentaram o perfil desejado pelas pesquisadoras, e estes levaram o questionário para sua casa sendo estipulado o prazo de sete dias para a devolução do mesmo aos respectivos pesquisadores.

Como critérios de inclusão, adotamos selecionar acadêmicos de enfermagem com mais de 18 anos; que estivessem regularmente matriculado na EEWB e aceitassem participar do estudo. Logo, como critérios de exclusão, os candidatos que não contemplaram o perfil supra citado foram automaticamente excluídos da amostra final.

Os dados coletados por meio de um questionário com as respostas dos participantes foram analisados onde consideramos medidas de tendência central como a frequência absoluta e relativa e interpretados por meio da escala de pontos, conforme recomenda o IDB: menos de 10: depressão mínima; de 10 a 18: depressão leve a moderada; de 19 a 29: depressão moderada a grave; e de 30 a 63: depressão grave.

O estudo respeitou os preceitos éticos presentes na resolução 466/12 que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz sendo aprovado com número de parecer consubstanciado nº 497.700.

RESULTADOS

Dos 21 itens avaliados pelo inventário de Beck, aplicado no estudo, apenas 3 itens foram evidenciados dentre os 21 itens do respectivo instrumento, se mostraram promissores frente à avaliação da depressão em acadêmicos de enfermagem. Os itens mencionados foram: distúrbio sono, irritabilidade e autoacusação.

No que se refere ao item distúrbio do sono, observou-se uma maior incidência no item "não durmo tão bem como costumava, fato este representado por um percentual de 58,62%; no tocante irritabilidade, observou-se que 47,41% afirmam se sentirem mais aborrecidos (a) ou irritados (a) do que antes e finalizando, no item autoacusação, observou-se que 51,72% se criticam por apresentarem momentos de fraquezas e cometerem erros. A tabela abaixo ilustra a avaliação dos itens supra citados:

Tabela 1 - Inventário de Beck, Itajubá-MG (N=116)

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
2. PESSIMISMO		
0) Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.	90	77,6%
1) Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.	23	19,8%
2) Sinto que nada tenho a esperar.	1	0,9%
3) Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.	2	1,7%
3. SENSACÃO DE FRACASSO		
0) Não me sinto fracassado (a).	88	75,9%
1) Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.	22	19%
2) Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.	6	5,1%
3) Sinto que sou um completo fracasso.	0	0%
4. FALTA DE SATISFAÇÃO		
0) Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes.	58	50%
1) Não tenho satisfações com as coisas como costumava ter.	50	43,1%
2) Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.	4	3,4%
3) Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.	4	3,4%

continua

Tabela 1 - Inventário de Beck, Itajubá-MG (N=116) (continuação)

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
5. SENSACÃO DE CULPA		
0) Não me sinto particularmente culpado(a).	91	78,45%
1) Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.	24	20,69%
2) Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.	1	0,87%
3) Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.	0	0%
6. SENSACÃO DE PUNIÇÃO		
0) Não me sinto que esteja a ser punido(a).	92	79,31%
1) Sinto que posso ser punido(a).	21	18,10%
2) Sinto que mereço ser punido(a).	2	1,72%
3) Sinto que estou a ser punido(a).	1	0,87%
7. AUTODEPRIAÇÃO		
0) Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).	69	59,49%
1) Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).	43	37,07%
2) Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).	4	3,44%
3) Eu me odeio.	0	0%
8. AUTOACUSAÇÃO		
0) Não sinto que eu seja pior que qualquer outra pessoa.	46	39,66%
1) Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.	60	51,72%
2) Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.	8	6,90%
3) Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.	2	1,72%
9. IDEIAS SUICIDAS		
0) Não tenho qualquer ideia de me matar.	106	91,38%
1) Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.	8	6,90%
2) Gostaria de me matar.	2	1,72%
3) Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.	0	0%
10. CRISE DE CHORO		
0) Não costumo chorar mais do que o habitual.	71	61,20%
1) Choro mais agora do que costumava fazer.	32	27,59%
2) Atualmente, choro o tempo todo.	4	3,44%
3) Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.	9	7,76%
11. IRRITABILIDADE		
0) Não me irrita mais do que costumava.	31	26,72%
1) Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.	55	47,41%
2) Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).	24	20,69%
3) Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.	6	5,18%
12. RETRAÇÃO SOCIAL		
0) Não perdi o interesse nas outras pessoas.	71	61,20%
1) Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.	37	31,90%
2) Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.	8	6,90%
3) Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.	0	0%
13. INDECISÃO		
0) Tomo decisões como antes.	64	55,18%
1) Adio as minhas decisões mais do que costumava.	35	30,18%
2) Tenho mãos dificuldade em tomar decisões do que antes.	17	14,66%
3) Já não consigo tomar qualquer decisão.	0	0%
14. FADIGA		
0) Não fico mais cansado(a) do que o habitual.	43	37,07%
1) Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.	40	34,49%
2) Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.	28	24,13%
3) Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.	5	4,13%

