



Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 10, Nº 4, 2019



submissão online

QUEM SOMOS



Manoel Carlos Neri da Silva

Diretor presidente

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



Joel Rolim Mancia

Editor-chefe

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



Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Editora associada

Graduada, Licenciada e Habilitada em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1991), Doutora em Saúde Pública (1999), Livre Docência em Administração Aplicada à Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2011). Professora Associada Livre Docente Aposentada do Departamento de Administração de Serviços de Saúde e Enfermagem, Orientadora do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e Vice-Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG. Foi Editora da Revista Paulista de Enfermagem e da Revista Brasileira de Enfermagem e é parecerista em diversos periódicos nacionais e internacionais. Membro da Câmara Técnica de Atenção à Saúde- do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Atuou como professora, coordenadora e diretora de cursos em faculdades particulares e foi Pró-Reitora de Administração (2015-2017) na UNIFESP. Tem experiência na área de Enfermagem Hospitalar, Gerência de Serviços de Saúde e Educação.



Valéria Lerch Lunardi

Editora associada

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



Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Editor associado

Graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA (1996), Especialização em Administração de Serviços de Saúde pela UNAERP (1997), Especialização em Enfermagem Obstétrica pela UVA (1997), Especialização em Educação Profissional em Saúde: Enfermagem-FIOCRUZ (2002), Título de Especialista em Saúde Coletiva pela Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn (2003), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (2007). Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem/Universidade Federal de São Paulo. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado em Saúde da Família pela RENASF/UVA/FIOCRUZ e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG) da UNIFESP e do Observatório de Pesquisas para o SUS da UVA. Membro da Red de Enfermeria Comunitaria e Atención Primaria de la Salud (APS) de las Americas e da ABRASCO. Pesquisador com publicações em revistas nacionais e internacionais.



Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Editor associado

Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Maranhão (2003). Especializações em Saúde da Família, Formação Pedagógica e Planejamento, Programação e Políticas de Saúde. Mestrado em Saúde Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (2010). Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva- IESC/ UFRJ (2016). Consultor Ad Hoc da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA). Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), na área de Gestão em Serviços de Saúde. Professor Permanente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará (UFPA)

06

EDITORIAL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, Nádia Mattos Ramalho

07

1. QUALIDADE DE VIDA SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Daniela Aires Cardoso dos Santos; Dalyanne Souza Vieira Diniz Moraes; Renata Valero Barbosa Franco; Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes

12

2. OS ERROS DE MEDICAÇÃO E OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A SUA PRESCRIÇÃO

Ana Fabíola Rebouças de Souza; Johny Carlos de Queiroz; Alcivan Nunes Vieira; Lilian Grace da Silva Solon; Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra

17

3. PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UM CURSO DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO PARÁ SOBRE HIV/AIDS

Thayse Moraes de Moraes; Bruno de Oliveira Santos; Iaci Proença Palmeira; Elizabeth Teixeira; Ângela Maria Rodrigues Ferreira; Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues

22

4. ESTRESSE PERCEBIDO EM FAMILIARES DE PACIENTES EM SALA DE ESPERA DE UM CENTRO CIRÚRGICO

Monique Pereira Portella Guerreiro; Fernanda Duarte Siqueira; Catia Cristiane Matte Dezordi; Rosane Maria Kirchner; Grazielle de Lima Dalmolin; Eniva Miladi Fernandes Stumm

29

5. ESTUDO DE DOIS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS PEDIÁTRICOS

Jéssica Aparecida Rolim Pontes; Elena Bohomol

35

6. DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lillian Dias Castilho Siqueira; Michel Coutinho dos Santos; Igor Tadeu de Siqueira Calmon; Pedro Cubas Siqueira Junior

41

7. ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS LÍDERES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDAGEM COMPREENSIVA

Claudete Aparecida Conz; Reginaldo Santos de Aguiar; Heliandra Holanda Reis; Maria Cristina de Jesus Pinto; Vera Lúcia Mira; Miriam Aparecida Barbosa Merighi

47

8. AVALIAÇÃO CLÍNICA PELO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Carla Regina Lodi de Mello; Abigail Dias Rodrigues; Marília Ferrari Conchon; Isadora Pierotti; Lígia Fahl Fonseca; Leonel Alves do Nascimento

54

9. CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA PARA AS BOAS PRÁTICAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO VAGINAL

Taynara Cassimiro de Moura Alves; Amanda Santos Fernandes Coelho; Marília Cordeiro de Sousa; Nayara Franklin Cesar; Priscila Salomão da Silva; Leonora Rezende Pacheco

61

10. CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA VÍRUS EM GESTANTES EM UM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE

Nathalya da Silva Louro; Amanda Santos Fernandes Coelho; Marília Cordeiro de Sousa; Tainara Lucinda Junqueira; Priscila Salomão da Silva; Luiza Emylce Pelá Rosado

67

11. GESTANTES QUE RECEBEM INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O CONHECIMENTO DE SEUS DIREITOS NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Tainara Lucinda Junqueira; Amanda Santos Fernandes Coelho; Marília Cordeiro de Sousa; Nathalya da Silva Louro; Priscila Salomão da Silva; Nilza Alves Marques Almeida

73

12. AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE

Thiaskara Ramile Caldas Leite; Maria do Socorro Vieira Lopes; Evanira Rodrigues Maia; Edilma Gomes Rocha Cavalcante

79

13. QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS EM CENTRO DE LAZER: ESTUDO TRANSVERSAL

Rafael André da Silva; Sabrina da Silva Brasil; Andryelli Aires de Moraes; Nébia Maria Almeida de Figueiredo; Aline Coutinho Sento Sé; Alexandre Sousa da Silva; Teresa Tonini; Wiliam César Alves Machado

87

14. SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE DO APRAZAMENTO DE MEDICAMENTOS

Mary Ane Lessa Etelvino; Noemi Duque dos Santos; Beatriz Gerbassi Costa Aguiar; Tamyris Garcia de Assis

93

15. O IMPACTO DA APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL NA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO: IMPLEMENTAÇÃO DE BUNDLES EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ariele Ferreira Pinto Coelho; Raquel Aparecida Monteiro e Vieira; Monica Aparecida Leite; Thabata Coaglio Lucas

101

15. THE IMPACT OF THE INTERPROFESSIONAL LEARNING IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA: BUNDLES IMPLEMENTATION IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Ariele Ferreira Pinto Coelho; Raquel Aparecida Monteiro e Vieira; Monica Aparecida Leite; Thabata Coaglio Lucas

109

16. ESTRESSE OCUPACIONAL DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Jeane Lima Cavalcante; Antonio Germane Alves Pinto; Francisco Elizauo de Brito Júnior; Maria Rosilene Cândido Moreira; Maria do Socorro Vieira Lopes; Edilma Gomes Rocha Cavalcante

116

17. OPINIÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE AS ATIVIDADES LÚDICAS DESENVOLVIDAS COM CRIANÇAS NA ESCOLA ABORDANDO HÁBITOS SAUDÁVEIS

Bárbara Mohr da Silveir; Luciana Fabiane Sebold; Larissa Evangelista Ferreira; Juliana Balbinot Reis Girondi; Lúcia Nazareth Amante; Juliana Simas Justino

122

18. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRÉ- HOSPITALAR: REVISÃO NARRATIVA

Mauro Mota; Madalena Cunha; Margarida Santos; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha; Mónica Alves; Nuno Marques

129

19. ESTÁGIO EXTRACURRICULAR DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Antonia Natielli Costa da Silva; Deborah Pedrosa Moreira; Cinthia Maria Andrade de Freitas; Anne Kayline Soares Teixeira; Alessandra Rocha Mororó Pinheiro

136

20. AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Sara Maria da Costa Negrão; Mayara Nicodemos da Conceição; Manoel Junior Ferreira Mendes; Jeferson Santos Araújo; Ingrid Magali Souza Pimentel; Mary Elizabeth de Santana

142

21. PERCEPÇÕES DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Tainara Lucinda Junqueira; Amanda Santos Fernandes Coelho; Marília Cordeiro de Sousa; Nathalya da Silva Louro; Priscila Salomão da Silva; Nilza Alves Marques Almeida

148

22. A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO

Viviane da Silva Maciel, Dinara Dornfeld

153

23. AUTOFIX: UMA TECNOLOGIA PARA FIXAÇÃO SEGURA DO TUBO OROTRAQUEAL

Lidiane Marha de Souza Oliveira; Ana Carine Goersch Silva; Aglauvanir Soares Barbosa; Anna Paula Sousa da Silva; Islene Victor Barbosa; Rita Monica Borges Studart

159

24. PREVALÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL PRIVADO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Fernanda de Carvalho; Miguir Terezinha Vieccelli Donoso; Braulio Roberto Gonçalves Marinho Couto; Selme Silqueira de Matos; Lillian Kelly Barbosa Lima; Érica Pertussati

165

25. A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Julio Cesar de Oliveira Mattos; Alexandre Pazetto Balsanelli

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM: PROMOVENDO O ACESSO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Carlos Leonardo Figueiredo Cunha¹
Professor Adjunto da Universidade Federal do Pará (UFPA)
Editor Associado da Revista Enfermagem em Foco
Membro da Comissão de Práticas Avançadas em Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
ORCID: 0000-0002-1891-4201

A Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil é entendida como termo correlato à Atenção Básica, tem a Saúde da Família como estratégia prioritária e se constitui como a porta de entrada nos serviços de saúde frente as necessidades e problemáticas apresentadas pela população. É entendida como um nível de atenção, cuja as intervenções de saúde estão agrupadas em um conjunto organizado de medidas com tecnologias simples e de baixo custo, a fim de proporcionar promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação ao indivíduo¹.

Como membro da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (juntamente com o médico, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), o enfermeiro desenvolve atividades clínico- assistenciais, educativas e gerenciais, conforme suas atribuições dispostas na Portaria Ministerial/GM nº 2.436/2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em consonância com a Lei 7.498/86 (Lei do Exercício Profissional de Enfermagem) e de seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87.

Na implementação e estruturação da APS no Brasil, a Enfermagem vem ocupando uma posição de destaque, adotando o uso de instrumentos que norteiam e qualificam a sua prática, como exemplo, os protocolos de enfermagem.

Nesse sentido, a estruturação e implementação de Protocolos de Enfermagem na APS justifica-se pelas diversidades culturais, sociais, epidemiológicas, demográficas, econômica, política e de cunho assistencial existente no nosso país. Somado a isto, o Ministério da Saúde emite constantemente normas, diretrizes, manuais como os Cadernos de Atenção Básica, dentre outros, no intuito de orientar o processo de trabalho e o cuidado em saúde, mas, muitas vezes não se torna claro e evidente, as competências técnicas e os limites de cada categoria profissional, nesses documentos².

Para estruturação de um protocolo, recomenda-se definir previamente sua finalidade, público-alvo e elencar os princípios éticos e legais que o norteiam. Outros aspectos também devem ser observados, tais como: sua validação, seu monitoramento e

Nádia Mattos Ramalho²
Vice- Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
Membro da Comissão de Práticas Avançadas em Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
ORCID: 0000-0002-4893-2654



avaliação, periodicidade de sua revisão, os limites e possibilidades do seu uso³.

A adoção de protocolos promove maior segurança aos usuários e profissionais, estabelece limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais, reduz a variabilidade do cuidado, norteia o profissional para a tomada da decisão assistencial, incorpora novas tecnologias, inova o cuidador e permite maior transparência e controle dos custos³.

Diante deste contexto, no intuito de respaldar e assegurar as práticas dos enfermeiros no âmbito da atenção Básica no Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) elaborou as Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde, para implementação nos estados brasileiros, pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs).

O projeto supracitado está sendo conduzido pela Comissão de Práticas Avançadas em Enfermagem (CPAE/Cofen), com colaboração da Câmara Técnica de Atenção Básica (CTAB/Cofen) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Para elaboração dos Protocolos de Enfermagem na APS, o projeto preconiza seis etapas: adesão, criação do Grupo de Trabalho (GT), elaboração dos protocolos, validação, publicação e divulgação. Foram instituídos dois atores com funções definidas para o apoio e condução do trabalho de elaboração dos protocolos pelo grupo condutor em cada Conselho Regional de Enfermagem: o Apoiador e o Facilitador. O perfil desejado para execução dessas funções são enfermeiros que tenham experiência prévia na elaboração e/ou aplicação de protocolos na APS e na condução de trabalho em grupo. O grupo de facilitadores foi constituído por 02 (dois) profissionais indicados pelos Corens que fizeram adesão ao projeto.

Com a implantação de Protocolos de Enfermagem, espera-se a ampliação do acesso aos usuários do SUS e o fortalecimento do papel da enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Referências

¹STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

²BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Diretrizes para elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais/ Conselho Federal de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2018.

³PIMENTA, C. A. M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais enfermagem/COREN-SP. São Paulo: Coren-SP, 2015.

QUALIDADE DE VIDA SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Daniela Aires Cardoso dos Santos¹

Dalyanne Souza Vieira Diniz Morais²

Renata Valero Barbosa Franco¹

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes³

<http://orcid.org/0000-0002-4443-9117>

<http://orcid.org/0000-0002-8457-4196>

<http://orcid.org/0000-0001-7734-2832>

<http://orcid.org/0000-0002-7243-4073>

Objetivos: Identificar e descrever as percepções de enfermeiros atuantes no centro cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal quanto à qualidade de vida. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada, com amostra de 11 enfermeiros, no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017. Os depoimentos foram transcritos e analisados pela técnica de análise de conteúdo, por meio da qual as evocações foram organizadas e agrupadas em categorias. **Resultados:** Após a análise, emergiram os temas: percepção da qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho. **Conclusões:** Observou-se a qualidade de vida como um termo polissêmico, tendo relação direta com o trabalho. A pesquisa visa fornecer subsídios para a formulação de estratégias em benefício da qualidade de vida dos profissionais.

Descritores: Qualidade de vida; Saúde do trabalhador; Centro cirúrgico.

QUALITY OF LIFE FROM THE POINT OF VIEW OF NURSES FROM THE SURGICAL CENTER OF A PUBLIC HOSPITAL.

Objectives: To identify and describe the perceptions of nurses working in the surgical center of a public hospital in the Federal District regarding quality of life. **Methodology:** Descriptive study with a qualitative approach. Data collection was done through a semistructured interview with a sample of 11 nurses, from September 2016 to January 2017. The testimonies were transcribed and analyzed by the content analysis technique, through which the evocations were organized and grouped into categories. **Results:** After the analysis, the themes emerged: perception of quality of life and quality of life at work. **Conclusions:** Quality of life was observed as a polysemic term, having a direct relation with the work. The research aims to provide subsidies for the formulation of strategies to benefit the quality of life of professionals.

Descriptors: Quality of life; Worker's health; Surgical center.

CALIDAD DE VIDA BAJO LA ÓPTICA DE ENFERMEROS DE CENTRO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL PÚBLICO.

Objetivos: Identificar y describir las percepciones de enfermeros actuantes en el centro quirúrgico de un hospital público del Distrito Federal en cuanto a la calidad de vida. **Metodología:** Estudio descriptivo con abordaje cualitativo. La recolección de datos fue por medio de entrevista semiestructurada, con muestra de 11 enfermeros, en el período de septiembre de 2016 a enero de 2017. Los testimonios fueron transcritos y analizados por la técnica de análisis de contenido, por medio de la cual las evocaciones fueron organizadas y agrupadas en categorías. **Resultados:** Después del análisis, surgieron los temas: percepción de la calidad de vida y calidad de vida en el trabajo. **Conclusiones:** Se observó la calidad de vida como un término polisémico, teniendo relación directa con el trabajo. La investigación pretende proporcionar subsidios para la formulación de estrategias en beneficio de la calidad de vida de los profesionales.

Descriptores: Calidad de vida; Salud del trabajador; Centro quirúrgico.

¹Universidade de Brasília-UnB

²Instituto Federal de Roraima-IFRR.

³FEPECS/DF

Autora correspondente. Daniela Aires Cardoso dos Santos. E-mail: daniaires.enf@gmail.com

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida pode ser compreendida como o nível de percepção que o indivíduo tem diante da sua posição na vida, inclusive sua cultura, expectativas, preocupações e valores materiais⁽¹⁾.

O termo é utilizado pela sociedade para descrever necessidades subjetivas e objetivas na busca de promover o equilíbrio interno e externo⁽¹⁾. Em vários contextos, é possível observar que a qualidade de vida é usada como sinônimo de saúde. Porém, afirmar que ambas são sinônimas é o mesmo que simplificá-la a um único fragmento de bem-estar da integralidade humana⁽²⁾.

O trabalho é um fator que está associado diretamente na vida do indivíduo, pois é o meio pelo qual se procura satisfazer suas aspirações⁽³⁾. A vivência da qualidade de vida no trabalho está presente quando são supridas as seguintes necessidades pessoais: apoio institucional; segurança, integração e satisfação com o seu papel no trabalho; percepção do bem-estar obtido através do seu trabalho e do desenvolvimento pessoal alcançado; e administração de seu tempo livre⁽⁴⁾.

Em relação à enfermagem, tem-se que ela exige de seus profissionais disponibilidade, sensibilidade e conhecimento científico para cuidar do outro de forma integral. Ainda que para exercer a profissão seja necessária boa saúde física e mental, os enfermeiros nem sempre desempenham suas funções sob condições necessárias de proteção e atenção⁽⁵⁾.

Os trabalhadores de saúde, destacando a enfermagem, se deparam com o sentimento de frustração e descontentamento devido a elevada responsabilidade do exercício profissional e a prática recorrente de duplicidade laboral, gerando sobrecarga de trabalho que ocasiona transtornos físicos, psicológicos e sociais, interferindo na relação de trabalho e na sua qualidade de vida^(6,7).

O local de trabalho pode estar relacionado como um dos fatores estressores para os profissionais de enfermagem. O Centro Cirúrgico (CC) é um setor que possui características peculiares por ser um setor fechado, a execução do trabalho com postura inadequada e a necessidade de a equipe de enfermagem dar suporte aos demais membros da equipe cirúrgica, além da inadequação do número de trabalhadores, baixa remuneração e a capacitação inadequada dos profissionais para o uso de novas tecnologias, fazem deste setor um local que interfere na qualidade de vida destes profissionais⁽⁶⁾.

Sabendo que os fatores que interferem na qualidade de vida podem comprometer o cuidado prestado, faz-se necessário conhecê-los para que mudanças necessárias ocorram a fim de promover o bem-estar dos mesmos, assim como a adequação de condições para a sua reabilitação⁽⁸⁾.

Conhecer os fatores que levam ao prazer e ao sofrimento dos profissionais de enfermagem é o passo inicial para conduzir o trabalho de forma produtiva, colaborativa e mais humana, evitando doenças físicas e psíquicas relacionadas ao sofrimento no trabalho⁽⁹⁾.

Para tanto, é essencial realizar novos estudos, pois segundo a literatura, não há estudos suficientes direcionados a esse grupo de trabalhadores relacionando ao centro cirúrgico, uma vez que o estresse é uma condição presente na rotina profissional⁽⁶⁾.

Considerando esta tela sobre a qual se projetam as vivências do profissional que atua em centro cirúrgico, pretendeu-se com este estudo identificar e descrever as percepções de enfermeiros atuantes no centro cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal quanto à qualidade de vida. Neste contexto, a pesquisa busca responder à seguinte pergunta: Quais são as percepções dos enfermeiros atuantes no centro cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal a respeito do conceito de qualidade de vida?

METODOLOGIA

Tipos de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

A amostra foi de 11 enfermeiros, de uma população de 20 profissionais. Como critério de inclusão, estabeleceu-se que o indivíduo deveria ser enfermeiro assistencial atuante no centro cirúrgico do hospital sede do estudo e que concordasse em participar da pesquisa, de ambos os gêneros, de qualquer faixa etária. Como critério de exclusão, definiu-se: profissionais não lotados na unidade – tanto residentes, estagiários e internos de cursos de graduação, quanto profissionais de outros setores que fazem horas extras no setor, e também enfermeiros coordenadores da unidade, assim como, sujeitos que estivessem de licença ou em férias.

Local do estudo

Realizada no centro cirúrgico do hospital de base do Distrito Federal (DF). É um hospital público de alta complexidade que atende toda a população do DF, entorno e estados circunvizinhos. O centro cirúrgico é composto por dezesseis salas cirúrgicas, sendo duas separadas para cirurgias de emergência.

Coleta de dados

A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada e a seleção dos entrevistados foi feita de forma aleatória e voluntária.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada na instituição, nos períodos matutino, vespertino e noturno gravadas em aparelho de mp4, até a saturação do conteúdo das falas dos participantes com duração média de 35 a 40 minutos. A entrevista tratou de temas específicos sobre qualidade de vida, resumindo-se a três perguntas: "O que é qualidade de vida?", "Como você avalia a sua qualidade de vida?" e "O que poderia melhorar na sua qualidade de vida?". O período de coleta de dados foi entre 29 de novembro e 10 de dezembro de 2016.