continua

Tabela 1 – Inventário de Beck, Itajubá-MG (N=116) (continuação)

Variáveis	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
15. DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL		
0) Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.	86	74,13%
1) Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.	18	15,51%
2) Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.	8	6,90%
3) Considero-me feio(a).	4	3,44%
16. INIBIÇÃO DE TRABALHO		
0) Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.	64	55,18%
1) Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.	48	37,07%
2) Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.	8	6,90%
3) Não consigo fazer algum trabalho.	1	0,87%
17. DISTURBIO DO SONO		
0) Durmo tão bem como habitualmente.	38	32,76%
1) Não durmo tão bem como costumava.	68	58,62%
2) Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.	7	6,03%
3) Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	3	2,59%
18. PERDA DE APETITE		
0) O meu apetite é o mesmo de sempre.	48	41,37%
1) Não tenho tanto apetite como costumava ter.	39	33,62%
2) O meu apetite, agora, está muito pior.	24	20,69%
3) Perdi completamente o apetite.	5	4,31%
19. PERDA DE PESO		
0) Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.	89	76,72%
1) Perdi mais de 2,5 kg.	24	20,69%
2) Perdi mais de 5 kg.	1	0,87%
3) Perdi mais de 7,5 kg. Estou propositado a tentar perder peso, comendo menos.	2	1,72%
Sim_____ Não_____.		
20. PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA		
0) A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.	85	73,28%
1) Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má-disposição do estômago ou prisão de ventre.	17	14,66%
2) Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.	9	7,76%
3) Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.	5	4,31%
21. DIMINUIÇÃO DO LIBIDO		
0) Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.	96	82,76%
1) Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.	15	12,93%
2) Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.	4	3,44%
3) Perdi completamente o interesse na vida sexual.	1	0,87%

Nota: Instruções: Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir, selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje, assinale entre as alternativas abaixo qual delas representa melhor como você se sente.

No que se refere a avaliação dos participantes quanto ao grau de depressão, evidenciou-se que 71 alunos apresentaram depressão leve, 33 depressão leve a moderada,

11 depressão moderada a grave e 1 aluno depressão grave. Abaixo segue a tabela que ilustrativa:

Tabela 2 – Avaliação do grau de depressão de acadêmicos de enfermagem, Itajubá-MG, (n: 116)

Grau de depressão	Nº	Média	D. P.	Valor Máximo	Valor Mínimo
Depressão leve (menos de 10 pts)	71	5,36	2,16	9	2
Depressão leve/moderada (10 a 18 pts)	33	15,04	2,65	18	7
Depressão moderada/grave (19 a 29)	11	22,09	3,11	28	18
Depressão grave (30 a 63)	1	59	-	59	59

DISCUSSÃO

As transições vivenciadas pelos acadêmicos durante a vida constituem sempre uma experiência significativa para qualquer indivíduo, haja vista que a vida universitária representa, para muitos destes jovens, oportunidade de sair da casa, se desligar da família e vivenciar atividades diferentes daquelas já vividas na escola secundária⁽⁴⁾. O ingresso em uma universidade, geralmente, ocorre quando os jovens encontram-se no fim da adolescência e início da vida adulta; logo, no decorrer deste processo, torna-se comum que esse indivíduo apresente momentos de dúvidas e incertezas até que aprenda a conviver com o novo estilo de vida por ele escolhido⁽⁶⁾.