Procedimentos de análises de dados

Os depoimentos foram transcritos e analisados pela técnica de análise de conteúdo, sendo esta uma técnica por meio da qual as evocações foram organizadas e agrupadas em categorias para analisar as afirmações com maior clareza⁽¹⁰⁾. Desta análise emergiram os temas: percepção sobre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho. Cada unidade de análise está identificada com um elemento alfanumérico que codifica os sujeitos por ordem das entrevistas. O participante 1, por exemplo, foi identificado como E1, onde "E" representa a palavra "Enfermeiro" e o "1" identifica o sujeito. Ao final de cada entrevista, os participantes foram questionados se gostariam de desistir ou se queriam alterar alguma resposta, mas não foi registrado nenhum caso.

Procedimentos éticos

O estudo foi realizado seguindo as recomendações éticas emitidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/12/2012⁽¹¹⁾, que aborda a pesquisa em seres humanos, respaldado nos aspectos éticos e legais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob número do CAAE 60429816.6.0000.5553, conforme parecer 1.850.936, na data de 17 de novembro de 2016.

RESULTADOS

Após análise técnica do conteúdo coletado, as evocações foram organizadas e agrupadas em categorias para analisar as afirmações. Desta análise emergiram os temas: percepção sobre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho.

Percepção sobre qualidade de vida

Estiveram presentes nas falas termos como saúde, atividade física, hábitos saudáveis, prazer, lazer como se vê a seguir: É um conjunto de coisas. Tem a ver com saúde, tem a ver com família e tem a ver com prazer no emprego. Tendo essas três coisas balanceadas, se complementando, acho que é uma boa qualidade de vida (E2). Para mim, é viver em família (...), e além disso é ter condição de fazer uma atividade física,

boa alimentação, ter condição de ter uma saúde estabelecida (E4). Comer bem, fazer exercício físico, o que eu não estou fazendo (E3). Hoje eu coloquei na minha vida o exercício físico. Isso melhorou minha qualidade de vida consideravelmente. Atividade física, dedicar mais tempo para a família, estar mais com Deus, e aí isso tudo tem me feito estar bem. (E10)

Ao serem questionados sobre como avaliam a própria qualidade de vida, os participantes deram respostas que variaram entre péssima, mediana e boa. Eu acho que a minha qualidade de vida é mediana (E1). A minha qualidade de vida é boa, eu consigo fazer tudo (E9). A minha qualidade, ela é péssima (...) (E7).

Qualidade de vida no trabalho

Os entrevistados relacionam prazer na profissão assim como em outros âmbitos da vida: Gosto de trabalhar, mas não gosto de viver em função do trabalho (E4). A gente precisa gostar daquilo que faz, vir para o trabalho com prazer. Eu sou enfermeira por opção, amo minha profissão (E8).

A multiplicidade de fatores que interferem na qualidade de vida dos indivíduos abre margem para que este conceito se relacione também com as condições de trabalho: Qualidade de vida é ter condições de trabalho (E7). Significa que você tenha boas condições no ambiente de trabalho. Condições humanas, condições de material, condições de recursos humanos, recursos materiais (E8).

A respeito das más condições de trabalho, os participantes relatam: Na falta de pessoal, eu vou ter que entrar mais ainda ajudando na equipe de enfermagem. Então o desgaste físico e psicológico dobra. Isso repercute na minha vida profissional: o meu cansaço e o estresse psicológico (E7).

Os ganhos salariais são tidos pelos profissionais entrevistados como um importante componente da qualidade de vida: Eu preciso ganhar na mega sena para poder melhorar minha vida, ter mais grana para poder viver (E1). Eu acho que eu ganho razoavelmente bem, eu tenho de certa forma conforto em casa, então isso contribui para minha qualidade de vida (E11).

O duplo vínculo empregatício em busca de maiores recursos financeiros esteve presente nas falas dos participantes, como é possível observar na seguinte fala: Se você ficar empolgado só num salário aqui em Brasília, para você assumir a família, não dá, nunca deu, pelo menos para mim nunca deu. Por isso que eu trabalhei em dois (E9).

A sobrecarga laboral repercute na qualidade de vida, segundo as falas dos participantes: O trabalho da enfermagem é muito estressante. O período que eu tenho de descanso, que é para a família, para o lazer, acaba ficando para o descanso do trabalho, que é muito cansativo (E2).

DISCUSSÃO

Em relação ao conceito polissêmico de qualidade de vida, embora admitindo como um termo difícil de definir, os participantes reconheceram o seu caráter multifatorial e admitiram que diversas dimensões compõem este conceito.

Não há consenso sobre o termo qualidade de vida, mas sabe-se que há muitos fatores individuais na definição do termo, como: o ambiente físico e suas condições, a estrutura familiar e financeira, a saúde, educação e cultura⁽¹²⁾.

Embora o termo qualidade de vida resulte em uma visão individual e de suas necessidades, a saúde, o trabalho e a família são dimensões de grande relevância à vida dos trabalhadores. Vale salientar que possuir qualidade de vida engloba diversos aspectos que vão muito além do trabalho, no entanto deve haver incentivo afim de proporcionar um ambiente humanizado, o que acarreta em diminuição no absenteísmo e nos acidentes de trabalho, e proporciona um ambiente saudável⁽³⁾.

Por meio das falas dos participantes sobre a percepção sobre qualidade de vida foi possível inferir que variadas dimensões da vida sofrem influência das condições de trabalho, repercutindo negativamente a avaliação da mesma pelo indivíduo.

A falta de tempo para o lazer e à recreação também se relacionou à fadiga, estando diretamente ligada aos erros no desempenho do trabalho e ao desenvolvimento de um ambiente inseguro para oferta de cuidados⁽⁴⁾. Os profissionais reconhecem a importância de dedicar tempo aos hábitos saudáveis, mas a ausência de tempo compromete não somente a vida social do indivíduo e a sua saúde, mas também reduz a segurança do cuidado ao paciente.

Dentre os entrevistados, é perceptível que embora haja prazer, há também a vontade de que, além do trabalho, outros âmbitos componham a própria vida. A literatura evidenciou que os profissionais de enfermagem estão parcialmente satisfeitos com sua qualidade de vida no trabalho, e esta possui desdobramentos que excedem o ambiente de trabalho. Afirma ainda que quando os profissionais de enfermagem exercem as suas atividades laborais em organizações com boas condições estruturais e com profissionais qualificados para o exercício da função, ocasiona uma elevação em sua qualidade de vida⁽⁴⁾.

Desta forma, percebe-se que formular programas e ações favorecendo a melhoria da qualidade de vida no ambiente de trabalho da enfermagem proporciona o aumento da eficácia organizacional⁽⁴⁾. Como resultado, a melhoria no trabalho leva a uma assistência de saúde mais adequada e qualificada ao paciente alvo do cuidado⁽¹³⁾.

É sabido que a qualidade de vida, sendo indissociável do trabalho, sofre interferência direta deste, visto que ele pode

potencializar a saúde ou o adoecimento, com danos sobre a integridade física e/ou psicológica, afirmando ainda que a falta de planejamento das atividades e a condição de trabalho em ambiente confinado intensificam a vivência do estresse no setor do centro cirúrgico^(6,14). Os participantes alegaram que a falta de recursos humanos e materiais causa cansaço e estresse, e que a disponibilidade de adequadas condições de trabalho poderiam favorecer o bem-estar.

Os ganhos salariais são um fator preponderante no que diz respeito às condições de trabalho transformando em vantagens para a vida do trabalhador, sendo um benefício advindo do trabalho representando uma motivação. É por meio do dinheiro que as pessoas organizam e planejam suas vidas, atendem suas necessidades materiais e atingem os seus objetivos financeiros⁽³⁾. Sabe-se que a enfermagem ainda é uma profissão mal remunerada no Brasil. Os baixos salários da categoria foram apontados como uma das causas de maior insatisfação profissional. Por este motivo, a maioria dos trabalhadores da enfermagem se vê forçada a trabalhar em mais de um local, ocasionando a permanência destes profissionais no ambiente de trabalho durante a maior parte do tempo de suas vidas produtivas⁽¹³⁾. O duplo vínculo empregatício e a sobrecarga laboral repercutem na qualidade de vida, pois nos períodos em que não estão trabalhando, os profissionais não têm disposição para fazer outra coisa além de descansar.

No decorrer do exercício das atribuições do profissional, a sobrecarga de trabalho favorece a ocorrência de acidentes no ambiente de trabalho, bem como de agravos a saúde que poderiam ser identificados e prevenidos antecipadamente⁽⁷⁾.

Sentir-se eficiente também influencia positivamente o bem-estar do indivíduo, sendo esse um fator preponderante do processo saúde-doença em sua relação com o trabalho⁽¹²⁾. Sentir-se útil no trabalho é uma recompensa moral⁽³⁾. É como se o tempo dispendido na preparação para o trabalho e na própria realização deste fosse pago com satisfação pessoal e sensação de utilidade.

Limitações do estudo

Com a realização desta pesquisa, percebe-se o quão limitado são os estudos que envolvem o tema qualidade de vida no trabalho na área da enfermagem, dificultando a busca no acervo de referências bibliográficas. Os resultados devem ser interpretados observando as experiências de cada profissional e considerar que a pesquisa foi realizada com poucos profissionais.

Contribuições do estudo

Desta forma, almeja-se promover enriquecimento em tal assunto a fim de despertar novos estudos e confere ao profissional de enfermagem um aprofundamento no tema.

CONCLUSÃO

Os entrevistados admitiram o termo qualidade de vida como polissêmico, sendo a relação com o trabalho preponderante nesta pesquisa. O prazer decorrente da profissão foi citado como fator necessário ao bom desenvolvimento do trabalho, consequentemente contribuindo para uma boa qualidade de vida. Sentir-se útil no trabalho é a recompensa moral trazida pelo mesmo, influenciando positivamente o desempenho profissional e a organização do trabalho.

Participar de um estudo como este possivelmente favoreceu aos indivíduos a autorreflexão a respeito do estilo de vida que tem sido adotado, e dos seus desdobramentos na própria vivência diária, nos seus mais diversos aspectos.

Contribuição dos autores

Daniela Aires Cardoso dos Santos: Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Dallyanne Souza Vieira Diniz Morais: Revisão crítica e revisão final; Renata Valero Barbosa Franco; Revisão crítica e revisão final; Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes; Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

- Freire MN, Costa ER. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. *Rev. enfermagem contemporânea* [Internet]. 2016 mar/jul [cited 2018 mar 19]; 5(1). Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/871> . <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i1.871> .
- Moura IH de, Nobre R de S, Cortez RMA, Campelo V, Macêdo SF de, Silva ARV da. Quality of life of undergraduate nursing students. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 mai [cited 2018 mar 14]; 37(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200407&lng=en&nrm=iso&tlng=en . <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55291> .
- Dias EG, Santos AR dos, Souza ELS, Araújo MML, Alves JCS, Mishima SM. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde de uma Unidade Básica de Saúde. *Rev. Cubana de enfermería* [Internet]. 2016 jan [cited 2018 mar 15]; 32(4). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1075> .
- Zavala MOO, Klinj TP, Carrillo KLS. Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016 ago [cited 2016 nov 30]; 24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1149.2713> .
- Carvalho A de MB, Cardoso JA, Silva FAA da, Lira JAC, Carvalho SM. Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Rev. Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [Cited 2018 dez 12]; 9(3): 35-41. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1159/458> .
- Jacques JPB, Ribeiro RP, Martins JT, Rizzi DS, Schmidt DRC. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde* [Internet]. 2015 ago [cited 2018 abr 15]; 36(1): 25-32. Available from: https://www.researchgate.net/publication/283887589_Geradores_de_estresse_para_os_trabalhadores_de_enfermagem_de_centro_cirurgico . <http://10.5433/1679-0367.2014v35n2p25> .
- Karino ME, Feli VEA, Sarguis LMM, Santana LL, Silva SR, Teixeira RC. Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. *Cienc. Cuid. Saúde* [Internet]. 2015 Abr/Jun [cited 2018 abr 16]; 14(2):1011-1018. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21603> . <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.21603> .
- Marques ALN, Ferreira MBG, Duarte JMG, Costa N dos S, Haas VJ, Simões AL de A. Quality of life and working context of nursing professionals of the Family Health Strategy. *Revista Rene* [Internet]. 2015 mai/ago [cited 2016 nov 29]; 16(5). Available from: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500008> .
- Inoue KC, Versa GLG da S, Júnior JAB, Murassaki ACY, Matsuda LMM. Qualidade de vida e no trabalho de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista uninga review* [Internet]. 2018 jan [cited 2018 mar 18]; 16(1). Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1452> .
- Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Rev. Eletrônica* [Internet]. 2015 [cited 2018 abr 15]; 17 (1). Available from: <http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113> .
- Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF). 13 jun 2013 [cited 1 dez 2016]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> .
- Lopes CCP, Ribeiro TP, Martinho NJ. Síndrome de Burnout e sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. *Rev. Enfermagem em foco* [Internet]. 2012 [cited 2018 mar 16]; 3(2): 97-101. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/264/151> .
- Moreira WC, Ferreira AA, Sousa ARR de, Santos WN dos, Silva HLL da, Costa GR da, et al. Night Work And Its Implications In The Quality Of Life Of Nurses. *International Archives of Medicine* [Internet]. 2017 mar [cited 2018 mar 14]; 10. Available from: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2280> . <https://doi.org/10.3823/2364> .
- Sampaio CL, Barros LM, Neri MFS, Neto NMGN, Frota NM, Do Nascimento JC, et al. Nurses' Self-Evaluation of Health and Quality of Life Inside the Workplace. *International Archives of Medicine* [Internet]. 2017 abr [cited 2018 mar 14]; 10. Available from: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2323> . <https://doi.org/10.3823/2367> .

| ARTIGO 2

OS ERROS DE MEDICAÇÃO E OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A SUA PRESCRIÇÃO

Ana Fabíola Rebouças de Souza¹

Johny Carlos de Queiroz¹

Alcivan Nunes Vieira²

Lilian Grace da Silva Solon³

Érica Louise de Souza Fernandes Bezerra¹

<https://orcid.org/0000-0003-1283-4232>

<https://orcid.org/0000-0002-3965-5376>

<https://orcid.org/0000-0003-4222-6262>

<https://orcid.org/0000-0001-9558-3867>

<https://orcid.org/0000-0002-5094-7919>

Objetivo: identificar e analisar os fatores de risco relacionados aos erros de medicação presentes nas prescrições de medicamentos. **Metodologia:** estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com prescrições de medicamentos em Clínica Médica. Os dados foram coletados em formulário estruturado por tópicos: informações relacionadas à prescrição e informações relacionadas ao paciente. **Resultados:** 86,35% das prescrições foram manuscritas; 49,40% eram legíveis e 43,37% pouco legíveis; 54,61% das prescrições continham o nome do medicamento totalmente legível. Em 99,26% dos registros houve o uso de siglas e/ou abreviaturas. Quanto aos dados da medicação identificaram-se: registro da apresentação farmacêutica (90,04%), dose (90,77%), via de administração (96,31%), diluição (83,39%), intervalo entre as doses (95,57%) **Conclusão:** os fatores de risco relacionados ao erro de medicação referem-se também com a qualidade técnica da prescrição. Dados ilegíveis e incompletos comprometem a administração do medicamento e, conseqüentemente, a observância dos princípios de segurança do paciente.

Descritores: Erros de Medicação, Prescrições de Medicamentos, Segurança do Paciente, Enfermagem.

MEDICATION ERRORS AND THEIR RISK FACTORS INHERENT TO THE MEDICINAL PRESCRIPTION

Objective: To identify and analyze risk factors related to medication errors present in drug prescriptions. **Method:** cross-sectional study of quantitative approach performed with medication prescriptions in a medical clinic. Data were collected in a form structured by topics: prescription-related information and patient-related information. **Results:** 86.35% of prescriptions were handwritten; 49.40% were readable and 43.37% poorly readable; 54.61% of the prescriptions contained the name of the fully readable drug. 99.26% of the records used acronyms and / or abbreviations. Regarding the data of the medication were identified: record of pharmaceutical presentation (90.04%), dose (90.77%), route of administration (96.31%), dilution (83.39%), interval between doses (95.57%) **Conclusion:** Risk factors related to medication error also refer to the technical quality of the prescription. Unreadable and incomplete data compromise drug administration and, consequently, compliance with patient safety principles.

Descriptors: Medication Errors, Drug Prescriptions, Patient Safety, Nursing.

LOS ERRORES DE MEDICIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO INTEGRALES A LA PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOSA

Objetivo: identificar y analizar los factores de riesgo relacionados con los errores de medicación presentes en las recetas de medicamentos. **Método:** estudio transversal de enfoque cuantitativo realizado con prescripción de medicamentos en una clínica médica. Los datos se recopilaron en una forma estructurada por temas: información relacionada con la prescripción e información relacionada con el paciente. **Resultados:** 86.35% de las recetas fueron escritas a mano; 49.40% eran legibles y 43.37% pobremente legibles; El 54,61% de las recetas contenían el nombre del medicamento completamente legible. El 99.26% de los registros usa acrónimos y / o abreviaturas. En cuanto a los datos de la medicación se identificaron: registro de presentación farmacéutica (90.04%), dosis (90.77%), vía de administración (96.31%), dilución (83.39%), intervalo entre dosis (95.57%) **Conclusión:** los factores de riesgo relacionados con el error de medicación también se refieren a la calidad técnica de la prescripción. Los datos incompletos e ilegibles comprometen la administración de medicamentos y, en consecuencia, el cumplimiento de los principios de seguridad del paciente.

Descritores: Errores de Medicación, Prescripciones de Medicamentos, Seguridad del Paciente, Enfermería.

Autor correspondente: Alcivan Nunes Vieira. E-mail: alcivan_nunes@yahoo.com.br

¹Universidade Estadual do Rio Grande do Norte-UERN.

²UERN.

³UNIFAP.

Autor correspondente: Alcivan Nunes Vieira. E-mail: alcivan_nunes@yahoo.com.br

Ao longo dos anos, a terapia medicamentosa tornou-se uma das principais intervenções realizadas no cuidado prestado ao paciente nos serviços de saúde. Entretanto, se utilizados erroneamente, os medicamentos podem ocasionar graves consequências para o indivíduo e sua família⁽¹⁾.

Esse uso errado está relacionado a um conjunto de circunstâncias e práticas que geram fatores de risco para a ocorrência de erros. Por sua vez, o erro de medicação é definido como um evento evitável induzido pelo uso inapropriado do medicamento e com grande potencial para prejudicar a saúde do paciente⁽¹⁾.

Esses eventos podem estar relacionados com a prática profissional, aos insumos utilizados no preparo e na administração, características dos rótulos, embalagem, nomenclatura além da composição dos fármacos. Outros itens que integram essa cadeia são a dispensação, distribuição, monitoramento e uso de medicamentos, problemas de comunicação entre os profissionais incluindo até mesmo a prescrição⁽²⁾.

Alguns países chegam a registrar gastos anuais entre US\$ 6 e US\$ 29 bilhões, além dos gastos não calculados, cujos impactos são vivenciados pelos pacientes que foram vítimas desses erros. Dentre eles, destacam-se os danos emocionais decorrentes do afastamento do convívio familiar e do trabalho. Uma pesquisa desenvolvida por uma instituição de ensino norte americana constatou que os erros de medicação correspondem a 20% dos eventos adversos ocorridos durante uma internação hospitalar^(3,4).

No Brasil, a prescrição de medicamentos é normatizada pelas leis federais 5.991/73 e 9.787/99 e pela Resolução 357/01 do Conselho Federal de Farmácia. Ambas explicitam as exigências técnicas necessárias à elaboração da prescrição de medicamentos, incluindo a legibilidade, a escrita dos nomes dos medicamentos por extenso, dosagem, posologia, data e assinatura do profissional prescritor⁽⁵⁾.

A falta de clareza nas prescrições dos medicamentos pode confundir os profissionais de saúde e causar graves danos ao paciente que vão desde o aumento da permanência hospitalar até o óbito. Problemas com a sua legibilidade podem gerar interpretações equivocadas ocasionando a troca do fármaco; a ausência de informações pertinentes, como o nome do prescritor, por exemplo, impossibilita a comunicação entre os profissionais envolvidos no sistema de medicação e assim também concorre para aumentar o risco de se causar danos ao paciente⁽⁶⁾.

Nesse contexto, os erros de medicação se constituem como problema de saúde pública com uma relevância social dada pelo elevado número de internações e, conseqüentemente, o aumento dos gastos com a assistência à saúde ou com a sua reparação por via judicial⁽⁶⁾.