Frente à nova realidade dos acadêmicos, fica fácil compreender sua vulnerabilidade para desenvolver quadros de depressão; sendo assim, esses acadêmicos podem vir a manifestar diminuição no seu rendimento escolar. Todavia, quase sempre essa manifestação, entre outras, passa despercebida ou é negligenciada, fazendo com que o mesmo conviva com os sintomas depressivos por anos sem procurar orientação profissional, caracterizando a sintomatologia como algo natural, que faz parte de seu cotidiano e de sua personalidade⁽⁷⁾.

Os acadêmicos tendem a camuflar esta situação por muito tempo até que a mesma se torne crítica, ou seja, quando são relatadas pelo aluno manifestações clínicas como gastrite, perda de peso e transtornos alimentares, insônia, estresse, irritabilidade, autoacusação entre outros. Somente quando se fazem presentes os agravos de âmbito físicos, é que esses jovens decidem então buscar auxílio de profissionais de saúde⁽⁷⁾.

Cerca de 15% a 25% dos universitários desenvolvem algum transtorno mental durante o período de formação

acadêmica, sendo a depressão a mais comum entre a população citada. Dentre os fatores que justificam a manifestação de depressão durante a graduação são muitos, todavia, os mais citados pela literatura são: extensa carga horária, a falta de tempo para o lazer, a pressão para excelência, a saída da casa dos pais para a entrada em uma Universidade, seguida da mudança para um âmbito não familiar, o afastamento da família, dificuldades financeiras, novo ambiente interpessoal, pressão e preocupações com o futuro e a sobrecarga de trabalho^(8,9).

Existem diferenças significativas na ocorrência de depressão conforme o período cursado, sendo que a tendência é se agravar com o avançar do curso, fato este compreendido pelas mudanças no estilo de vida, ao longo da graduação, possíveis decepções em relação à formação e pela tensão relacionada ao mercado de trabalho⁽⁹⁾.

Embora tenha crescido o ingresso de acadêmicos do sexo masculino na área da enfermagem, a profissão continua sendo representada em sua maioria pela população feminina; fato este que nos ajuda a compreender o item irritabilidade como fator em destaque ao avaliar a depressão em acadêmicos de enfermagem. Os níveis de depressão em relação ao sexo feminino são eventualmente maiores do que nos homens, uma vez que, as mulheres tem mais alterações no estado de humor por serem constantemente influenciadas pelas alterações hormonais provenientes do sexo feminino^(4,9). Outra vertente que contribui com a afirmativa está voltada à existência de fatores sociais, como cobranças para execução de múltiplos papéis como maternidade, demanda domiciliar e o ambiente de trabalho.

A mulher são mais vulnerabilidade ao desgaste psicológico, elas são mais críticas frente ao que pensam e ao que sentem, diferente dos homens que tem maior dificuldade

para expressar os sentimentos que os acometem e por isso dão menor importância para os problemas em si, se comparados as mulheres⁽⁹⁾.

A irritabilidade evidenciada entre os acadêmicos de enfermagem participantes do presente estudo pode estar associada ao fim do semestre. Neste período, é comum que os alunos de forma geral demonstrem maior nível de irritabilidade, mais facilmente do que de costume, pois à grande quantidade de provas a serem realizadas e demais atividades como seminários, sendo que em sua maioria a pontuação atribuída pode definir a sua nota final na disciplina, comprometendo assim a aprovação destes acadêmicos⁽¹⁰⁾.

No que se refere ao item autoacusação, fica fácil identificar o quando a inserção do acadêmico neste contexto de dúvidas, incertezas e pressões diárias influencia na apresentação de atitudes de autoacusação. Durante a graduação, os alunos têm tendência a competir entre si expondo as suas ideias, com a finalidade de serem melhores a cada dia⁽¹¹⁾. Logo, o aluno tende a não medir esforços para corresponder às exigências que lhe são impostas, todavia, em algumas situações o cansaço impede seu sucesso e o sentimento de fracasso pode direcioná-lo a manifestar sentimentos depressivos.

No tocante aos distúrbios do sono é natural que os acadêmicos envolvidos em tantas situações de conflito e ansiedade venham a desenvolver um padrão de sono ineficaz a suas necessidades habituais. Os estudantes de forma geral apresentam não só distúrbios do sono de forma isolada, mais associados a outros sintomas como: fadiga, cansaço, falhas de memória, dificuldade de atenção e concentração, hipersensibilidade para sons e luz e alterações do humor. Sabe-se que a exposição a níveis constantes e significativos de pressão frente às exigências acadêmicas alteram os padrões de sono dos alunos, ocasionando duração insuficiente do sono, início do sono atrasado e ocorrência de episódios de cochilos durante o dia⁽⁸⁾.

Cabe ressaltar que o indivíduo com depressão, seja ele acadêmico ou não de algum curso de graduação principalmente na área da saúde, geralmente perde interesse pelas atividades diárias, não dorme bem, não tem apetite, sendo comum o surgimento de pensamentos ruins, como ideia de culpa e, nos casos mais graves, pode ocorrer ideias suicidas ou suicídio⁽³⁾.

No que diz respeito a avaliação final dos participantes do presente estudo, pode-se observar que em sua maioria, os acadêmicos apresentam grau de depressão mínima; este fato pode ser compreendido pelas autoras devi-

do à maior parcela dos colaboradores do presente estudo pertencerem ao primeiro e segundo período de graduação em enfermagem, logo, encontram-se no início de sua vida acadêmica e estando eufóricos pelas novidades que o curso pode-lhes proporcionar, estão vivenciando este período de adaptação à vida acadêmica e por isso não assumem tantas responsabilidades como os acadêmicos do quinto período em diante.

Atualmente, sabe-se por meio da diversidade de estudos envolvendo as vertentes depressão e vida acadêmica que devido às incontáveis responsabilidades atribuídas aos acadêmicos, uma grande parcela destes universitários passa a se preocupar de forma exagerada em todas as atividades a serem realizadas e começa a pensar que não será capaz de corresponder a demanda de tarefas propostas, promovendo um grande agastamento emocional na vida do estudante⁽¹²⁾.

No estudo realizado por Souza, Tavares e Pinto⁽¹³⁾, os autores evidenciaram por meio da amostra estudada que a experiência psicológica dos estudantes varia significativamente ao longo dos últimos anos de curso, havendo mudanças no que foi descrito como fases psicológicas, sendo elas: a) euforia inicial, devido ao ingresso na faculdade; b) decepção, marcada pela cobrança intensa, desempenho dificultoso; c) adaptação e preocupação, decorrentes do período do internato, e a competição pelas vagas de emprego. Logo, pode-se afirmar que há um aumento gradativo a cada ano que se passa na vida do acadêmico, sendo que os níveis de ansiedade, estresse e burnout, os quais culminam principalmente no período de conclusão de curso.

CONCLUSÃO

Por meio do presente estudo foi possível observar que o acometimento dos acadêmicos de enfermagem não está relacionado a um fator específico, mas sim a um gama de estressores que se não forem evidenciados de forma precoce podem comprometer seriamente a vida do acadêmico, colocando em risco sua vida profissional e possibilidades almejadas pelo aluno acometido.