O sistema de medicação é composto por diversas etapas que incluem: prescrição, distribuição, dispensação, preparo, administração e monitoramento. Essas etapas são complexas e abrangem vários profissionais que executam funções interdependentes, sendo as três últimas de inteira responsabilidade da equipe de enfermagem. Embora os erros de medicação relacionados à prescrição estejam entre aqueles que podem desencadear graves complicações para o paciente, geralmente os ocorridos no sistema como um todo são atribuídos apenas a esses profissionais⁽⁷⁾.

Esses erros resultam de múltiplos fatores e, dentre eles, destacam-se a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, a falta de comunicação entre os diversos profissionais envolvidos com o sistema de medicação e as semelhanças físicas dos medicamentos⁽⁶⁾. Os fatores de risco relacionados a esse tipo de erro são muitos e estão presentes no cotidiano assistencial. A prescrição pode favorecer a ocorrência de iatrogenias medicamentosas quando são utilizadas abreviações, quando a caligrafia está ilegível, ou mesmo na falta de informações pertinentes como dosagem ou via de administração, por exemplo, que podem confundir o profissional^(6,7).

Considerando essa problemática, questiona-se: que fatores de risco para a ocorrência dos erros de medicação estão relacionados à prescrição? Quais as implicações desses fatores para a segurança do paciente?

Esta pesquisa teve como objetivos: identificar e analisar os fatores de risco relacionados aos erros de medicação relacionados à prescrição. Sem desconsiderar as demais etapas do sistema de medicação, compreende-se que uma prescrição tecnicamente elaborada minimiza esses fatores de risco e promove a segurança do paciente.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Pesquisa documental, transversal de abordagem quantitativa.

Local do estudo

Pesquisa desenvolvida em um setor de Clínica Médica de um hospital de referência regional no interior do Estado do Rio Grande do Norte.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado nos seguintes tópicos: informações relacionadas à prescrição e informações relacionadas ao paciente; o mesmo foi aplicado às prescrições desenvolvidas para os pacientes do referido setor durante o período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015.

Como critérios de inclusão, foram adotados: ser classificada como prescrição de paciente internado na Clínica Médica; como critérios de exclusão, adotou-se a condição de o prontuário do paciente estar submetido a alguma sindicância interna ou abordagem judicial.

ANÁLISE DOS DADOS

Considerando um intervalo de confiança de 95%, selecionou-se uma amostra de 271 prescrições; desta amostra foi analisada a primeira prescrição de cada paciente por ocasião da sua admissão no referido setor.

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo CEP da UERN (CAAE nº 35837214.2.0000.5294) com o Parecer Consubstanciado nº 807.701.

RESULTADOS

No item informações relacionadas à prescrição, observou-se que, quanto à forma de se redigir, as prescrições foram divididas entre manuscritas (86,35%), digitadas em computador (8,11%) e com redação mista (5,54%). Quanto à caligrafia, a prescrição manuscrita foi classificada como legível (49,40%), pouco legível (43,37%) e ilegível (7,23%). No quantitativo geral da amostra, 88,56% das prescrições apresentavam uma cópia carbonada enquanto que nas demais constava uma segunda via da impressão. Esta segunda via permanecia com os técnicos em enfermagem responsáveis pelo preparo e administração de medicamentos.

A data da prescrição foi detectada em 97,42% dos registros e em 98,15% deles constavam o nome e o número do CRM do prescritor. Identificou-se que 54,61% das prescrições continham o nome do medicamento totalmente legível enquanto que as classificações "Legível em parte" e "Não legível" apresentaram os respectivos percentuais de 41,33% e 4,06%.

O registro da apresentação farmacêutica (90,04%), dose (90,77%), via de administração (96,31%), diluição (83,39%) e do intervalo entre as doses (95,57%) apresentou valores percentuais distintos. Em 99,26% dos registros, houve o uso de siglas e/ou abreviaturas; 88,19% dos registros não continham rasuras e 90,77% deles apresentavam a informação sobre o aprazamento da administração dos medicamentos.

O teste qui-quadrado foi aplicado à informação sobre o aprazamento da administração de medicamentos conforme o tipo de prescrição. Para um nível de significância de 95%, constatou-se que as prescrições manuscritas apresentaram maior percentual de informação completa sobre o aprazamento da administração de medicamentos.

DISCUSSÃO

Os erros fazem parte da natureza humana e sempre existirão, todavia, os sistemas de medicação devem ser bem estruturados com o intuito de promover ações voltadas à minimização de erros, e conseqüentemente, os danos à saúde do paciente. A preocupação com a segurança do paciente tem levado muitos pesquisadores a discutir quais as principais barreiras encontradas pelos profissionais para a adoção de uma cultura de segurança nos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que buscam identificar estratégias a serem utilizadas para prevenir os eventos adversos em saúde (1).

Nesse contexto, verifica-se a importância de identificar os fatores causais de erros de medicação relacionados à redação da prescrição médica, visto que muitos desses erros estão associados à prescrição. Estes erros possuem relação direta com a qualidade técnica da prescrição, principalmente com a sua legibilidade e completude das informações (7-8). Conforme os dados do estudo metade das prescrições ainda apresentam problemas neste aspecto em decorrência da caligrafia do prescritor.

Além de conhecer as fragilidades presentes nas diversas etapas do sistema de medicação, é fundamental averiguar se os profissionais tem ciência dos protocolos estabelecidos pela instituição. Paralelamente, torna-se essencial, à cultura de segurança a identificação dos motivos pelos quais estes protocolos não estejam sendo desenvolvidos adequadamente (9).

Cada etapa tem a sua especificidade e relevância, mas a prescrição por si mesma merece uma atenção diferenciada uma vez que ela pode ser comparada a um comando a partir do qual as intervenções serão realizadas. Historicamente, a caligrafia dos prescritores é citada como um elemento que compromete a segurança necessária ao procedimento (9).

Apesar de ter sido identificado um percentual de 7,23% prescrições ilegíveis, houve também a constatação de 43,37% registros pouco legíveis. Logo, tem-se que mais da metade das prescrições analisadas apresentou algum nível de dificuldade para a sua compreensão, o que implica em dispêndio de tempo extra para se ler e compreender o registro. Esse tipo de prescrição raramente proporciona à equipe de enfermagem todas as informações necessárias para a administração segura de medicamentos tais como o nome do fármaco, sua apresentação, a dose e o intervalo entre as administrações.

Neste estudo, o critério de legibilidade foi estabelecido quando as palavras estavam escritas de modo compreensível, permitindo um entendimento claro do medicamento e da forma farmacêutica prescrita sem que houvesse necessidade de aplicar uma suposta dedução. Entende-se que essa forma de avaliação, em que se utiliza um raciocínio dedutivo, possui

um grau de imprecisão considerável, inclusive porque uma série de fatores individuais e ambientais estão presentes, tais como: a experiência profissional, a disposição do tempo versus demandas de trabalho, a complexidade assistencial do setor e do serviço e, também, a luminosidade do ambiente de trabalho que podem interferir nessa atividade, prejudicando o entendimento daquilo que de fato foi prescrito (9). A legibilidade condiciona a comunicação que é fator indispensável na continuidade da assistência ao paciente. A caligrafia ilegível e a existência de informações incompletas são fatores que favorecem os erros de medicação (6, 9).

Considerando um nível de significância de 5%, a comparação realizada por meio do teste do qui-quadrado entre o tipo de prescrição e o registro das informações sobre os medicamentos mostrou que as prescrições manuscritas apresentaram maior percentual de completude das informações sobre os medicamentos.

Uma alternativa que tem sido viabilizada em muitos serviços para contornar a dificuldade em se obter prescrições legíveis foi a digitação da prescrição por parte do profissional médico. Constitui-se em uma estratégia para prevenir ou minimizar os erros de medicação, uma vez que excluem a dificuldade na leitura causada pela letra ilegível. Embora as prescrições digitadas, quando comparadas às manuais, apresentem diferenças significativas quanto aos dados registrados, elas por si só não são suficientes para garantir um sistema de medicação seguro⁽⁹⁾.

Em relação à identificação do médico prescritor, seja ela através de um carimbo ou do nome por extenso, ressalta-se a sua importância principalmente quando há a necessidade de se esclarecerem dúvidas a respeito da prescrição. É fato que a ausência de informações na prescrição dificulta a comunicação entre os profissionais, bem como o próprio trabalho multiprofissional, colocando em risco a vida dos pacientes⁽¹⁰⁾. A identificação completa do prescritor e do paciente favorece a segurança do paciente pois minimiza a ocorrência de erros de medicação.

A equipe de enfermagem integra o sistema de medicação de forma compartilhada com outras categorias profissionais. Entretanto, como esta equipe realiza o ato da administração em si, cabe-lhe a responsabilidade de fechar um ciclo de etapas onde o efeito terapêutico ou adverso do medicamento será diretamente relacionado a este momento final⁽⁶⁾.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no seu Capítulo III, artigo 78, dispõe que é proibida a administração de medicamentos sem o conhecimento da sua respectiva indicação, ação da droga, via de administração e inclusive dos potenciais riscos inerentes àquele ato. Seguindo o mesmo princípio, ou seja, o de prestar assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou

imprudência, estes profissionais podem se recusar a executar uma prescrição médica na qual não constem a assinatura e o número de registro do profissional prescritor⁽¹¹⁾.

Esse direito também é assegurado quando houver identificação de erro ou uma grafia ilegível ao ponto de comprometer a segurança no ato de administração de medicamentos. Conforme a Resolução nº 487/2015 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), é vedado ao profissional de enfermagem cumprir a prescrição médica à distância bem como a execução da prescrição médica fora da validade, ou seja, 24 horas após a sua elaboração⁽¹²⁾.

Conforme os dados obtidos nesta pesquisa, 99,26% das prescrições apresentaram alguma abreviatura ou sigla. A falta de padronização da nomenclatura dos medicamentos também pode gerar dificuldades na compreensão da prescrição por parte desses profissionais; isso porque existe uma ampla variedade de fármacos disponíveis no mercado e pelo fato de que muitos deles possuem nomes comerciais semelhantes^(1, 5).

Apesar de ser amplamente empregado pelos profissionais de saúde em geral, o uso de abreviaturas em se tratando da prescrição de medicamentos pode gerar interpretações equivocadas da terapêutica indicada. Dependendo do serviço, do setor ou até mesmo da conveniência do profissional, elas podem possuir mais de um significado e, quando a caligrafia está ilegível, há possibilidade de serem confundidas^(1, 2, 5). O uso de abreviaturas precisa ser limitado àquelas padronizadas pela instituição hospitalar; deve-se evitar a abreviatura da forma farmacêutica, via de administração, quantidades ou intervalo entre doses^(1, 3).

A ausência de informações quanto à dose e via de administração é um fator de risco para a ocorrência de erro de medicação, pois pode levar o enfermeiro ou técnico de enfermagem a administrar medicação em uma dose ou via impróprias para aquele determinado fármaco^(1, 3). Os erros de prescrição que ocorrem com maior frequência estão relacionados à ausência do registro da dose e da via de administração do medicamento, representando um potencial risco para o paciente, pois essas informações devem ser checadas antes do preparo e administração do medicamento^(5, 10).

É comum ocorrerem erros de medicação envolvendo medicamentos endovenosos no âmbito hospitalar devido à falta de informação sobre a diluição correta a ser aplicada. Diante disso, é fundamental adotar estratégias junto aos prescritores, reforçar a importância de uma prescrição completa e correta, pois através dela o risco de erros envolvendo medicação para o paciente pode ser reduzido^(2, 5).

As informações sobre alergia medicamentosa estavam ausentes na grande maioria das prescrições coletadas

(98,15%). Apesar de, em sua maioria, essas alergias serem auto-referidas, trata-se de uma informação importante que deve ser buscada em qualquer ocasião que o paciente seja atendido em um serviço de saúde; e, logicamente, precisa também ser registrada no prontuário para que seja do conhecimento da equipe que o assiste^(1,4).

Um dos pilares da cultura de segurança é a identificação correta do paciente em todos os momentos em que esteja prevista uma intervenção profissional nos serviços de saúde. Essa medida é imprescindível para a implementação de uma assistência segura, livre de danos com redução dos fatores de risco para a sua ocorrência⁽¹⁾.

Entretanto, observou-se que algumas prescrições não continham o nome completo do paciente, desconsiderando a existência de homônimos. O teste do qui-quadrado, para um nível de significância de 5%, revelou uma diferença estatística entre o registro do nome completo do paciente entre as prescrições manuscritas e digitadas; as prescrições que foram digitadas apresentaram menor percentual de informação sobre o nome completo do paciente.

Limitações do estudo

Podem ser elencados como limitações deste estudo: sua abrangência restrita a um setor, a necessidade de caracterizar

os prescritores entre profissionais médicos, residentes de medicina e acadêmicos em regime de preceptoría.

CONCLUSÃO

Os fatores de risco para o erro de medicação podem ser relacionados à ausência de informações sobre o medicamento, dosagem, diluição e aprazamento, bem como sobre o próprio paciente. Constatou-se que metade das prescrições analisadas não continha informações suficientes para uma administração segura de medicamentos, tornando esse sistema passível de erros. Esses fatores referem-se diretamente à qualidade técnica da prescrição, pois, dados ilegíveis e incompletos comprometem a administração do medicamento e, conseqüentemente, a observância dos princípios de segurança do paciente.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção do estudo: Queiroz JC e Souza AFR. Análise e interpretação dos dados: Queiroz JC, Souza AFR, Bezerra ELSF, Vieira AN, Solon LGS. Redação do artigo: Queiroz JC e Souza AFR. Análise e interpretação dos dados: Queiroz JC, Souza AFR, Bezerra ELSF, Vieira AN, Solon LGS. Revisão crítica: Queiroz JC e Souza AFR. Análise e interpretação dos dados: Queiroz JC, Souza AFR, Bezerra ELSF, Vieira AN, Solon LGS.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA; 2017.
2. Souza MJ, Real DSS, Cunha ICKO, Bohomol E. Práticas seguras para administração de medicamentos: construção e validação de instrumento. *Enferm Foco* [internet]. 2018 [cited 2018 Mai 11]; 8(4): 20-25. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/973>.
3. Cousins DH, Gerrett D, Warner B. A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over 6 years (2005-2010). *Br J Clin Pharmacol* [internet]. 2012 [cited 2018 Apr 15]; 74(4):597-604. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22188210>.
4. Lisby M, Nielsen LP, Brock B, Mainz J. How are medication errors denied? A systematic literature review of denitions and characteristics. *International Journal for Quality in Health Care* [internet]. 2010 [cited 2018 Mar 04]; 22(6):507-518. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/6/507.full.pdf+html>.
5. Madruga CMD, Souza ESM. Manual de orientações básicas para prescrição médica. 2ª ed. rev. ampl. Brasília: CRM-PB/CFM, 2011.
6. Jacobsen TF, Mussi MM, Silveira MPT. Analysis of prescription errors in a hospital of southern Brazil. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde* [internet]. 2015 [cited 2018 Feb 28]; 6(3):23-6. Available from: www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2015060304000800br.pdf.
7. Pereira CDFD, Tourinho FSV, Santos VEP. Segurança do paciente: avaliação do sistema de medicação por enfermeiros utilizando análise fotográfica. *Enferm. Foco* [internet]. 2016 [cited 2018 mar 19]; 7(1): 76-80. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/672>.
8. Biffittu BB, Dachew BA, Tiruneh BT, Beshah DT. Medication administration error reporting and associated factors among nurses working at the University of Gondar referral hospital, Northwest Ethiopia, 2015. *BMC Nursing* [internet]. 2016 [cited 2018 Jun 19];15(43):1-7. Available from: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0165-3>.
9. Manias, E. Effects of interdisciplinary collaboration in hospitals on medication errors: an integrative review. *Expert Opinion on Drug Safety* [internet]. 2018 [cited 2018 Jun 25]; 17:3. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14740338.2018.1424830?journalCode=ieds20>.
10. Volpe CRG, Melo EMM, Aguiar LB, Pinho DLM, Stiva MM. Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2016. [cited 2018 Jun 22];24:e2742. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02742.pdf.
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 0564/2017 de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 487/2015. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html.
13. Fuchs FD, Wannmacher L. Farmacologia Clínica e Terapêutica; 5ª Ed. Rio de Guanabara Koogan 2017.
14. Silva MVRS, Carvalho Filha FSS, Lando GA, Branco TB, Viana LMM, Costa e Silva HM. Care in the administration of medicines: the responsibilities of nursing professionals. *Rev enferm UFPE* [internet]. 2017 [cited 2018 Apr 30];11 (Supl. 2): 950-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13464>.

PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UM CURSO DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO PARÁ SOBRE HIV/AIDS

Thayse Moraes de Moraes¹

Bruno de Oliveira Santos²

Iaci Proença Palmeira²

Elizabeth Teixeira⁴

Ângela Maria Rodrigues Ferreira⁵

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues⁶

<https://orcid.org/0000-0002-3509-6503>

<https://orcid.org/0000-0001-9411-4700>

<https://orcid.org/0000-0001-9659-3565>

<https://orcid.org/0000-0002-5401-8105>

<https://orcid.org/0000-0001-6321-7512>

<https://orcid.org/0000-0001-9968-9546>

Objetivo: Conhecer as percepções de trabalhadores técnico-administrativos de um curso de enfermagem de uma universidade pública da região Norte do país em relação ao HIV/aids. **Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. **Coleta de dados** por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, realizadas no período de fevereiro a maio de 2015, tendo como participantes 30 trabalhadores técnico-administrativos. O corpus foi submetido à análise temática. **Resultados:** as percepções são multidimensionais pois sustentam-se em três dimensões: os saberes do senso comum (dimensão popular); os sentimentos (dimensão subjetiva); o HIV/aids - doença fatal (dimensão imagética). **Conclusões:** As percepções dos trabalhadores técnico-administrativos permanecem vinculadas ao conhecimento compartilhado em seus grupos de pertencimento social, recebendo influência reduzida das informações científicas circulantes no curso de enfermagem.

DESCRITORES: Enfermagem; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Trabalhadores; Universidades.

PERCEPTIONS OF TECHNICAL AND ADMINISTRATIVE WORKERS FROM A NURSING COURSE IN THE STATE OF PARÁ ON HIV/AIDS

Objective: To learn the perceptions of technical and administrative workers from a nursing course at a public university in the northern region of Brazil on HIV/AIDS. **Methodology:** Descriptive exploratory study with a qualitative approach. **Data** were collected by means of semi-structured interviews from February to May 2015, with the participation of 30 technical and administrative workers. The corpus was submitted to thematic analysis. **Results:** Perceptions are multidimensional because they are based on three dimensions: knowledge of common sense (popular dimension); feelings (subjective dimension); and HIV/AIDS - a deadly disease (imagetic dimension). **Conclusions:** The perceptions of technical and administrative professionals remain associated with the knowledge shared in their social groups, receiving little influence from the scientific information circulating within the nursing course.

Descriptors: Nursing; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Workers; Universities.

PERCEPCIONES DE TRABAJADORES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DE UN CURSO DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE PARÁ SOBRE VIH/SIDA

Objetivo: Conocer las percepciones de trabajadores técnico-administrativos de un curso de enfermería dictado por una universidad pública del Norte de Brasil respecto del VIH/SIDA. **Metodología:** Estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo. **Datos** recolectados mediante entrevistas semiestruturadas individuales, realizadas entre febrero y mayo de 2015. **Participaron** del estudio 30 trabajadores técnico-administrativos. El corpus fue sometido a análisis temático. **Resultados:** Las percepciones son multidimensionales, en razón de que se sustentan en tres dimensiones: los saberes del sentido común (dimensión popular); los sentimientos (dimensión subjetiva); el VIH-/SIDA - enfermedad fatal (dimensión imagética). **Conclusiones:** Las percepciones de los trabajadores técnico-administrativos están directamente vinculadas con el conocimiento compartido en sus grupos de pertenencia social, recibiendo reducida influencia de la información científica difundida en el curso de enfermería.

Descriptores: Enfermería; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; VIH; Trabajadores; Universidades.

¹Faculdade Integrada Brasil Amazônia e Escola Superior da Amazônia

²Universidade do Estado do Pará

³Centro Universitário Luterano de Manaus e Universidade do Estado de Amazonas

Autor correspondente: Thayse Moraes de Moraes. E-mail: thaysem Moraes@gmail.com

INTRODUÇÃO

Após mais de 30 anos, o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids) continua a ser um dos mais sérios desafios mundiais à saúde⁽¹⁾. Em um período de dez anos o Brasil apresentou uma queda de 5,1% dos casos novos. Diferentemente, a região norte apresentou uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção; em 2006, a taxa foi de 14,9 casos/100 mil hab., em 2016 aumentou para 24,8 casos/100 mil hab. O Pará, nos últimos doze anos, apresentou um incremento de 81% (2006 - 13; 2017 - 23,6) e Belém progrediu para 74% (2006 - 29,3; 2017 - 51,1) na taxa de detecção (por 100.000 hab²).

Nesse contexto, ainda que o Brasil desenvolva pesquisas desde o surgimento do HIV/aids, essas possuem uma entrada menor no campo subjetivo, com ênfase em dados epidemiológicos. Dessa forma, observa-se a importância da mudança de estratégias de cuidado, migrando de uma perspectiva curativa para a promoção à saúde. Assim, torna-se importante desenvolver projetos para compreender o cuidado entre trabalhadores em suas particularidades³.

O HIV/aids tem sido um tema exaustivamente estudado em várias vertentes na produção do conhecimento, majoritariamente, com pessoas vivendo com o agravo⁴, estudantes de graduação em saúde⁵ e enfermeiros⁶. Detectou-se uma lacuna referente ao objeto de pesquisa, este trata das percepções dos trabalhadores técnico-administrativos de uma universidade pública sobre o HIV/aids.

Assim, a inovação desse estudo refere-se à possibilidade do desencadeamento de importante eixo de reflexão referente ao papel da universidade e de cursos da área da saúde na promoção da saúde e desconstrução de estigmas, uma vez que os trabalhadores técnico-administrativos se tornam um grupo invisível e/ou esquecido diante do conhecimento social compartilhado no espaço acadêmico.

As tendências da atualidade reforçam a relevância da comunicação, da socialização de informações, e da interação entre os profissionais de saúde e a população bem como entre as instituições de ensino na área da saúde, em especial cursos de enfermagem, e seus trabalhadores. Assim, o objetivo do estudo foi conhecer as percepções sobre o HIV/aids de trabalhadores técnico-administrativos de um curso de enfermagem em uma universidade pública do estado do Pará.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

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

Participantes do estudo

Participaram 30 trabalhadores técnico-administrativos, representando 71,42% do total de 42 trabalhadores. Foram critérios de inclusão: ser trabalhador técnico-administrativo, contratado ou concursado, no exercício de suas funções laborais. Foram excluídos 12 trabalhadores em gozo de férias ou licença no período das entrevistas.

Local do estudo

Realizado nas dependências de um Curso de Enfermagem de uma universidade pública do estado do Pará.

Coleta de dados

A construção das informações foi de fevereiro a maio de 2015, por meio da entrevista semiestruturada individual, com duração de 30 a 40 minutos, com roteiro formado por duas partes: questões fechadas - referente aos dados sociodemográficos, e questões abertas - direcionadas à apreensão de suas percepções sobre o HIV/aids (O que é? Quem adocece? Como adocece? O que sabe? Como sabe? Qual o efeito do que sabe?)

A abordagem ocorreu nos setores de trabalho: procedia-se as apresentações e os convites para se dirigirem à outra sala para consecução das entrevistas. Transcrevia-se as entrevistas na íntegra, que passaram a constituir o corpus de análise.

Procedimentos de análise dos dados

Submeteu-se o corpus à análise de conteúdo temática(7): 1) Pré-análise- fez-se leitura flutuante, identificou-se temas que se repetiam frequentemente, foram recortados do texto em unidades de categorização para análise; 2) Exploração e tratamento do material - análise acurada, visualização de temas centrais e comuns nos relatos; 3) Interpretação dos resultados - associou-se os dados obtidos aos debates dos estudiosos do tema/objeto, significou-se e interpretou-se os resultados, buscando as inferências ocultas em suas falas.

Procedimentos éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, parecer nº 840.486 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Caracterização dos trabalhadores técnico-administrativos

Dentre os participantes, identificou-se 16 mulheres e 14 homens, apontando um equilíbrio entre os gêneros; faixa

etária entre 26 e 35 anos (10); católicos (16); renda entre R\$ 2.000,00 e R\$ 2.900,00 (11) e tinham nível superior (13).

A aquisição de conhecimentos sobre o tema, para os participantes, foi predominantemente por meio de mídia televisiva e conversas no cotidiano (22), já que apenas oito o adquiriram por meio de livros. A análise de conteúdo, possibilitou a identificação de três categorias centrais: os saberes sobre o HIV/aids (dimensão popular); os sentimentos despertados pela síndrome (dimensão subjetiva); e o HIV/aids – doença fatal (dimensão imagética).

Os saberes sobre o HIV/aids (dimensão popular)

Os relatos dos entrevistados, ao serem questionados quanto ao modo de transmissão da síndrome, estavam relacionados ao sexo oral, relações sexuais desprotegidas e transmissão de sangue. Diante da tentativa de entender o processo referente às práticas preventivas adotadas, o preservativo apareceu como método de escolha, assim como o não compartilhamento de seringas e agulhas, observado em: “A transmissão ocorre através de sexo oral, ato sexual sem proteção, transfusão de sangue e material contaminado, como seringas, tanto com o uso de drogas, como nas questões de transfusões de sangue” (E3); “Para evitar o contágio do HIV/aids tem que usar o preservativo!” (E2).

Em relação ao HIV/aids, observa-se que, mesmo entre os entrevistados com maior nível de escolaridade, há um conhecimento ainda incipiente em relação às formas de transmissão e prevenção. Além disso, o acesso à informação sobre IST/aids foi obtido por meio de mídias televisivas e conversas no cotidiano. Apesar disso, conseguimos observar algumas informações corretas sobre as formas de transmissão e “especulações” produzidas pelo imaginário popular, como no relato a seguir: “Tem que se precaver acima de tudo, com o uso de preservativos” (E4).

Os sentimentos despertados pela síndrome (dimensão subjetiva)

Os trabalhadores integram, em seus discursos, dimensões subjetivas como medo, preocupação, angústia e temor, ou seja, sentimentos negativos que afastam as pessoas e estão relacionados com a possibilidade da contaminação à infecção do HIV/aids. As falas a seguir expressam esses sentimentos: “Eu teria mais cuidado, mas não iria mudar minha relação com ele [...]” (E14); “Eu não posso dizer que não seria preconceituosa [...]. O HIV/aids é uma doença muito perigosa e eu não quero morrer assim” (E23).

Outro aspecto a ser destacado refere-se ao fato de alguns participantes não citarem o nome da síndrome, como se a menção à sigla trouxesse consigo desconforto, referindo-se à aids como “essa doença” e “essa coisa”: “Lá perto da minha

casa tem uma criança [...]. Que pegou “essa doença” da mãe, que se contaminou através de uma relação extraconjugal” (E2); “Eu ouvi falar sobre “essa coisa” porque a filha de um amigo pegou o vírus com 16 anos, através de relação sexual com o namorado dela, porque ele era viciado em drogas [...]” (E7).

HIV/aids – doença fatal (dimensão imagética)

Essa categoria emergiu a partir de verbalizações que remetiam a imagens que comparavam a síndrome à história do câncer, uma vez que ambas concebem a mesma rotulação de gravidade: “Acho que o HIV/aids é o caminho do cemitério. Acho que é igual ao câncer, pode até tentar tratar, mas hora ou outra vai morrer” (E15); “Eu não ficaria sem esperança. Daqui a dois... Cinco anos, se descobre a cura de qualquer coisa” (E30).

Quando pensavam em alguém com HIV/aids, o estereótipo de pessoas com lipodistrofia tornou-se um marcador da síndrome, ratificado nas expressões como “pessoa seca”, “meio maracujá” e “pessoa franzina” sendo estas nomenclaturas pejorativas à aparência da pessoa com aids: “Geralmente, a pessoa é seca, ela é tipo um maracujá, uma pessoa franzina [...]” (E30).

Ainda na perspectiva de imagem, a magreza excessiva foi associada à imagem de Cazuza, cantor brasileiro que morreu em consequência de infecções oportunistas decorrentes do HIV/aids, como mostrado nos relatos: “Associo ao Cazuza, ele ficou muito magro e morreu de HIV/aids” (E3); “O Cazuza pegou a síndrome no auge, o início dessa doença no Brasil, como ele assumiu, a repercussão foi bem forte” (E25).

DISCUSSÃO

Os depoimentos apresentam importantes apontamentos em relação a um grupo específico, como trabalhadores técnico-administrativos em seu ambiente laboral e o espaço universitário (formador de profissionais da saúde), contexto em que se espera o adequado acesso às informações para a prevenção da síndrome, além do próprio perfil dos participantes em relação à escolaridade, posto que a maioria possuía nível superior completo, o que originou a primeira categoria relacionada aos saberes sobre o HIV/aids (dimensão popular), tais como as práticas preventivas adotadas e os meios de acesso à informação sobre HIV/aids.

Uma estratégia sinalizada pelos participantes para a prevenção do HIV/aids, foi o uso do preservativo às práticas sexuais propriamente ditas⁽⁸⁾. Ainda referente à prevenção, o não compartilhamento de seringas e agulhas foram apontados, resultado similar a outros estudos^(9,10). Tal fato é embasado no conhecimento de anos anteriores quanto a vulnerabilidade dos usuários de drogas⁽¹¹⁾.

Os resultados chamaram atenção quanto às formas de obtenção de informações por meio de mídias televisivas, que exercem o seu papel apenas como provedora de notícias, sem muita preocupação com a exatidão sobre a síndrome⁽¹²⁾. Essa realidade pode justificar informações incompletas, como por exemplo, a falta de conhecimento sobre os locais de realização do teste anti-HIV, que, se realizado no início da infecção, propicia sua identificação rápida, resultando em uma maior taxa de sobrevivência e maior adesão ao tratamento⁽¹³⁾. O estudo confirma a necessidade de implementação de estratégias como palestras, estudos de casos, rodas de conversa, de modo a se promoverem ações educativas, buscando a aderência às medidas de controle⁽¹⁴⁾.

Nesse contexto, explorou-se mais o assunto e surgiu a segunda categoria: Os sentimentos despertados pela síndrome (dimensão subjetiva), apontando o medo, a preocupação, a angústia e o temor quanto à possibilidade de contaminação à infecção pelo HIV. Esses sentimentos negativos são comuns entre os profissionais de saúde, ao comunicarem o diagnóstico de HIV/aids aos usuários, manifestando o medo do preconceito e do abandono decorrente da discriminação da síndrome⁽¹⁵⁾.

Esse sentimento restringe as relações afetivo-sexuais das pessoas que vivem com HIV/aids, interferindo em suas e enclausurando suas sexualidades por receio de expor-se, causando angústia, repressão e sentimentos de negação⁽¹⁶⁾.

A história da síndrome revela que, no imaginário social, a doença ainda é considerada como vergonhosa e pecaminosa. Fato este que pode servir de explicação para a não citação do nome do vírus e da síndrome, como se sua menção trouxesse consigo vergonha e castigo divino. Na Bíblia há uma citação para rotular “pecadores”, dentre estes, os Homens que fazem sexo com homens (HSH), por irem de encontro aos seus dogmas, uma vez que o HIV foi primeiramente diagnosticado neste grupo. Desse modo, as doenças ligadas ao comportamento sexual ainda são moralmente repreendidas e apontadas culturalmente como enfermidades procuradas e merecidas⁽¹⁷⁾.

A terceira categoria contemplou o HIV/aids – doença fatal (dimensão imagética). Eles associaram, de imediato, à história do câncer, ao expressarem a imagem que lhes vinha à mente quando pensavam em alguém com HIV/aids. Tal fato pode ser explicado porque o HIV/aids, nos primeiros discursos produzidos pela medicina, havia sido rotulado de “câncer gay” – uma vez que a comunidade homoafetiva constituía um dos seus primeiros grupos de vulnerabilidade⁽¹⁷⁾.

As pessoas, em razão das informações que são difundidas, podem utilizar a morte para explicar o desenvolvimento do HIV/aids no homem, semelhante ao que aconteceu com o câncer há alguns anos. Em um estudo realizado com

profissionais da saúde, foi referido, o mito que ainda perdura sobre o vírus do HIV, que o vincula à morte e ao fim da vida. Por outro lado, também foi mencionado que a “cronificação” do vírus faz as pessoas não se preocuparem em ter cuidado quanto a sua contaminação⁽¹⁵⁾.

As mudanças corporais sofridas e percebidas foram relacionadas diretamente à lipodistrofia. Nessa conjuntura, tornou-se um marcador do HIV/aids. Os aspectos corporais denunciam o estado da pessoa, como: magreza, queda de cabelo e adoecimentos frequentes, sinais que remetem à imagem de um corpo esteticamente deformado pelas mazelas trazidas pelo HIV/aids. O corpo materializa a síndrome, tornando pública as vivências de ordem particular do indivíduo. Assim, resta, ao enfermo, o isolamento nosocomial ou ainda o “afastar-se” das pessoas, como se o adoecimento pelo HIV/aids fosse uma circunstância incompatível com a vida em sociedade⁽⁶⁾.

Ainda na dimensão imagética, houve participantes que relacionaram a magreza excessiva à imagem de Cazuza, cantor brasileiro que morreu em consequência de infecções oportunistas decorrentes da aids. Cazuza foi uma das primeiras figuras públicas a assumir, em 1989, que era soropositivo e a falar abertamente sobre sua orientação sexual. Na ocasião do diagnóstico, pesava 68 quilos, em pouco tempo, chegou aos 40k, e faleceu em julho de 1990. Mesmo após 28 anos sem Cazuza, sua imagem corroída pela aids atravessa a barreira do tempo, se materializa e serve de parâmetro para as percepções referentes à doença⁽¹⁸⁾.

Limitações do estudo

Referem-se aos resultados se circunscreverem a uma única instituição de ensino, limitando o grupo de participantes. Não podendo, assim, ser posto como realidade de outras instituições e tampouco replicá-lo em outros contextos.

Contribuições para a prática

Conhecer a percepção dos trabalhadores sobre o HIV/aids em uma instituição de educação superior para formação de profissionais de saúde, pode contribuir para a reflexão sobre o tema, uma vez que traz à tona saberes, preconceitos, dúvidas e temores vivenciados por eles no âmbito do HIV/aids, assumindo particular importância, ao servir de subsídios para o planejamento de ações educativas aos membros de sua comunidade acadêmica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi alcançado, pois passou-se a conhecer as percepções sobre o HIV/aids de trabalhadores técnico-administrativos de um curso de enfermagem em uma universidade pública da região Norte do país.

Na atualidade, dispõe-se de um acervo maior de informações científicas e tecnologias para lidar e cuidar de pessoas com a síndrome, que há três décadas. Todavia, tal evolução não têm sido capaz de contribuir para a redução da prevalência da epidemia (especialmente na região Norte), e tampouco reduzir o estigma e preconceito atrelados à síndrome.

As percepções dos trabalhadores técnico-administrativo permanecem vinculadas ao conhecimento compartilhado em seus grupos sociais, recebendo pouca influência das informações científicas circulantes no curso de enfermagem. Isso interfere em suas percepções e atitudes ante o HIV/aids.

Os resultados, desta pesquisa, apresentam indícios de uma trajetória que urge por mudanças e rupturas de pensamentos

e comportamentos arcaicos, norteados por dogmas culturais e atrelados à história do HIV e aids. Tais achados apontam a importância de circularem informações apropriadas sobre o tema nos contextos institucionais, contribuindo para a construção e divulgação de saberes e atitudes que levem à desconstrução de tabus e estereótipos, e à adoção de medidas de autoproteção contra o HIV/aids.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão: Thayse Moraes de Moraes, Bruno de Oliveira Santos, Iaci Proença Palmeira, Elizabeth Teixeira; Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Ângela Maria Rodrigues Ferreira.

REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). A ONU e a resposta à aids no Brasil. UNAIDS [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 30]. Available from: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico – HIV Aids. Julho de 2017 a junho de 2018. Ministério da Saúde [Internet]. 2018 [cited 2018 Dez 02]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>.
3. Hamann C, Pizzinato A, Weber JLA, Rocha KB. Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. Saúde e Sociedade [Internet]. 2017 [cited 2018 Dez 03]; 26: 651-663. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000300651&script=sci_abstract&tlng=pt.
4. Jesus GJ, Oliveira LB, Caliar JS, Queiroz AA, Gir E, Reis RK. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. Acta Paul Enferm [Internet]. 2017 [cited 2018 Dez 01]; 30(3):301-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000300301&script=sci_abstract&tlng=pt.
5. Magalhães VCS, Oliveira DL, Prado FO. Conhecimento, percepção de risco e atitudes de acadêmicos de Odontologia sobre HIV/AIDS. RGO, Rev Gaúch Odontol [Internet]. 2015 [cited 2018 Dez 02]; 63(3):291-300. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-86372015000300291&script=sci_abstract&tlng=pt.
6. Araújo WJ, Quirino EMB, Pinho CM, Andrade MS. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 15]; 71(supl1):676-81. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0631.pdf.
7. Bardin L. (2016). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
8. Amaral RS, Carvalho STRF, Silva FMA, Dias RS. Soropositividade para hiv/aids e características sociocomportamentais em adolescentes e adultos jovens. Rev Pesq Saúde [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 17]; 18(2):108-113. Available from: <http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8384/5209>.
9. Villarinho MV, Padilha MI. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da aids (1986-2006). Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 10]; 25(1):e0010013. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-0010013.pdf>.
10. Nardelli GG, Malaquias BSS, Gaudenci EM, Ledic CS, Azevedo NF, Martins VE, et al. Conhecimento sobre síndrome da imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 09]; 37(esp):e2016-0039. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37nspe/0102-6933-rngenf-1983-14472016esp2016-0039.pdf>.
11. Bittencourt GKGD, Moreira MASP, Meira LCS, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/aids para construção de diagnósticos de enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 10]; 68(4):579-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0579.pdf>.
12. Araujo ACC. A AIDS na capa de O Globo e da Folha de São Paulo do ano de 2001. Rev Eletrônica do Instituto de Humanidades [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 11]; 18(44):109-124. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/reihm/article/view/4836/2574>.
13. Sousa RMRB, Frota MMA, Castro C, Kendall BC, Kerr LRFS. Percepções de mulheres profissionais do sexo sobre acesso do teste HIV: incentivos e barreiras. Saúde em Debate [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 10]; 41(113):513-525. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0513.pdf>.
14. Linder V, Chaves SE, Strapasson MR. Percepções de mulheres vivendo com o vírus da imunodeficiência humana acerca da impossibilidade de amamentar. Enferm. Foco [Internet]. 2016 [cited 2018 Dez 02]; 7(2): 07-11. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/784/311>.
15. Massignani LM, Rabuske MM, Backes MS, Crepaldi MMA. Comunicação de diagnóstico de soropositividade HIV e aids por profissionais de saúde. Psicol Argum [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 05]; 32(79) Supl.1:65-75. Available from: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20367/19635>.
16. Oliveira FBM, Queiroz AAFLN, Sousa AFL, Moura MEB, Reis RK. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 20]; 70(5):1057-62. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1004.pdf.
17. Brito FLCB, Rosa JM. "OS LEPROSOS DOS ANOS 80", "CÂNCER GAY", "CASTIGO DE DEUS": homossexualidade, AIDS e capturas sociais no Brasil dos anos 1980 e 1990. Revista Observatório [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 30]; 4(1):751-778. Available from: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/3175/12225>.
18. Herzlich C, Pierret J. Uma doença no espaço público. A AIDS em seis jornais franceses. Physis – Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [cited 2018 Nov 29]; 15:71-101. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v2n1/01.pdf>.

ARTIGO 04

ESTRESSE PERCEBIDO EM FAMILIARES DE PACIENTES EM SALA DE ESPERA DE UM CENTRO CIRÚRGICO

Monique Pereira Portella Guerreiro¹

Fernanda Duarte Siqueira¹

Catia Cristiane Matte Dezordi²

Rosane Maria Kirchner¹

Grazielle de Lima Dalmolin¹

Eniva Miladi Fernandes Stumm²

<https://orcid.org/0000-0003-3179-1418>

<https://orcid.org/0000-0002-1157-1779>

<https://orcid.org/0000-0001-5540-4393>

<https://orcid.org/0000-0003-1764-1739>

<https://orcid.org/0000-0003-0985-5788>

<https://orcid.org/0000-0001-6169-0453>

Objetivo: avaliar o estresse percebido de familiares de pacientes em sala de espera de um Centro Cirúrgico e relacioná-lo com variáveis sociodemográficas. **Metodologia:** estudo transversal com 104 familiares de pacientes submetidos à cirurgia que estavam na sala de espera de um Centro Cirúrgico. Foram utilizados o Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Escala de Estresse Percebido. **Resultados:** As maiores médias da Escala de Estresse Percebido pertencem às mulheres, maiores de 40 anos, sem companheiro, com filhos, que recebem menos de três salários mínimos e que cursaram o ensino médio, com diferença estatística significativa observada para variável sexo, exclusivamente. Em geral, os familiares encontravam-se em nível baixo de estresse. **Conclusão:** A espera em sala de Centro Cirúrgico pode contribuir com o surgimento de sentimentos como ansiedade, nervosismo e, conseqüentemente, estresse. É importante incluir o familiar no cuidado de enfermagem, o que inclui a prestação de informações, diálogo e respeito.

Descritores: Estresse Psicológico; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Perioperatória; Família.