É importante ressaltar que, na maioria dos casos, o aluno é o último a identificar o estágio depressivo em que se encontra. Fato este que vem a alertar professores e profissionais da área da educação a manterem-se alertas para promover, de forma precoce, o atendimento e assistência digna aos alunos em quadro depressivo, haja vista que muitos residem em lugares distantes, estando afastados dos familiares que poderiam lhes prestar apoio.

Salienta-se neste estudo a importância de se implantar atendimento de saúde para a clientela estudada, contemplando apoio psicológico para depressão e outros tipos de transtorno mental de forma preventiva e reparativa quando necessário. Acredita-se que o aporte fornecido aos acadêmicos irá servir como linha guia para auxiliar estes estudantes a lidarem melhor com as mudanças da

vida diária não só no momento acadêmico, mas por todo o seu ciclo vitalício.

FINANCIAMENTO

Manuscrito resultante da Pesquisa original de Iniciação Científica, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos. Transtorno do humor: transtorno bipolar do humo [Internet]. São Paulo: Abrata; 2014 [cited 2017 Abr 27]. Available from: <http://abrata.org.br/blogabrata/?p=1487>
2. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 13a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
3. Camargo RM, Sousa CO, Oliveira MLC. Prevalência de casos de depressão em acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Brasília. REME [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 30];18(2):392-7. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/935>
4. Vízoto MM, Martins AC, Jesus SN. Saudades de casa: indicativos de depressão, ansiedade, qualidade de vida e adaptação de estudantes universitários. Rev Psicol. Saúde [Internet]. 2017 [cited 2017 Abr 23];9(1):59-73. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n1/v9n1a04.pdf>
5. Vargas D, Dias APV. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2017 Mar 10];19(5):1114-21. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_08.pdf
6. Ferreira CMG, Kluthcovsky ACGC, Dornelles CF, Stumpf MAM, Cordeiro TMG. Qualidade do sono em estudantes de medicina de uma universidade do Sul do Brasil. Conexão Ci. 2017;12(1):78-85.
7. Lima LM, Rodrigues BA, Fontoura H.S. O uso da auriculoterapia no controle da sintomatologia da depressão em acadêmicos da ESEFFEGO. Anais do III Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG: inovação: inclusão social e direitos; 2016 Out. 19-21; Pirenópolis: UEG; 2016.
8. Cremasco GS, Baptista MN. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. Estud. Interdiscip. Psicol [Internet]. 2017 [cited 2017 Fev 15];8(1):22-37. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/24293>
9. Oliveira GS, Rocha CA, Santos BEF, Sena IS, Favaro L, Guerreiro MC. Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amapá. Rev. Med. Saúde [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 18];5(3):186-99. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/7359>
10. Araújo AHI. Relação entre ansiedade/depressão e sobrepeso/obesidade em estudantes da universidade de Brasília [monografia]. Ceilândia: Universidade de Brasília; 2015 [cited 2017 Jun 11]. Available from: <http://bdm.unb.br/handle/10483/11542>
11. Claudino J, Cordeiro R. Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Portalegre. Educ. Cienc. Tecnol. 2011;32(11):197-210. Available from:
12. Sousa TBO, Ivo EB, Oliveira MM, Araújo DDC, Batista JMM. Depressão e ansiedade na vida acadêmica. Unicatólica. 2017 [cited 2018 Mar 19];4(2):1-1. Available from: <http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/1986>
13. Souza AS, Tavares KM, Pinto PSP. Depressão em estudantes de medicina: uma revisão sistemática de literatura [Internet]. In: XVI Seminário Estudantil de Produção Acadêmica. Salvador: UNIFACS; 2017 [cited 2018 Mar 20]. p. 1-17. Available from: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/viewFile/4815/3318>

RECEBIDO EM: 26/06/2017

ACEITO EM: 20/04/2018.