PERCEIVED STRESS IN RELATIVES OF PATIENTS IN A WAITING ROOM OF A SURGICAL CENTER

Objective: to evaluate the perceived stress of relatives of patients in the waiting room of a Surgical Center and to relate it to sociodemographic variables. **Methodology:** a cross-sectional study with 104 relatives of patients submitted to surgery who were in the waiting room of a Surgical Center. The Sociodemographic Characterization Form and Perceived Stress Scale were used. **Results:** The highest averages of the Perceived Stress Scale belong to women over 40 years of age, without partners, with children, who receive less than three minimum wages and who attended high school, with a statistically significant difference observed for sex exclusively. In general, the family members were in a low level of stress. **Conclusion:** The waiting room in Surgical Center can contribute with the emergence of feelings like anxiety, nervousness and consequently stress. It is important to include the family member in nursing care, which includes providing information, dialogue and respect.

Descriptors: Stress, Psychological; Nursing Care; Perioperative Nursing; Family.

ESTRÉS PERCIBIDO EN FAMILIARES DE PACIENTES EN SALA DE ESPERA DE UN CENTRO QUIRÚRGICO

Objetivo: evaluar el estrés percibido de familiares de pacientes en sala de espera de un Centro Quirúrgico y relacionarlo con variables sociodemográficas. **Metodología:** estudio transversal con 104 familiares de pacientes sometidos a la cirugía que estaban en la sala de espera de un Centro Quirúrgico. Se utilizó el Formulario de Caracterización Sociodemográfica y Escala de estrés percibido. **Resultados:** Las mayores medias de la Escala de estrés percibido pertenecen a las mujeres, mayores de 40 años, sin compañero, con hijos, que reciben menos de tres salarios mínimos y que cursaron la enseñanza media, con diferencia estadística significativa observada para variable sexo, exclusivamente. En general, los familiares se encontraban a un nivel bajo de estrés. **Conclusión:** La espera en sala de Centro Quirúrgico puede contribuir con el surgimiento de sentimientos como ansiedad, nerviosismo y conseqüentemente estrés. Es importante incluir al familiar en el cuidado de enfermería, que incluye la prestación de informaciones, diálogo y respeto.

Descritores: Estrés Psicológico; Atención de Enfermería; Enfermería Perioperatoria; Família.

¹Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

²Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Autor correspondente: Monique Pereira Portella Guerreiro. E-mail: moh_mohrya@hotmail.com

INTODUÇÃO

Os procedimentos cirúrgicos têm sido essenciais para os cuidados de saúde, em nível mundial, há mais de um século¹. Dados mostram que 11% da carga global de doenças podem ser tratadas com cirurgia². O número de cirurgias realizadas têm crescido, com aumento de 38% em menos de 10 anos. Atualmente estima-se que são realizados mais de 230 milhões de operações cirúrgicas por ano no mundo, com uma média anual de 4.016/100.000 habitantes. Em países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil, a taxa de operações anual é de 295/100.000. O número de informações sobre gestão de centro cirúrgico e operações realizadas no Brasil é escasso³.

A realização de procedimentos cirúrgicos se torna cada vez mais comum e necessária. Porém, mesmo que essa intervenção se torne habitual, ela é uma condição que possui riscos e pode contribuir para ocorrência de estresse, tanto para pacientes quanto para seus familiares. Todavia, muitas vezes, os familiares dos pacientes são esquecidos pela equipe de saúde.

O estresse é definido como qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno, que taxee ou exceda a capacidade de adaptação de um indivíduo ou sistema social⁴. A interação do indivíduo com o estressor é permeada pela interpretação e avaliação cognitiva individual, em nível primário e secundário; identificação das demandas; atribuição de significado ao estressor, que pode incluir ameaça, desafio ou ser irrelevante. Nesse momento o indivíduo opta pelo uso de estratégias de enfrentamento para melhor lidar com o estresse vivenciado⁵.

O familiar que acompanha o paciente pode sentir-se estressado e esgotado física e emocionalmente⁶, portanto, necessita igualmente ser assistido. Pacientes acolhidos por familiares referem menos sintomas de ansiedade do que os acompanhados somente por uma enfermeira ou sem receber acolhimento específico⁷. Diante disso, é evidente que a ausência do acompanhamento familiar demanda maior suporte emocional pela equipe de enfermagem ao paciente⁸, salientando a importância do cuidado extensivo a esse familiar.

Envolver a família no cuidado melhora a interação entre familiares e equipe de saúde e contribui para qualificar a assistência de enfermagem⁹. Devido à importância e necessidade cada vez mais altas da realização de cirurgias tanto no Brasil como no mundo, a relevância da presença de um acompanhante e a escassez de estudos em sala de espera de Centro Cirúrgico, avaliar o estresse percebido de familiares de pacientes submetidos à cirurgia, fornece subsídios para melhor cuidá-los, qualifica a assistência de enfermagem e, conseqüentemente, propicia melhores condições psíquicas

para a atenção ao doente, evidenciando a importância desta pesquisa.

A partir dessas considerações, busca-se responder a seguinte questão: em quais níveis de estresse percebido se encontram os familiares de pacientes em sala de espera de um centro cirúrgico? Com vistas a responder a questão, estabeleceu-se o seguinte objetivo: avaliar o estresse percebido de familiares de pacientes em sala de espera de um centro cirúrgico e identificar associações entre o estresse percebido e as variáveis sociodemográficas.

METODOLOGIA

Tipo

Trata-se de um estudo transversal, integrante de um projeto matricial denominado "Avaliação da dor, estresse e coping em pacientes e familiares no âmbito hospitalar".

Local do estudo

Desenvolvido em um hospital geral, localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O mesmo é filantrópico, de porte IV, abrange cinco coordenadorias de saúde e atende uma população equivalente a 12,9% do Estado. O Centro Cirúrgico (CC) da referida instituição possui seis salas de cirurgia e são realizadas cerca de 478 cirurgias mensais, de média e alta complexidade.

Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram familiares de pacientes submetidos à cirurgia durante o período de coleta de dados, ou seja, de setembro a outubro de 2015, que estavam em sala de espera. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ter relacionamento familiar, seja por consanguinidade, conjugal ou afinidade com paciente submetido à cirurgia; estar presente na sala de espera do CC durante a coleta de dados e ter mais de 18 anos de idade. O critério de exclusão foi: apresentar dificuldade em compreender as questões contidas nos instrumentos de coleta de dados.

Coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram o Questionário de caracterização sociodemográfica elaborado pelas pesquisadoras, contemplando as variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, filhos, renda mensal e grau de parentesco do acompanhante e, também, foi utilizada a Escala de Estresse Percebido, a PSS-10 (Perceived Stress Scale).

A PSS-10 foi elaborada em contexto norte-americano⁽¹⁰⁾ em 1983 e validada no Brasil⁽¹¹⁾ em 2010. Ela mede o grau

em que as situações na vida dos familiares são avaliadas como estressantes. A PSS-10 é composta por 10 itens de múltipla escolha⁽¹¹⁾, identifica a frequência com que a pessoa percebe situações estressantes no último mês e isso inclui, nesse estudo, a análise do estresse vivenciado desde o pré-operatório até o transoperatório, momento este em que o familiar aguarda na sala de espera de centro cirúrgico.

Quanto às opções de respostas da PSS-10, estas variam de 0 a 4 (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre e 4 = sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 7, 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: 1=4, 2=3, 3=2, 4=1, 5=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações das 10 questões.

Os escores podem variar de 0 a 40 e, quanto maiores os escores, maior o estresse. Assim, para a análise, utilizou-se a pontuação da PSS-10 em níveis, para favorecer a avaliação do estresse dos indivíduos. A pontuação final da PSS-10 foi dividida em quatro níveis: de 0-10 sem estresse, 11-20 estresse baixo, 21-30 estresse moderado e 31-40 estresse alto⁽¹²⁾.

A coleta de dados foi realizada nos turnos manhã e tarde pela autora e duas bolsistas de iniciação científica que receberam orientação para coleta, em sala privativa do CC do hospital. Utilizou-se a técnica de amostragem por conveniência. Os familiares que estavam presentes na sala de espera do CC foram abordados, receberam explicação quanto à finalidade e objetivo da pesquisa e os que aceitaram participar, assinaram o TCLE em duas vias, uma em poder do entrevistado e outra da pesquisadora. Participaram da pesquisa 107 familiares. Desses, 3 familiares não responderam os questionários por completo, o que foi considerado como perda; neste sentido, integraram a pesquisa 104 familiares.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram armazenados e organizados em uma planilha eletrônica do programa Excel for Windows (2007) e analisados com o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0. A estatística descritiva foi empregada para análise das variáveis qualitativas, expressas em frequências simples e relativas (%). Para analisar a normalidade dos dados, foi aplicado o teste Kolmogorov-Smirnov. As variáveis quantitativas foram resumidas em medidas de tendência central (média, valor máximo e valor mínimo) e medidas de dispersão (desvio padrão). A pontuação da PSS-10 de cada participante foi somada e alocada nos quatro níveis de estresse referentes. Para verificar relação entre as médias da PSS-10 e variáveis sociodemográficas, foram realizados os testes t de student e ANOVA. O intervalo de confiança adotado foi de 95%.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 20835613.6.0000.5350 e número de parecer 427.613. Todos os participantes assinaram o TCLE. O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A amostra perfaz 104 familiares de pacientes que se encontravam na sala de espera do centro cirúrgico do hospital. Constatou-se que a maioria era de mulheres (72 - 69,2%). Mais da metade (54 - 51,9%) tinha 40 anos de idade ou mais, mínimo de 21 e máximo de 77 anos (40,40±12,70). Quanto à situação conjugal da amostra estudada, a maioria possuía companheiro (78 - 75%) e filhos (80 - 76,9%). Desses, 59 (56,7%) têm até três filhos.

Em relação à escolaridade, 42 cursaram o ensino médio (40,4%), seguido de 32 com ensino superior (30,8%). Quanto à renda mensal familiar, 54 participantes da pesquisa recebiam menos de três salários mínimos (51,9%), 39 (37,5%) mais de três salários e 11 (10,6%) não se sentiram à vontade para informar seu rendimento mensal. O valor mínimo foi de 700,00 reais e máximo de 8.000,00 reais mensais (2412,25±1823,15).

Quanto ao grau de parentesco, os maiores percentuais foram esposo (a) 38 (36,5%) e filho(a) 35 (33,7%), seguidos de mãe/pai 10 (9,6%), irmão 7 (6,7%), nora/genro 5 (4,8%), neto 3 (2,9%), tio 2 (1,9%), cunhada 1 (1%), primo 1 (1%) e sogra 1 (1%).

Sequencialmente, na Figura 1, é explicitada a pontuação da PSS-10 dos 104 participantes da pesquisa, que está dividida nos 4 níveis de estresse. Verifica-se que o maior percentual de participantes encontrava-se em estresse baixo seguido de sem estresse.

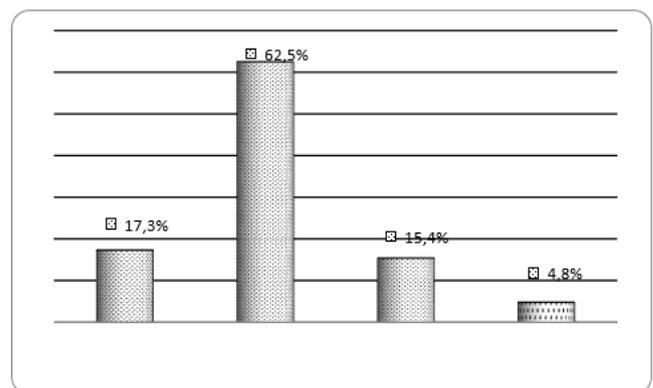


Figura 1: Níveis de Estresse Percebido nos familiares de pacientes na sala de espera de um centro cirúrgico. Rio Grande do Sul/2015.

Fonte: dados da pesquisa

As medidas descritivas do estresse percebido podem ser visualizadas na Tabela 1. A pontuação mínima da PSS-10 foi de dois e a máxima de 36. O nível estresse alto foi o que teve o menor número de pessoas e o nível baixo foi percebido pelo maior número de pessoas.

Tabela 1 - Medidas descritivas e intervalo de confiança dos escores dos níveis do Estresse Percebido. Rio Grande do Sul/2015.

Estresse	N	Média	Desvio padrão	Li*	Ls**	Intervalo de confiança para média de 95%	
Sem estresse	18	6,18	3,13	2	10	4,6	7,7
Baixo	65	15,60	2,83	11	20	14,9	16,3
Moderado	16	23,19	1,94	21	27	22,1	24,2
Alto	5	34,20	1,92	31	36	31,8	36,5
Total	104	16,03	6,96	2	36	14,6	17,3

Fonte: dados da pesquisa; Li*(limite inferior); Ls**(Limite superior).

Em continuidade, na Tabela 2, é explicitada a diferença entre as médias da PSS-10 conforme as variáveis sexo, idade, situação conjugal, filhos, renda mensal e nível educacional.

Tabela 2 - Diferença entre as médias da PSS-10 segundo dados sociodemográficos de familiares em sala de espera de um centro cirúrgico. Rio Grande do Sul/2015.

Dados Sociodemográficos	Categorias	N	Média	Desvio Padrão	Teste t-student p-valor
Sexo	Masculino	32	13,91	5,68	0,037*
	Feminino	72	16,97	7,29	
Idade	20 ----- 40	50	15,60	5,91	0,548
	40 ou mais	54	16,43	7,84	
Situação conjugal	Com companheiro (a)	78	15,58	6,66	0,332
	Sem companheiro (a)	24	17,17	8,01	
Possui filhos	Não	24	14,71	6,51	0,291
	Sim	80	16,42	7,08	
Renda mensal**	Menos de três salários	54	16,93	7,58	0,184
	Três ou mais salários	39	14,90	6,64	

Nível educacional	Ensino fundamental	30	16,43	9,06	0,844***
	Ensino médio	42	15,55	6,10	
	Ensino superior	32	16,28	5,85	

Fonte: dados da pesquisa. * p<0,05 ** Salário mínimo: R\$ 788,00 ***Teste ANOVA

Constata-se que as maiores médias de estresse percebido pertencem às participantes do sexo feminino, indivíduos maiores de 40 anos, sem companheiro (a), com filhos, que recebem menos de três salários mínimos mensais e cursaram somente o ensino fundamental. A variável sexo apresentou diferença estatística significativa (p=0,037).

DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa mostram maiores percentuais de mulheres em sala de espera de centro cirúrgico, média de idade de 40 anos, com companheiros e filhos, semelhantemente ao que traz a literatura, bem como os familiares terem relacionamento com os pacientes por consanguinidade ou afinidade⁽¹³⁾.

Observa-se que, quando um familiar adoece, são as mulheres que assumem a responsabilidade de cuidado e, segundo conceitos da sociedade, à mulher, é atribuído o dom de ajudar os outros⁽¹⁴⁾. Diante disso, as mulheres participantes desta pesquisa perceberam-se mais estressadas, com diferença estatística significativa (p<0,05). Associa-se o fato de a mulher, além de ter um familiar internado em hospital, comumente se preocupa com seus afazeres, como trabalho, atividades domésticas e cuidados com os outros familiares, o que lhe confere uma sobrecarga de afazeres e preocupações, consequentemente, maior estresse.

Os familiares têm, além do doente que está internado no hospital, outras pessoas da família para cuidar, sugerindo que a internação de uma pessoa pode gerar a ocorrência de uma desordem familiar, o que pode contribuir para desencadear estresse⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, identificou-se no presente estudo que os familiares que possuem filhos obtiveram maiores médias na PSS-10. Por outro lado, os familiares que possuem companheiro (a) obtiveram médias menores na escala do que os que não possuem. Ter um companheiro permite sentir-se mais seguro para compartilhar sentimentos e dificuldades e isso pode contribuir para amenizar o estresse⁽¹⁶⁾.

Em relação à escolaridade, o maior percentual foi dos que cursaram o ensino médio, seguido de ensino superior, o que pode ter contribuído para melhor enfrentamento ao estresse dos participantes da pesquisa. A escolaridade pode garantir ao familiar um melhor entendimento dos acontecimentos^(15,17), o que, aliado ao processo de orientação do enfermeiro, pode minimizar a ansiedade⁽¹³⁾ e consequente diminuição do estresse percebido.

Quanto à renda mensal, indivíduos que recebem maiores salários apresentam menor estresse⁽¹⁸⁾. Ter uma renda mensal baixa requer maior controle de gastos à família e com o adoecimento e hospitalização de um familiar, ocorrem gastos extras. Neste sentido, os familiares participantes da pesquisa que recebiam salários mais baixos obtiveram maiores médias na PSS-10.

Os dados do presente estudo mostram que, de maneira geral, os níveis de estresse dos familiares em sala de espera são baixos. Esse fato pode estar relacionado ao seu papel de apoiador ao paciente, pois dar apoio à outra pessoa reduz a resposta ao estresse relacionada ao sistema nervoso simpático (pressão arterial e alfa amilase)⁽¹⁸⁾. Neste sentido, fornecer apoio pode reduzir o estresse, contribuir para o bem estar e refletir em benefícios à saúde, constituindo-se em estratégia de enfrentamento eficaz

Além disso, o baixo nível de estresse nos participantes do estudo pode estar relacionado a um bom acolhimento prestado pela equipe de saúde. A equipe de enfermagem reconhece que o paciente passa horas dentro de um centro cirúrgico e que o familiar fica preocupado. Dessa forma, cabe ao enfermeiro aperfeiçoar o trabalho em equipe no perioperatório, com ênfase no diálogo, participação, envolvimento e prestação de informações⁽¹⁹⁾; por isso, é importante incluir a família no cuidado, que se torna mais humanizado. A atenção ao familiar pode ocorrer em vários momentos, principalmente no momento pré-operatório, prestando-se informações sobre o estado do paciente, o procedimento cirúrgico, respeitando suas dúvidas e angústias, com vistas a tranquilizá-lo.

Estratégias de enfrentamento de estresse mais utilizadas por familiares na sala de espera de centro cirúrgico incluem rezar, mexer no celular e conversar com outras pessoas⁽²⁰⁾. Assim, a oferta de espaços para a realização dessas atividades pode ajudar no enfrentamento do estresse nesses familiares, como a liberdade para exercer sua espiritualidade, com disponibilização de espaço tranquilo para este fim e possibilidade de contato com outros familiares.

Apesar de a maioria estar em níveis de estresse baixo, 21 (20,2%) encontrava-se em estresse de moderado a alto. Os sentimentos mais frequentes de familiares que aguardam em sala de espera são de ansiedade, nervosismo, medo, estresse e angústia e identificam o período como sendo de falta de informação e de demora^(20,21). Isto demonstra que a equipe de enfermagem deve assistir cada familiar, de modo individual, pois reagem de uma forma única e subjetiva.

Verificou-se que os familiares, na sala de espera do centro cirúrgico, sentem-se estressados em vários níveis e necessitam de cuidados individuais pela equipe de saúde, especialmente a de enfermagem, e que uma boa comunicação, prestação de informações e entendimento de

sua importância como apoiador do paciente podem contribuir para a diminuição do estresse vivenciado por eles.

Limitações do estudo

Como limitações deste estudo, não foi investigado o perfil de saúde dos familiares e, principalmente, não houve a inclusão de questões sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles, podendo ter resultados subestimados por falta de informações mais detalhadas de cada um que poderiam estar relacionadas ao estresse. Neste sentido, sugere-se estudos que incluam todos estes dados para um melhor entendimento do estresse.

Contribuição do estudo

Os resultados podem contribuir para um melhor cuidado aos familiares dos pacientes pela equipe de saúde, especialmente de enfermagem. Identifica-se que os familiares muitas vezes se sentem desassistidos e estressados em sala de espera. A inclusão dos familiares no cuidado deve fazer parte da sistematização do cuidado, conferindo melhora da sua qualidade e um cuidado integral, visto que o familiar influencia no cuidado ao paciente.

CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou o estresse percebido de familiares de pacientes em sala de espera de um centro cirúrgico e o relacionou com variáveis sociodemográficas. Evidenciou-se que o estresse está presente com maior percentual em nível baixo de estresse, com diferença estatística significativa observada para variável sexo, exclusivamente, em que as mulheres sentiram-se mais estressadas do que os homens.

A espera em sala de Centro Cirúrgico pode contribuir com o surgimento de sentimentos com ansiedade, nervosismo e medo, conseqüentemente, estresse. É importante incluir o familiar no cuidado de enfermagem, o que inclui a prestação de informações, diálogo, respeito e liberdade para a espiritualidade. Esse cuidado deve ser individual, pois cada familiar reage a situação de procedimento cirúrgico de maneira diferente, conferindo diferentes níveis de estresse em cada um.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Monique Pereira Portella Guerreiro, Eniva Miladi Fernandes Stumm. Análise e interpretação dos dados: Monique Pereira Portella Guerreiro, Rosane Maria Kirchner. Redação do artigo, revisão crítica e revisão final: Monique Pereira Portella Guerreiro, Fernanda Duarte Siqueira, Catia Cristiane Matte Dezordi, Grazielle de Lima Dalmolin, Eniva Miladi Fernandes Stumm.

Agradecimentos

Pelo apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) por meio de

bolsa de iniciação científica, número de processo 16/2551-0000184-7, vigência 03-10-2016 a 03-10-2018.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization [Internet]. WHO: Patient safety; Safe Surgery. s.d. [cited 2018 Jan 15]; Available from: <http://www.who.int/patient-safety/safesurgery/en/>.
- World Health Organization [Internet]. WHO: Emergency and essential surgical care; Surgery: the neglected component of primary care. s.d. [cited 2018 Jan 15]; Available from: http://www.who.int/surgery/esc_component/en/.
- Weiser TG, Haynes AB, Molina G, et al. Size and distribution of the global volume of surgery. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2016 Mar [Citado em 16 jan 2019]; 94(3):201-09F. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4773932/>. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.159293>.
- Lazarus R, Launier R. Stress related transaction between person and environment. In: DERVIN, L. A.; LEWIS, M. *Perspectives in international psychology*. New York, Plenum. 1978. p. 287-327.
- Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Copany, 1984.
- Neves L, Gondim AA, Soares SCMR, Coelho DP, Pinheiro JAM. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em unidade de terapia semi-intensiva. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [Citado em 2019 jan 16]; 22(2):e20170304. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0304.pdf
- Gomes ET, Oliveira RC, Bezerra SMMS. Ser paciente à espera da cirurgia cardíaca: o período pré-operatório na perspectiva heideggeriana. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2018 [Citado em 15 jan 2019]; 71(5): 2535-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0506>
- Erdmann AL, Lanzoni GM de M, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 Fev [cited 2018 Jan 15]; 21(1): 332-39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100007-8&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000100007>.
- Caverzan TCR, Calil ASG, Araujo CS, Ruiz PBO. Humanização no processo de informação prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2017 [citado em 15 jan 2019]; 24(4): 37-41. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/735/726>
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress [Internet]. 1983 Dez [cited 2018 Jan 15]; 24(4):385-96. Available from: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>.
- Reis RS, Hino AA, Añez CR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil [Internet]. *J Health Psychol*. 2010 Jan [cited 2018 Jan 15]; 15(1):107-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20064889>. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105309346343>.
- Patrício ACFDA, Rodrigues BFL, Ferreira MAM, Gomes RA, Brito TDD, Medeiros ARSD, et al. Application of Mental Health Scale and Perceived Stress in Elderly Assisted by Basic Health Units [Internet]. 2016 Abr [cited 2018 Jan 15]; 9(44):1-7. Available from: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1459>.
- Hamester L, Souza END, Cielo C, Moraes MA, Pellanda LC. Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 15]; 24: e2729. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100377&lng=en. Epub Aug 15, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0208.2729>.
- Martins GL, Siqueira FD, Benetti ERR, Dezordi CCM, Bittencourt VLL, Stumm EMF. Estresse e coping em familiares de pacientes no transoperatório de cirurgia cardíaca Stress and coping among patients' relatives in the transoperative of cardiac surgery [Internet]. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*; 2016 Jul [Citado 15 jan 2018]; 8(3):4704-10. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4435>. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4704-4710>
- Arnhold DT, Lohmann PM, Pissaia LF, Costa AEK, Moreschi C. A espera no centro cirúrgico: percepção do familiar [Internet]. *Rev Destaques Acadêmicos*. 2017; [Citado 15 jan 2019]; 9(3): 44-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1329>
- Wachter L, Benetti P, Benetti E, Coppetti L, Gomes J, Stumm EF. Perceived stress of family members of chronic kidney patients on hemodialysis treatment [Internet]. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2016 Abr; [cited 2018 Jan 15]; 10(5):[about ## p.]. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9257>. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201623>.
- Faro A. Análise fatorial confirmatória das três versões da Perceived Stress Scale (PSS): um estudo populacional [Internet]. *Psicol. Reflex. Crit*. 2015 Mar [Citado 15 jan 2018]; 28(1): 21-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000100021&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528103>.
- Inagaki TK, Einsenberger NI. Giving support to others reduces sympathetic nervous system-related responses to stress [Internet]. *Psychophysiology*. 2016 Abr. [cited 2018 Jan 15]; 53(4):427-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26575283>. Epub 2015 Nov 17. <http://dx.doi.org/10.1111/psyp.12578>.
- Carvalho AMB, Cardoso JA, Silva FAA, Lira JAC, Carvalho SM. Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem no centro cirúrgico [Internet]. *Enferm foco* 2018. [Citado em 2019 jan 15]; 9(3): 35-41. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1159/458>
- Arnhold, D., Lohmann, P., Pissaia, L., Costa, A., & Moreschi, C. A espera no centro cirúrgico: percepção do familiar. [Internet] *Revista Destaques Acadêmicos*. 2017. [cited 2018 Dec 21]; 9(3). doi:<http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1329>
- Broering, C.V.; Crepaldi, M..A. Percepções e informações das mães sobre a cirurgia de seus filhos. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2018. [cited 2018-12-22]; 30 (1): 3-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922018000100003&lng=en&nrm=iso. ISSN 1984-0292. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v30i1/1434>.

ESTUDO DE DOIS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS PEDIÁTRICOS

Jéssica Aparecida Rolim Pontes¹
Elena Bohomol¹

<https://orcid.org/0000-0002-8340-7943>

<https://orcid.org/0000-0002-7196-0266>

Objetivo: Analisar tempos de atividades de enfermagem obtidos com o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) e Nursing Activities Score (NAS). **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo e exploratório realizado em unidade de internação cirúrgica pediátrica. A coleta de dados foi realizada utilizando os dados dos prontuários dos pacientes obtidos por meio de visitas diárias, durante três quinzenas. Os dados organizados foram analisados por meio da estatística descritiva. **Resultados:** A amostra contou com 155 prontuários e os pacientes eram predominantemente meninos de 1 a 6 anos, hospitalizados por afecções esplenop hepáticas e gastrintestinais ou geniturinárias. Quanto ao ICPP a pontuação revelou pacientes requerendo cuidados de enfermagem, predominantemente em nível intermediário. Em relação ao NAS, a pontuação representou a necessidade de cuidados de enfermagem intensivos. **Conclusão:** Os dois modelos de classificação não se mostraram equivalentes quanto à quantidade de horas necessárias para assistência em pacientes cirúrgicos pediátricos.

Descritores: Enfermagem pediátrica; Classificação; Carga de trabalho; Avaliação em enfermagem; Recursos humanos de enfermagem no hospital.

STUDY OF TWO CLASSIFICATION SYSTEMS FOR PEDIATRIC SURGICAL

Objective: To analyze times of nursing activities obtained with the Pediatric Patient Classification Instrument (PPCI) and Nursing Activities Score (NAS). **Methodology:** Transversal, descriptive and exploratory study performed in a pediatric surgical hospitalization unit. Data collection was performed using data from patients' charts obtained through daily visits for three fortnight. Organized data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** The sample had 155 charts and the patients were predominantly boys aged 1 to 6 years, hospitalized for hepatic and gastrointestinal or genitourinary splenectomy. Regarding the PPCI, the score revealed patients requiring nursing care, predominantly at an intermediate level. Regarding NAS, the score represented the need for intensive nursing care. **Conclusion:** The two classification models were not equivalent in terms of the number of hours needed for care in pediatric surgical patients.

Descriptors: Pediatric nursing; Classification; Workload; Nursing evaluation; Human resources of nursing in the hospital.

ESTUDIO DE DOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS PEDIÁTRICOS

Objetivo: Analizar tiempos de actividades de enfermería obtenidos con el Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP) y Nursing Activities Score (NAS). **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo y exploratorio realizado en unidad de hospitalización quirúrgica pediátrica. La recogida de datos fuera realizada utilizando los datos de los registros médicos de los pacientes obtenidos por medio de visitas diarias, durante tres quincenas. Los datos organizados fueran analizados por medio de la estadística descriptiva. **Resultados:** La muestra contó con 155 registros médicos y los pacientes eran predominantemente niños de 1 a 6 años, hospitalizados por afecciones esplenop hepáticas y gastrintestinais o genitourinarias. En cuanto al ICPP, la puntuación ha revelado pacientes requiriendo cuidados de enfermería, predominantemente a nivel intermedio. Con relación al NAS, la puntuación representó la necesidad de cuidados intensivos de enfermería. **Conclusión:** Las dos plantillas de clasificación no se han demostrado equivalentes en cuanto a la cantidad de horas necesarias para apoyo en los pacientes quirúrgicos pediátricos.

Descritores: Enfermería pediátrica; Clasificación; Carga de trabajo; Evaluación en enfermería; Recursos humanos de enfermería en hospital.

¹Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP.

Autor correspondente: Jéssica Aparecida Rolim Pontes. E-mail: jessicaarolim@gmail.com

INTRODUÇÃO

Como parte da estruturação dos serviços de enfermagem está o dimensionamento de pessoal, etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de profissionais por categoria para suprir as necessidades da assistência de enfermagem⁽¹⁻⁴⁾. Para esse processo, é necessário conhecer a carga de trabalho existente nas unidades, a qual depende das necessidades de cuidados dos pacientes e do modelo assistencial proposto^(2,5,6).

No Brasil, recomenda-se que a classificação de pacientes seja feita com base na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 543/2017, que permite aos gestores dos serviços planejarem o quantitativo de profissionais necessário, baseados em Sistemas de Classificação de Pacientes (SCP)⁽⁷⁾.

O SCP apresenta informações relativas às condições do paciente, permitindo tomar decisões assertivas em relação aos recursos humanos, processos de melhoria da qualidade assistencial, monitorização da produtividade, além do equilíbrio orçamentário das instituições (8,9). No entanto, existem lacunas relacionadas à carga de trabalho dos profissionais em setores pediátricos, as quais dificultam a execução do processo de dimensionamento de pessoal na área^(5,10).

O SCP pediátrico reconhecido nacionalmente, proposto por Dini em 2011, intitulado Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP), possibilita a categorização dos pacientes conforme as necessidades de cuidados^(1,2,11). Todavia, ao se considerar a especificidade de condições clínicas, como é o caso do paciente pediátrico oncológico, em que há uma sobrecarga dos profissionais, sua eficácia é questionada, comprovando a necessidade de novos estudos⁽¹²⁾.

Em 2013, foi elaborado e validado um instrumento para identificação das atividades de enfermagem realizadas em unidades pediátricas com o intuito de mensurar a carga de trabalho e elaborar propostas em relação a um quadro de pessoal adequado neste tipo de atendimento⁽⁶⁾.

Para atender o paciente recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o Nursing Activities Score (NAS) foi testado para avaliar sua aplicabilidade e consistência nessa população, apresentando-se adequado à demanda⁽¹³⁾. O mesmo instrumento foi aplicado em unidade semi intensiva pediátrica, demonstrando sua efetividade^(5,14).

A assistência voltada ao paciente pediátrico possui peculiaridades e estudos sobre SCP possibilitam caracterizar as unidades em que estão internados, no sentido de prover o dimensionamento adequado de pessoal, gerenciar os recursos materiais e financeiros e promover o envolvimento da equipe para assistir os pacientes com qualidade e segurança. Todavia, pela dificuldade em ter um instrumento que represente o

perfil das necessidades de cuidados de enfermagem destes pacientes, é que se propõe o presente trabalho.

O objetivo do estudo foi analisar os tempos de atividades de enfermagem obtidos por meio dos NAS e ICPP em unidade de internação de pacientes cirúrgicos pediátricos.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório.

Participantes da pesquisa

A amostra foi constituída por 155 pacientes internados em uma unidade de internação cirúrgica pediátrica entre janeiro e março de 2017, cujos responsáveis aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após obterem a explicação sobre os objetivos da pesquisa. Não participaram da pesquisa os pacientes os quais os responsáveis estavam ausentes ou que se recusaram a assinarem o TCLE.

Local do estudo

O estudo foi realizado em uma unidade de internação cirúrgica pediátrica com vinte e cinco leitos de um hospital de ensino do município de São Paulo.

Coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu durante três quinzenas distribuídas entre os meses de janeiro a março de 2017, ocasião em que foram realizadas visitas diárias à unidade para consulta aos prontuários dos pacientes participantes.

Para a obtenção das informações foram utilizados três instrumentos: o primeiro, para a caracterização da amostra para obtenção de informações sobre sexo, idade, diagnóstico de entrada, data da entrada e data de saída da instituição; o segundo, o ICPP, composto por 11 indicadores, cada um graduado de 1 a 4 pontos, em escala crescente às necessidades de cuidado, cuja pontuação pode variar de 11 a 44 pontos, classificados nas categorias de cuidados: mínimos (11 a 17), intermediários (18 a 23), alta dependência (24 a 30), semi-intensivo (31 a 36) e intensivo (37 a 44).⁽²⁾ O terceiro, o NAS, composto de 23 itens com pontuação entre 1,2 a 32 pontos percentuais, cada qual equivalendo a 14,4 minutos. O tempo máximo possível a ser gasto nos cuidados a um paciente pode atingir 176,8%, ou 42,4 horas.^(14,15) As informações para preenchimento dos instrumentos ICPP e NAS foram obtidas da prescrição e evolução médica, prescrição, anotação e evolução de enfermagem e resultados de exames laboratoriais. As informações coletadas foram organizadas em uma planilha Excel®. Foram realizadas 664

consultas aos prontuários durante o período.

Procedimentos de análise dos dados

Para análise dos achados, foi adotada a divisão da faixa etária que orienta a classificação específica do cuidado para menores de seis anos como, no mínimo, intermediária, conforme a Resolução COFEN 543/2017⁽⁷⁾. Também foi considerado o Estatuto da Criança e do Adolescente que define o adolescente com idade entre 12 e 18 anos⁽¹⁶⁾. Como referencial para o tipo e tempo de assistência em horas, foi adotada a mesma Resolução que classifica como horas de enfermagem, por paciente, nas vinte e quatro horas: cuidado mínimo quatro horas, cuidado intermediário seis horas, cuidado de alta dependência ou semi intensivo dez horas e cuidado intensivo dezoito horas.⁽⁷⁾

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva. Foram observadas as medidas de tendência central, como valores máximos e mínimos e média; e medidas de variabilidade, como desvio padrão (dp).

Procedimentos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob número 1.336.964 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 49600715.8.0000.5505. Todos os participantes da pesquisa registraram a sua anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 155 prontuários, analisados durante o período de internação, constituindo uma média diária de 14,8 pacientes, o que representou 59,2% de ocupação da capacidade do local.

Verificou-se a predominância de crianças com idade entre 1 e 6 anos (50,3%); do sexo masculino (55%); hospitalizados por afecções esplenop hepáticas e gastrintestinais (17,4%), seguidas de afecções geniturinárias (15,5%). A maioria (54,8%) teve o tempo de internação entre 1 e 6 dias, 11,6% ficaram internados em um tempo inferior a 24 horas e 8,4% ficaram internados durante mais de 30 dias (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes estudados. (n=155).

Variáveis	n	%
Faixa etária (anos)		
Até 6	93	60
7 a 11	36	23,2
12 a 17	26	16,8
Sexo		
Masculino	85	55
Feminino	70	45

Diagnóstico médico na internação		
Afecções esplenop hepáticas e gastrintestinais	27	17,4
Afecções geniturinárias	24	15,5
Afecções oftalmológicas	21	13,5
Outros motivos	21	13,5
Afecções cardíacas, vasculares e hematológicas	13	8,4
Afecções neurológicas	10	6,5
Afecções respiratórias	10	6,5
Afecções ortopédicas	9	5,8
Afecções clínicas	9	5,8
Infecções	7	4,5
Afecções otorrinolaringológicas	4	2,6
Tempo de internação		
< 24 horas	18	11,6
1 a 6 dias	85	54,8
7 a 14 dias	26	16,8
15 a 29 dias	13	8,4
> 30 dias	13	8,4

Em relação às observações realizadas com o ICPP, verificou-se que a pontuação média no período era de 20,5 pontos (intervalo de 18,4 a 22,5) demonstrando que os pacientes estão classificados na faixa de cuidados intermediários. Verificou-se, também, que os indicadores mais pontuados eram os de cuidados com "eliminações", "terapêutica medicamentosa" e "higiene e cuidado corporal" (Tabela 2).

Ao se estratificar a análise diária, verificou-se que em 75 (11,3%) das informações obtidas demonstravam pacientes com necessidades de cuidados mínimos, 488 (73,5%) como cuidados intermediários e 101 (15,2%) como cuidados de alta dependência. Não foram verificados pacientes com necessidade de cuidados semi intensivos ou intensivos.

Tabela 2 - Escore Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos.

Indicadores	Média período	Desvio padrão
Participação do acompanhante	1,0	0,0
Rede de apoio e suporte familiar	1,5	0,5
Atividade	1,6	0,4
Oxigenação	1,2	0,2
Mobilidade e Deambulação	2,0	0,2
Alimentação e Hidratação	1,5	0,3
Eliminações	2,9	0,3
Higiene e Cuidado Corporal	2,6	0,3
Intervalo de aferição de controles	1,0	0,1
Terapêutica medicamentosa	2,8	0,2

Integridade cutâneo mucosa	2,4	0,2
Pontuação:	20,5	0,9
Média de pacientes por dia:	14,8	3,9

Referente ao NAS, a média de pontuação por dia variou de 32,7% a 62,2%, com média de 46,5% (669,6 minutos). Verificou-se que dos 23 itens da escala, 16 foram utilizados (Tabela 3).

Tabela 3 - Escore Nursing Activities Score.

Atividades de enfermagem	Média Período	Desvio padrão
Monitorização e controles		
4,5		
0,0		
Investigações laboratoriais	4,3	0,0
Medicação, exceto drogas vasoativas	5,6	0,0
Procedimentos de higiene	4,9	1,1
Cuidados com drenos	1,8	0,0
Mobilização e posicionamento	6,7	2,4
Suporte e cuidados aos familiares e pacientes	4,0	0,0
Tarefas administrativas e gerenciais	4,2	0,0
Suporte respiratório	1,4	0,0
Cuidados com vias aéreas artificiais	1,8	0,0
Tratamento para melhora na função pulmonar	4,4	0,0
Medicação vasoativa	-	-
Reposição intravenosa de grandes perdas	-	-
Monitorização átrio esquerdo	-	-
Reanimação cardiopulmonar	-	-
Realização de hemofiltração /dialíticas	-	-
Realização de medida quantitativa de débito urinário	7,0	0,0
Medida de pressão intracraniana	-	-
Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada	-	-
Hiperalimentação intravenosa	2,8	0,0
Hiperalimentação enteral	1,3	0,0
Intervenções específicas na unidade	2,8	0,0
Intervenções específicas fora da unidade	1,9	0,0
Pontuação	46,5	6,2

Foram despendidas em média, 11,16 horas de enfermagem para assistência, o que revelaria o perfil de pacientes desta unidade de internação pediátrica como requerendo cuidados intensivos.

A Tabela 4 mostra os valores obtidos com o ICPP e com o NAS, cujos resultados expressos estão baseados na média pontuada. Para conversão dos valores em horas foi considerada a resolução COFEN 543/2017.(7)

Tabela 4 - Valores Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos e *Nursing Activities Score*.

Instrumento	Valores calculados	Valores em horas	Tipo de cuidado
Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos	20,5	6	Intermediário
Nursing Activities Score	46,5	11,16	Intensivo

DISCUSSÃO

No presente trabalho, foram encontrados dados convergentes com estudos nacionais, em relação à faixa etária, em que se verifica que a maioria das crianças internadas apresenta idade inferior a seis anos^(2,11). No que se refere ao sexo, existe consonância com estudo o qual relata predominância de pacientes do sexo masculino⁽¹¹⁾.

Quanto ao diagnóstico médico, as principais causas de internação encontradas em outras pesquisas estão relacionadas a disfunções respiratórias, cirúrgicas, cardiocirculatórias e hematológicas, as quais demonstram achados diferentes com o estudo atual^(2,8).

No tocante ao tempo de internação, os dados apresentam concordância com uma pesquisa realizada com crianças em pós-operatório de cirurgia torácica que revelou que o tempo de internação variou entre 3 e 12 dias;⁽¹⁷⁾ Outro estudo mostrou que o tempo de internação da maioria da população variou entre 1 e 10 dias⁽¹⁸⁾.

Quanto à classificação com o ICPP, a unidade apresentou perfil de pacientes que requerem cuidados intermediários, indo ao encontro de um estudo realizado em unidade pediátrica de um hospital de ensino que revelou este mesmo achado⁽¹¹⁾. Outro estudo mostrou resultado em que há predominância de pacientes classificados como alta dependência⁽⁹⁾. Nas instituições hospitalares, as unidades de internação caracterizam-se por reunir pacientes com variados níveis de complexidade assistencial e, em muitos casos, pacientes de diferentes especialidades, além de verificar-se condições peculiares, sejam estas relacionadas à presença ou não de acompanhantes, implicando em impactos nas necessidades de assistência e existência de situações de risco ou vulnerabilidade do paciente, impondo atenção constante à equipe de enfermagem⁽²⁰⁾.

Em relação ao NAS, este estudo revelou nível intensivo, com maior proximidade ao nível de alta dependência ou semi-intensivo⁽⁷⁾. Estudo realizado em unidade semi-intensiva pediátrica apontou para o dimensionamento de pessoal de enfermagem compatível com o perfil de pacientes como requerendo cuidados intensivos na primeira internação e de alta dependência ou semi-intensivos na segunda⁽¹⁴⁾. Tal informação impõe uma reflexão para o perfil de pacientes

internados em unidades de internação, que requerem assistência intensa da equipe de enfermagem.

Os achados relacionados à demanda de cuidado revelam que os dois SCP estudados não se mostraram equivalentes em relação à quantidade de horas necessárias para assistência. É possível inferir que o ICPP não aponta algumas atividades contempladas no NAS, as quais são indispensáveis para a população pediátrica no processo de internação.

O ICPP, por exemplo, não contempla a “Investigação laboratorial”, a qual demanda muito tempo, profissionais habilidosos e consiste em uma atividade frequente, sendo realizada pela equipe de enfermagem da unidade pediátrica estudada. Um estudo indicou que procedimentos que envolvem a punção venosa em crianças exigem maior destreza, tempo, habilidade do profissional, com técnicas imprescindíveis para a compreensão da criança, como o brinquedo terapêutico, que visa a redução da dor, do medo e do estresse⁽²¹⁾.

Quanto ao item “Suporte e cuidados aos familiares e pacientes”, é uma ação de enfermagem que demanda tempo da equipe para assistir a mãe ou o cuidador mais próximo, vistos como fontes de segurança para a criança e que também necessitam de atenção e apoio. Assim, a assistência de enfermagem deve ter um enfoque humanizado, olhando as necessidades emocionais e sociais do paciente e da sua família^(21,22).

Sobre as “Tarefas administrativas e gerenciais”, pode-se ressaltar que também demandam tempo. Como exemplos de funções administrativas, estão o planejamento relacionado ao quantitativo de pessoal, a organização do ambiente de trabalho e dos insumos necessários à assistência e a coordenação dos diversos serviços de forma a facilitar a direção e o controle do setor, também encontrados na unidade estudada (23,24).

Dadas às características do paciente pediátrico e as especificidades do hospital estudado, outra atividade que precisa ser levada em consideração são as “Intervenções específicas fora da Unidade”; entre elas está o transporte de pacientes, que inclui o preparo adequado com vistas à sua segurança, necessitando da presença dos profissionais de enfermagem durante este procedimento⁽²⁵⁾.

Reforça-se, portanto, que o cuidado de enfermagem ao paciente pediátrico não se limita a questões assistenciais diretas e pode estender-se a diversas demandas, sejam elas relacionadas ao provimento de recursos, ou ainda às necessidades de orientações, educação e de apoio emocional aos acompanhantes, que são comuns em uma situação de internação hospitalar. O profissional de enfermagem é

o indivíduo que está mais próximo ao paciente durante a hospitalização, e dentro da descrição de suas atividades deve dispor de tempo para o atendimento à uma população que requer cuidados e destreza específicos, como a população pediátrica.

Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo está o tempo utilizado para coleta de dados, pois quanto mais extensa for a coleta de dados, menor o risco de alterações dos resultados relacionados à sazonalidade dos diagnósticos de internação. Além disso, houve perdas de informações durante as visitas à unidade de internação pela necessidade de se obter a anuência dos responsáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nem sempre presentes no momento, o que reduziu a utilização dos dados dos pacientes internados no período.

Contribuições para a prática

Como implicações para a prática, este estudo mostrou que há diferenças significantes de resultados na classificação dos pacientes pediátricos a depender do instrumento utilizado. Tal fato impõe um alerta aos gestores de serviços de enfermagem para que não haja erros relacionados à demanda de cuidados requeridos e ao dimensionamento de profissionais, para que a assistência seja realizada com segurança e qualidade.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados foram capazes de caracterizar os pacientes cirúrgicos pediátricos atendidos na unidade de internação. Eles permitiram concluir que os dois SCP analisados não se mostraram equivalentes em relação à quantidade de horas necessárias para assistência, ressaltando atividades que são realizadas pela equipe de enfermagem do local, conforme o modelo assistencial adotado pelo serviço.

Novos estudos são necessários para que se avaliem os modelos de gestão e atribuições específicas dos enfermeiros e profissionais de nível médio envolvidos na assistência e seu impacto no tempo de assistência ao paciente.

Contribuição dos autores

A autora Jéssica Aparecida Rolim Pontes foi responsável pela obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística e redação do artigo. A Elena Bohomol realizou a concepção e desenho da pesquisa, a revisão da análise e interpretação dos dados, bem como a revisão crítica e final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Dini AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDR, Guirardello EB. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2018 Set 02];45(3):575-580. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a04.pdf>
2. Dini AP, Guirardello EB. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2018 Set 02];48(5):787-793. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-787.pdf
3. Paula RCC, Rodrigues MA, Santana RF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Fev 13];9(1):25-30. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1813/422>
4. Souza MS, Barlem JGT, Hirsch CD, Rocha LP, Neutzling BRS, Ramos AM. Dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem: competências dos enfermeiros. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Fev 13];9(2):50-55. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1072/445>
5. Trettene AS, Luiz AG, Razera APR, Maximiano TO, Cintra FMRN, Monteiro LM. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Semi-intensiva especializada: critérios para dimensionamento de pessoal. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2018 Set 07];49(6):960-966. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0960.pdf
6. Santos NC, Fugulin FMT. Construção e validação de instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades pediátricas: subsídio para determinação da carga de trabalho. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2018 Set 07];47(5):1052-60. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1052.pdf
7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 543 de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2018 Set 07]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
8. Campagner AOM, Garcia PCR, Piva JP. Aplicação de escores para estimar carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2014 [cited 2018 Set 07];26(1):36-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n1/0103-507X-rbti-26-01-0036.pdf>
9. Dini AP, Guirardello EB. Construção e validação de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Set 07];26(2):144-149. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a07.pdf>
10. Assis MN, Andrade ACR, Rogenski KE, Castilho V, Fugulin FMT. Intervenções de enfermagem em pediatria: contribuição para a mensuração da carga de trabalho. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2018 Set 07];49(Esp2):83-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0083.pdf>
11. Dini AP, Alves DFS, Oliveira HC, Guirardello EB. Validade e confiabilidade de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2018 Set 07];22(4):598-603. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-r-lae-22-04-00598.pdf
12. Andrade S, Serrano SV, de A Nascimento MS, Peres SV, da Costa AM, de Lima RA. Avaliação de um instrumento para classificação de pacientes pediátricos oncológicos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2018 Set 07];46(4):816-821. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/05.pdf>
13. Bochembuzio L, Gaidzinski RR. Instrumento para classificação de recém nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2005 [cited 2018 Set 07];18(4):382-389. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a06v18n4.pdf>
14. Trettene AS, Fontes CMB, Razera APR, Prado PC, Bom GC, von Kostersch LM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem referente à promoção do autocuidado em unidade de terapia semi-intensiva pediátrica. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2017 [cited 2018 Set 07];29(2):171-179. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-29-02-0171.pdf>
15. Queijo AF, Padilha KG. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2018 Set 07];43(Spe):1018-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a04v43ns.pdf>
16. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. 1990 [cited 2018 Set 02]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
17. Costa JAS, Bachichi T, Holanda C, Rizzo LALM. Experiência inicial com um sistema de drenagem digital no pós-operatório de cirurgia torácica pediátrica. *J Bras Pneumol*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Set 02];42(6):444-446. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n6/pt_1806-3713-jbpneu-42-06-00444.pdf
18. Da Silva SM, de Lima SS, de Andrade MC, das Neves CMA, Avila PES. Caracterização dos Pacientes Internados em uma Enfermaria Pediátrica de um Hospital de Referência de Belém-PA. *R bras ci Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2018 Set 07];20(3):213-18. Available from: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/23226/15863>
19. Rossetti AC, Gaidzinski RP, Bracco MM. Determinação da carga de trabalho e do dimensionamento da equipe de enfermagem em um pronto-socorro pediátrico. *einstein* [Internet]. 2014 [cited 2018 Set 07];12(2):217-22. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n2/pt_1679-4508-eins-12-2-0217.pdf
20. Carlesi KC, Padilha KG, Toffoletto MC, Henriquez-Roldán C, Juan MAC. Ocorrência de incidentes de Segurança do Paciente e Carga de Trabalho de Enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2018 Set 07];25:e2841. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2841.pdf
21. Medeiros G, Matsumoto S, Ribeiro CA, Borba RIH. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2018 Set 07];22(Especial - 70 Anos):909-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/13.pdf>
22. Ferreira MJM, Dodt RCM, Lima AM, Marques DRF, Pinheiro SMPR. Percepção dos acompanhantes sobre dispositivos invasivos em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Fev 14];9(2):18-22. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1031>

23. Luvisotto MM, Vasconcelos AC, Sciarpa LC, Carvalho R. Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro na clínica médico-cirúrgica. *einstein* [Internet]. 2010 [cited 2018 Set 02];8(2 Pt 1):209-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0209.pdf

24. Vasconcelos RO, Bohrer CD, Rigo DFH, Marques LGS, Oliveira JLC, Tonini NS, Nicola AL. Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Fev

14];7(3/4):56-60. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/944>

25. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 376 de 24 de março de 2011. Dispõe sobre a participação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde [Internet]. 2011 [cited 2018 Set 02]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3762011_6599.html

ARTIGO 6

DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lillian Dias Castilho Siqueira¹
Michel Coutinho dos Santos¹
Igor Tadeu de Siqueira Calmon¹
Pedro Cubas Siqueira Junior¹

<http://orcid.org/0000-0003-4682-4331>
<http://orcid.org/0000-0001-7981-1823>
<http://orcid.org/0000-0001-9916-0757>
<http://orcid.org/0000-0002-3008-4423>

Objetivo: caracterizar o perfil dos pacientes e dimensionar o quantitativo de profissionais de enfermagem para a unidade de clínica médica. **Método:** Estudo descritivo e transversal em que os pacientes foram classificados de acordo com instrumento referendado pela Resolução COFEN no 543/2017, e em seguida, proposto o dimensionamento de acordo com a mesma Resolução. **Resultados:** das 3415 classificações realizadas, 35,8% foram pacientes de cuidados mínimos, 28,6% cuidados intermediários, 20,9% alta dependência, 14,1% cuidados semi-intensivos e 0,6% cuidados intensivos. **Evidenciou-se** déficit de cinco enfermeiros em relação à recomendação do COFEN e superávit de 12 técnicos/auxiliares de enfermagem. **Conclusão:** Evidenciou-se superávit da equipe disponível, porém, com diferenças entre as categorias profissionais. Houve déficit de cinco enfermeiros e superávit de 12 técnicos/auxiliares de enfermagem. O estudo pode contribuir na disseminação da temática à enfermagem com vistas à busca de melhores resultados assistenciais e condições de trabalho satisfatórias.

Descritores: Administração hospitalar; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem.

Objective: to characterize the profile of the patients and to size the nursing staff of a medical clinic unit. **Method:** Descriptive and cross-sectional study in which the patients were classified according to the instrument approved by COFEN Resolution no 543/2017, and then proposed the sizing according to the same Resolution. **Results:** amongst the total of 3415 classifications made, 35.8% were patients in minimal care, 28.6% were intermediate care patients, 20.9% were highly dependent, 14.1% were semi-intensive and 0.6% were in intensive care. There was a deficit of five nurses in relation to the COFEN's recommendation and a surplus of 12 nursing technicians / assistants. **Conclusion:** There was a surplus of the available team, however, with differences between the professional categories. There were deficits of five nurses and surplus of 12 nursing technicians / assistants. The study may contribute to the dissemination of the topic to nursing in order to seek better care results and satisfactory working conditions.

Descriptors: Hospital administration; Quality of Health Care; Nursing.

Objetivo: caracterizar el perfil de los pacientes y dimensionar el cuadro de personal de enfermeira de la unidad de clínica médica. **Método:** Estudio descriptivo y transversal en que los pacientes fueron clasificados de acuerdo con instrumento refrendado por la Resolución COFEN no 543/2017, y luego propuesto el dimensionamiento de acuerdo con la misma Resolución. **Resultados:** se realizaron 3415 puntuaciones y se encontraron 35,8% pacientes em cuidados básicos, 28,6% en cuidados intermedios, 20,9% en alta dependencia, 14,1% en semi-intensivos, y 0,6% en cuidados intensivos. Se evidenció déficit de cinco enfermeros en relación a la recomendación del COFEN y superávit de 12 técnicos / auxiliares de enfermería. **Conclusión:** Se evidenció superávit del equipo disponible, sin embargo, con diferencias entre las categorías profesionales. Hubo déficit de cinco enfermeros y superávit de 12 técnicos / auxiliares de enfermería. El estudio puede contribuir en la diseminación de la temática a la enfermería con miras a la búsqueda de mejores resultados asistenciales y condiciones de trabajo satisfactorias.

Descritores: Administración Hospitalaria, Calidad de la Atención de Salud, Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem adquirido destaque no manejo das crescentes tecnologias e na assistência prestada aos pacientes. Enfermeiros, além de constituir uma carga de trabalho efetiva e constante, desempenham um papel crucial na promoção da segurança do paciente e na prestação de uma assistência em saúde de qualidade. Há evidências de que detectam, interceptam e corrigem eventos adversos potenciais, a partir da tomada de decisão e intervenções na assistência direta ao paciente⁽¹⁻²⁾.

Estudos nacionais e internacionais enfatizam que qualidade e segurança apresentam relação direta com recursos humanos em saúde, envolvendo, principalmente, os aspectos qualitativos e quantitativos⁽³⁻⁵⁾.

No que diz respeito à quantidade de profissionais de enfermagem necessários a prestação da assistência aos usuários, o dimensionamento de pessoal constitui a etapa inicial do processo de provimento desses profissionais, com a finalidade de assegurar a quantidade adequada de recursos humanos em enfermagem de modo a suprir as necessidades de assistência aos pacientes⁽⁶⁾.

O dimensionamento inadequado dos recursos humanos em enfermagem interfere negativamente na qualidade da assistência. Um sub ou hiper dimensionamento da categoria mais expressiva e numerosa das instituições hospitalares pode causar impacto nos custos, qualidade, inclusive no aumento da mortalidade em setores de cuidados críticos⁽⁷⁻⁸⁾.

No contexto nacional atual, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é apoiado legalmente pelo Conselho Federal de Enfermagem⁽⁹⁾, por meio da Resolução COFEN 543/2017, que estabelece os parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços de saúde, com base no Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). Isto significa que dimensionar a quantidade de profissionais de enfermagem necessários à assistência requer identificar as características dos pacientes no que diz respeito à demanda de cuidados de enfermagem.

A classificação de pacientes apresenta-se como ferramenta indispensável tanto na condução do dimensionamento de pessoal quanto na realização de estimativa de necessidades de cuidados para cada paciente⁽⁶⁾. No que tange à escolha dos instrumentos disponíveis na literatura para a classificação de pacientes, o importante é que se considere os aspectos operacionais e as realidades das práticas assistenciais de cada instituição.

O Sistema de Classificação de Pacientes propicia melhorias na gestão dos serviços, uma vez que classifica os pacientes com base na condição clínica e nas reais necessidades de cuidado. Neste sentido, compete ao enfermeiro a gestão do pessoal de enfermagem de acordo com a necessidade

de assistência requerida pelos pacientes considerando sua dependência em relação aos cuidados de enfermagem^(9,10). Como método de gerenciamento, a adoção de um SCP pode otimizar a alocação de trabalhadores, melhorar o registro das necessidades dos pacientes, bem como comparar as ações de enfermagem entre os diferentes setores hospitalares. Por outro lado, a ausência de um sistema de classificação de pacientes no contexto hospitalar pode comprometer a qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que favorece a sobrecarga de trabalho, estresse, insatisfação profissional, com conseqüente aumento dos índices de mortalidade, morbidade, absenteísmo e custos hospitalares⁽¹¹⁻¹³⁾.

Devido ao desconhecimento do grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem e diante da necessidade de conduzir o dimensionamento do pessoal de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil assistencial dos pacientes adultos internados na unidade de clínica médica e propor o dimensionamento de profissionais de enfermagem adequado para a unidade.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes internados na clínica médica da instituição durante o período da coleta dos dados, independente do diagnóstico médico e do tipo de tratamento. É relevante destacar que todos os pacientes foram avaliados diariamente, mesmo aqueles que já haviam sido observados nos dias anteriores.

Local do estudo

O estudo foi realizado na unidade de internação da clínica médica do HU-UFGD, instituição localizada na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul, cuja gestão é conduzida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública criada pela Lei Federal no 12550, de 15 de dezembro de 2011⁽¹⁴⁾.

A unidade de clínica médica apresenta 33 leitos e é subdividida em duas bases, Base 3 e Base 4, cada uma com sua escala diária de profissionais de enfermagem e, contendo, respectivamente, 17 e 16 leitos.

Coleta dos dados

Para classificar os pacientes, utilizou-se o instrumento

do sistema de classificação de pacientes de Fugulin (15). É composto por nove áreas do cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica. Cada variável é pontuada de um a quatro. A somatória desses pontos pode variar de nove a 36 e indica a complexidade assistencial do paciente: cuidados mínimos (nove a 14 pontos), cuidados intermediários (15 a 20 pontos), cuidados de alta dependência (21 a 26 pontos), cuidados semi intensivos (27 a 31 pontos) e cuidados intensivos (acima de 31 pontos)⁽¹⁵⁾. Para preencher o instrumento, realizou-se a entrevista e a observação dos pacientes.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2018, por enfermeiros assistenciais devidamente capacitados para esta finalidade. Os pacientes internados foram classificados uma vez no dia, na categoria que melhor identificasse o seu nível de dependência.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados referentes à classificação de pacientes foram analisados com base na soma das pontuações e a classificação do tipo de cuidado.

Para o cálculo do dimensionamento, foram utilizadas as recomendações da Resolução COFEN 543/2017⁽⁹⁾. Calculou-se a quantidade de pessoal de enfermagem (QP) com base nos escores da classificação de pacientes, no total de horas de enfermagem (THE), no número de dias da semana (DS), na jornada semanal de trabalho (JST), que assume o valor de 36 horas nas unidades assistenciais. Além disso, considerou-se o índice de segurança técnica (IST), composto tanto pelas ausências previstas (descanso semanal remunerado, feriado não coincidente com o domingo e férias) e as ausências não previstas (faltas, licenças e suspensões)⁽²²⁾. Foi utilizada a taxa de ocupação de 100%, a fim de que a quantidade dimensionada de profissionais fosse ajustada à quantidade total de leitos ativos da unidade.

Após a obtenção desses índices, realizou-se a distribuição percentual de profissionais de enfermagem, por categoria e por nível de complexidade assistencial.

Procedimentos éticos

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução no 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, com o parecer número 2.885.992, com dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois a avaliação da complexidade assistencial dos pacientes é considerada uma atividade cotidiana do enfermeiro e os pacientes não foram

submetidos a nenhum outro procedimento em decorrência da aplicação do instrumento.

RESULTADOS

Classificação diária dos pacientes por grau de dependência

No período de 120 dias consecutivos, todos os pacientes da unidade foram classificados de acordo com o instrumento proposto, totalizando 3415 observações. Estas não correspondem ao número total de pacientes, pois o mesmo paciente pode ter sido classificado mais de uma vez, de acordo com o tempo de permanência na unidade. Os resultados evidenciaram: 1223 (35,8%) pacientes em cuidados mínimos, 977 (28,6%) em cuidados intermediários, 715 (20,9%) em alta dependência, 480 (14,1%) em cuidados semi intensivos e 20 (0,6%) em cuidados intensivos.

Outros indicadores da unidade referente aos quatro meses consecutivos foram: a média de pacientes dia 13,3 pacientes/dia Base 3 e 14,9 pacientes/dia Base 4 e taxa de ocupação 78,1% Base 3 e 93,3% Base 4.

Do total de pacientes analisados, ambas as bases apresentaram maior número de pacientes classificados como cuidados mínimos. Sequencialmente, enquanto na base 3 houve percentual maior de pacientes de cuidados intermediários, na base 4 o destaque ocorreu para pacientes classificados como alta dependência. Apenas a base 4 apresentou pacientes de cuidados intensivos. Vale destacar que por ser uma unidade de internação de clínica médica esperava-se que não houvesse pacientes classificados nesta última categoria.

Dimensionamento dos profissionais de enfermagem

A partir da classificação diária dos pacientes de acordo com o instrumento proposto, calculou-se a carga de trabalho da unidade referente aos quatro meses de coleta de dados e, deste modo, foi possível quantificar o pessoal de enfermagem para prestar assistência aos pacientes. A unidade pesquisada obteve uma carga de trabalho média diária requerida de 97 horas para a base 3 e 123 horas e 20 minutos para a base 4. Tal diferença no número de horas de enfermagem nas duas bases está relacionada ao maior quantitativo de pacientes de cuidados de alta dependência e semi intensivos na base 4. A Tabela 1 mostra a carga de trabalho da unidade, em ambas as bases.

Tabela 1 – Carga de trabalho da unidade. Dourados, MS, 2018

Grau de cuidado	MP* Base 3	MP Base 4	HR**	THE*** Base 3	THE Base 4
Mínimo	7,6	4,5	4	30,4	18,0
Intermediário	6,6	3,1	6	39,6	18,6
Alta dependência	2,4	4,3	10	24,0	43,0
Semi intensivo	0,3	4,0	10	3,0	40,0
Intensivo	0,0	0,2	18	0,0	3,6
Total	16,9	16,1		97,0	123,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*MP: Média de Pacientes

**HR: Horas requeridas (total de horas de enfermagem para cada tipo de cuidado)

***THE: Total de Horas de Enfermagem (total de horas requeridas)

Em relação ao cálculo do IST, foram consideradas as ausências previstas e não previstas, no que diz respeito a seis e 12 horas de cada turno de trabalho (diurno e noturno). Foram obtidos os índices para cada grupo e em seguida, calculada a média ponderada dos ISTs, a fim de considerar a quantidade de funcionários de cada grupo. Além disso, foi incluído o percentual relativo ao quantitativo de pessoal que deve ser disponibilizado para coberturas relacionadas à rotatividade de pessoal e educação permanente, conforme disposto no artigo 13 da Resolução COFEN no 543/2017 (9). Com isso, o IST considerado condizente com a necessidade e a realidade do HU-UFGD, com base nos levantamentos realizados é 1,33 (33%).

A Tabela 2 mostra o quantitativo de pessoal calculado com base na série histórica de 120 dias e a equipe disponibilizada na unidade no mês de julho de 2018.

Tabela 2 – Número de profissionais requeridos e disponibilizados com base no cálculo de dimensionamento do pessoal de enfermagem em unidade de internação de clínica médica. Dourados, MS, 2018

Profissionais	QP* Base 3	QP Base 4	Total	Equipe disponibilizada Base 3	Equipe disponibilizada Base 4	Total
Enfermeiros	8	11	19	6	8	14
Técnico de enfermagem	18	21	39	23	28	51
Total	26	32	58	29	36	65

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*QP – Quantidade de pessoal de enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN⁽²⁾.

DISCUSSÃO

A determinação do grau de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem fornece subsídios para o cálculo do dimensionamento de pessoal de enfermagem, essencial para o planejamento e organização da assistência⁽³⁾. A literatura aponta que o conhecimento dos enfermeiros em relação ao instrumento de classificação de pacientes utilizado institucionalmente faz com que atribuam maior importância aos conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem⁽¹⁶⁾.

No que se refere à classificação diária dos pacientes, os resultados desta pesquisa apontam maior número de pacientes classificados como cuidados mínimos na unidade pesquisada, seguidos de pacientes de cuidados intermediários. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos conduzidos em unidades de clínica médica⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. Investigação que identificou o perfil dos pacientes internados na clínica médica em um hospital de ensino do Ceará, evidenciou maior número de pacientes classificados como cuidados mínimos. Este conhecimento, de acordo com os autores, embasa o melhor planejamento da assistência, com intervenções específicas que melhor atendam às necessidades dessa clientela, facilitando o dimensionamento do pessoal de enfermagem⁽¹⁷⁾.

Pesquisa realizada com o objetivo de coletar dados e informações para subsidiar o dimensionamento da equipe de enfermagem da unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília (HUB), instituição também gerida pela EBSEH, encontrou maior número de pacientes classificados como cuidados mínimos e intermediários. Os autores relataram que a caracterização da unidade favoreceu a obtenção de dados gerenciais importantes e foi possível conhecer o perfil dos pacientes assistidos, bem como o período de tempo trabalhado pelos profissionais, facilitando, desta forma, o planejamento e adequação das rotinas assistenciais⁽¹⁴⁾.

Outro estudo recente realizado na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Regional da Área Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, apresentou resultados diferentes dos achados desta pesquisa. Na distribuição por categoria de cuidados, observou-se maior número de pacientes classificados como cuidados semi-intensivos e cuidados de alta dependência⁽¹⁸⁾.

Constatou-se a permanência de pacientes classificados como cuidados intensivos (0,6%) na unidade estudada, problemática também apontada por outros estudos, que, ao discorrerem sobre as possíveis causas da presença desse perfil de pacientes nas unidades de internação, destacaram a escassez de leitos em Unidades de Terapia Intensiva e as

avaliações inadequadas das altas dos setores críticos do hospital⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Nessa perspectiva, a necessidade de prestar assistência a pacientes de cuidados semi-intensivos e intensivos em unidades de internação exige dos profissionais de enfermagem uma atenção mais especializada e complexa, muitas vezes incompatível com os recursos disponíveis⁽¹⁹⁾.

Os aspectos relacionados ao índice de segurança técnica (IST) considerados pela Resolução 543/2017 envolvem o percentual referente a férias e ausências não previstas (15%), cobertura relacionada a situações de rotatividade de pessoal e educação permanente (5%) e cobertura de profissionais com idade acima de 50 anos e com limitação/restrição para o exercício das ações (10%) (9). Isso significa um IST de no máximo 30%. No entanto, há divergências descritas na literatura que indicam a necessidade de novos estudos sobre a temática. Estudo (6) aponta IST de 65% para jornada de 30 horas semanais, incluindo 40% para folgas semanais remuneradas, 3,6% para feriados não coincidentes com domingo, 9% para 30 dias de férias, 3% para faltas e licenças e 1,5% para treinamentos e capacitações.

No que diz respeito aos cálculos do dimensionamento de pessoal, ao se comparar o quantitativo de profissionais de enfermagem projetado para a unidade de clínica médica estudada com o quadro existente, nota-se que existe déficit de cinco enfermeiros em relação ao número recomendado pelo COFEN para suprir as necessidades do setor. Por outro lado, em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, há 12 profissionais excedentes na escala de trabalho, em comparação à equipe projetada de acordo com os cálculos do dimensionamento. Assim, o quantitativo de pessoal total para a assistência de enfermagem evidencia superávit geral considerando a equipe disponível, porém, com diferenças entre as categorias profissionais.

De acordo com a Regulamentação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, os cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida, bem como os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos, além de capacidade de tomada de decisões imediatas são algumas das atividades privativas do enfermeiro (20). Diante disso, o quantitativo reduzido desse profissional pode ocasionar sobrecarga de trabalho, com conseqüente comprometimento da qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes.

Nesse contexto, a literatura aponta que existe uma relação entre a formação profissional e taxa de mortalidade dos pacientes⁽²¹⁾. Estudo internacional conduzido em nove países europeus mostrou que uma maior proporção de enfermeiros na equipe está associada a melhores resultados assistenciais. Os autores relataram que o aumento de 10% na

proporção de enfermeiros em um hospital é associado com 7% na diminuição da probabilidade de morte de pacientes. Afirmam ainda que, o aumento de um paciente por enfermeiro é associado a 7% na probabilidade de um paciente cirúrgico morrer dentro de 30 dias da admissão⁽²¹⁾.

Além disso, o quantitativo de técnicos de enfermagem disponível superior ao estimado, conforme evidenciado neste estudo, deve ser visto com atenção pelas lideranças de enfermagem. Isso porque a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros pode fazer com que técnicos e auxiliares assumam ações privativas daqueles profissionais, comprometendo a supervisão e o gerenciamento do cuidado, e, portanto, a qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes⁽²²⁾.

No entanto, o aumento no número de enfermeiros não necessariamente significa melhorias na qualidade assistencial. Estudo iraniano que investigou os fatores que propiciam a falta de prestação das ações de enfermagem, identificou que a utilização de enfermeiros inexperientes é ineficaz em muitas situações assistenciais, impondo sobrecarga de trabalho aos enfermeiros experientes. Além disso, apontou que profissionais inexperientes carecem de conhecimentos relacionados às necessidades de saúde dos pacientes, consumindo tempo considerável para obter tais informações de outros membros da equipe⁽²³⁾.

Neste aspecto, a adequação da equipe de enfermagem nas instituições de saúde é imprescindível e, para tanto, a utilização das ferramentas gerenciais e o compromisso da alta gestão são indispensáveis para se alcançar o dimensionamento correto para um cuidado seguro, efetivo e individualizado. A compreensão das condições nas quais a enfermagem atua é essencial para a decisão gerencial em prol de melhorias, especialmente por ser uma profissão que busca a promoção do bem-estar dos seus clientes⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Limitações do estudo

Os elementos limitantes deste estudo foram a ausência de informações sobre o perfil epidemiológico dos pacientes internados e sobre o perfil dos profissionais atuantes na unidade.

Contribuições do estudo para a prática

O presente estudo contribuirá para a disseminação da temática à enfermagem com vistas à busca de melhores resultados assistenciais e condições de trabalho satisfatórias, bem como auxiliar o enfermeiro na negociação da readequação do quadro de pessoal e dos processos de trabalho que contribuam com a melhoria da qualidade da assistência.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o maior número de pacientes assistidos na unidade de clínica médica foi classificado como cuidado mínimo, seguido de pacientes de cuidados intermediários e alta dependência. O quantitativo de pessoal total dimensionado para a assistência de enfermagem evidenciou superávit geral considerando a equipe disponível, porém, com diferenças entre as categorias profissionais, ou seja, houve déficit de cinco enfermeiros e superávit de 12 técnicos/

auxiliares de enfermagem.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Lillian Dias Castilho Siqueira, Michel Coutinho dos Santos, Igor Tadeu de Siqueira Calmon, Pedro Cubas Siqueira Junior.

REFERÊNCIAS

- Pinto DM, Schons ES, Busanello JB, Costa VZ. Segurança do paciente e a prevenção de lesões cutâneo-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5): 771-8.
- Branco LLVW, Beleza LO, Luna AA. Carga de trabalho de enfermagem em UTI neonatal: aplicação da ferramenta nursing activities score. *Rev Fund Care Online*. 2017; 9(1):144-151.
- Vandresen L, Pires DEP, Lorenzetti J, Andrade SR. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39: e2017-0107.
- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nurs-ing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2017 [cited 2018 Dec 5]; 26(7):559-68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477662/pdf/bmjqs-2016-005567.pdf>.
- Cho E, Lee NJ, Kim EY, Kim S, Lee K, Park KO, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016 [cited 2018 Dec 12]; 60:263-71. Available from: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(16\)30056-6/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(16)30056-6/pdf).
- Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Lima AFC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Instituições de Saúde. In: KurcogantP. Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 116-27.
- Griffiths P, Ball J, Murrells T, Jones S, Rafferty AM. Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016[citado em 2018 jan. 19]; 6(2): e008751. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/2/e008751.full.pdf>.
- Van den Heede K, Diya L, Lesaffre E, Vleugels A, Sermeus W. Increasing nurse staffing levels in Belgian cardiac surgery centres: a cost-effective patient safety intervention? *JAN*. 2010; 66(6):1291-96.
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília: COFEN; [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 31]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
- Gil GP, Vituri DW, Haddad MCL, Yannuchi MTO. Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011 jul/set [cited Jan 9, 2018]; 13(3):456-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a11.htm>.
- Ganley L, Gloster AS. An overview of triage in the emergency department. *Nurs Stand*. [Internet]. 2011 [cited 2018 Dez 17]; 26(12):49-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.26.12.49.s55>.
- Galimberti S, Rebora P, Mauro S, D'Ilio I, Vigano R, Moiset C, et al. The SIPI for measuring complexity in nursing care: evaluation study. *Int J Nurs Stud [Internet]*. 2012 Mar [cited 2018 Dez 17]; 49(3):320-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.016>.
- Fugulin FMT, Lima AFC, Castilho V, Bochembuzio L, Costa JA, Castro L, et al. Cost of nursing staffing adequacy in a neonatal unit. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2019 Jan 18]; 45 (Spec No):1582-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000700007>.
- Macedo CM, Machado VB. Dimensionamento da equipe de enfermagem na clínica médica de uma instituição hospitalar de ensino. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10 (5):4271-8.
- Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcogant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13 (1): 72-8.
- Souza MS, Barlem JGT, Hirsch CD, Rocha LP, Neutzling BRS, Ramos AM. Dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem: competências dos enfermeiros. *Enferm. Foco*. 2018; 9 (2): 50-55.
- Nobre IEAM, Barros LM, Gomes MLS, Silva LA, Lima ICS, Caetano JA. Sistema de classificação de pacientes de Fugulin: perfil assistencial da clínica médica. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11 (4):1736-42.
- Araújo MT, Velloso ISC, Queiroz CF, Henriques AVB. Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade de clínica médica. *RECOM*. 2016; 6 (2): 2223-34.
- Barbosa HB, Paiano LAG, Nicola AL, Fernandes LM. Nível de complexidade assistencial de pacientes e o quantitativo de profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2014; 4 (1): 29-37.
- Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. [citado em 2019 jan. 03]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Heede VK, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
- Borges F, Bohrer CD, Bugs TV, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-Adulto de hospital universitário público. *Cogitare Enferm*. 2017[citado em 2018 jan.15];22(2): e50306. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.50306>.
- Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A qualitative study. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018;5:327-36.
- Grebisnki ATKG, Biederman FA, Berte C, Barreto GMS, Oliveira JLC, Santos EB. Carga de trabalho e dimensionamento de pessoal de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *Enferm. Foco*. 2019; 10 (1): 24-28.
- Araújo MAN, Lunardi-Filho WD, Silveira RS, Souza JC, Barlem ELD, Teixeira NS. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Enferm Foco*. 2017; 8 (1): 52-56.

ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS LÍDERES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDAGEM COMPREENSIVA

Claudete Aparecida Conz¹

Reginaldo Santos de Aguiar²

Heliandra Holanda Reis²

Maria Cristina de Jesus Pinto³

Vera Lúcia Mira¹

Miriam Aparecida Barbosa Merighi¹

<https://orcid.org/0000-0002-1204-185X>

<https://orcid.org/0000-0002-4685-2423>

<https://orcid.org/0000-0002-0964-4238>

<https://orcid.org/0000-0002-8854-690X>

<https://orcid.org/0000-0002-5896-3948>

<https://orcid.org/0000-0002-9705-2557>

Objetivo: compreender, na perspectiva de enfermeiro, sua atuação como líder da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, com abordagem da fenomenologia social, realizada em um Hospital Público de uma metrópole brasileira, por meio de entrevistas com 11 enfermeiras. **Resultados:** dificuldades do relacionamento interpessoal provenientes da escassez de pessoal, interferência de outras autoridades hierárquicas e demanda excessiva de trabalho promovem o desgaste nas relações de trabalho e dinâmica da liderança de enfermagem. Melhoria das condições de trabalho da equipe de enfermagem e oportunidade de aperfeiçoamento profissional são mencionadas pelas enfermeiras como expectativas de sua atuação como líderes da Unidade de Terapia Intensiva. **Conclusão:** políticas de contratação, aperfeiçoamento contínuo dos profissionais e humanização no trabalho, assim como adoção de princípios de liderança que incluam a motivação pessoal, envolvimento e necessidades dos liderados podem contribuir para ampliar a autonomia da enfermeira no serviço, maximizando seu papel de líder.

Descritores: Enfermagem; Liderança; Terapia Intensiva; Pesquisa Qualitativa.

PERFORMANCE OF NURSING LEADERSHIP IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A COMPREHENSIVE APPROACH

Objective: To understand the role of the nursing team leader in the Intensive Care Unit (ICU). **Methodology:** this was a qualitative study with a social phenomenology approach carried out in a public hospital of a Brazilian metropolitan area. A total of eleven nurses were interviewed. **Results:** difficulties in interpersonal relationship due to shortage of personnel, interference of other hierarchical authorities, and excessive work demands may lead to conflicting work relationships and affect the ICU nursing leadership. The interviewees pointed out that improvements of the work conditions of the nursing team and the opportunity for professional qualification are some of their expected assignments as ICU leaders. **Conclusion:** employee hiring policies, continuous improvement of professionals and humanization at work, as well as adoption of leadership principles addressing employee's personal motivation, involvement and needs, can contribute to increase the autonomy of the nurse in the healthcare service and maximize their leadership role.

Descriptors: Nursing; Leadership; Critical Care; Qualitative Research.

ACTUACIÓN DE ENFERMEROS LÍDERES DE UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: ENFOQUE COMPRENSIVO

Objetivo: comprender en la perspectiva del enfermero, su actuar como líder del equipo de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo. **Metodología:** investigación cualitativa, con abordaje de la fenomenología social, realizada en un Hospital Público de una metrópoli brasileña, por medio de entrevistas con 11 enfermeras. **Resultados:** dificultades en las relaciones interpersonales provenientes de la escasez de personal, interferencia de otras autoridades jerárquicas, y demanda excesiva de trabajo promueven el desgaste en las relaciones de trabajo y en la dinámica del liderazgo de enfermería. Mejoras de las condiciones de trabajo del equipo de enfermería y oportunidad de crecimiento profesional son mencionadas por las enfermeras como expectativas de su actuar como líderes de la Unidad de Cuidado Intensivo. **Conclusión:** políticas de contratación, crecimiento continuo de los profesionales y humanización en el trabajo, así como adopción de principios de liderazgo que incluyan la motivación personal, participación y necesidades de los liderados pueden contribuir para ampliar la autonomía de la enfermera en el servicio, maximizando su papel de líder.

Descriptores: Enfermería; Liderazgo; Cuidados Críticos; Investigación Cualitativa.

¹Universidade de São Paulo-USP/SP.

²Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo-HC/USP.

³Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF/MG.

Autor correspondente: Claudete Aparecida Conz. E-mail: clauenf@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A liderança do enfermeiro é fundamental para o trabalho da equipe de enfermagem, pois pode influenciar o comportamento e as atitudes de todos os membros em relação ao cuidado oferecido⁽¹⁾. Estudo, que relacionou liderança de enfermagem e qualidade de cuidados, mostrou que os enfermeiros estabeleciam liderança dialógica e colaborativa com a equipe para desenvolver ações efetivas com vistas a melhorar os cuidados oferecidos. No entanto, as dificuldades experienciadas no direcionamento das ações das pessoas e as características do ambiente hospitalar foram considerados desafios enfrentados no sentido de implementar metas de melhoria da qualidade do atendimento e integração da equipe de enfermagem⁽²⁾.

O papel de líder requer do enfermeiro visibilidade no âmbito da organização e maior disponibilidade de tempo com a sua equipe, de modo a promover ambiente de trabalho e relações interpessoais saudáveis que valorizem os colaboradores⁽³⁾.

A Unidade de Terapia Intensiva é um cenário de alta complexidade, dinâmico e especializado em prover cuidados a pacientes graves e instáveis. Contudo, tais particularidades contribuem para o desgaste e sofrimento dos profissionais, favorecendo os conflitos relacionais⁽⁴⁾. Considerando a liderança como uma habilidade construída e solidificada a partir de experiências relacionais com pessoas e ambientes, líderes da área de saúde devem buscar a criação de um ambiente de trabalho favorável, harmonioso e menos conflituoso tanto para os profissionais como para os pacientes⁽⁵⁾.

A busca na literatura mostrou que a temática liderança em enfermagem envolve aspectos amplos, como gerenciamento dos enfermeiros nas diferentes unidades hospitalares, e quando relacionados à Unidade de Terapia Intensiva, focalizam condições ambientais e fatores relacionados à gestão de modo geral⁽⁴⁻⁶⁾, condições nas quais as características do ambiente influenciam na satisfação profissional e nas práticas do cuidado de enfermagem⁽⁷⁻⁸⁾, nas competências do enfermeiro⁽⁹⁾, além do desgaste e insatisfação desse profissional no trabalho⁽¹⁰⁾.

A presente investigação evidencia a percepção do enfermeiro sobre como é liderar a equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva, com destaque para a intersubjetividade vivenciada entre os membros dessa equipe. Indagou-se: como é para o enfermeiro atuar na Unidade de Terapia Intensiva como líder da equipe de enfermagem? Quais suas expectativas em relação à sua atuação?

O objetivo foi compreender, na perspectiva de enfermeiro, sua atuação como líder da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo qualitativo com abordagem da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz, que adotou os pressupostos teóricos: intersubjetividade e motivação humana para a ação (motivos porque e para da experiência)⁽¹¹⁾. Na realidade social, indivíduos apreendem significados que resultam das relações intersubjetivas, que estimulam as ações cotidianas. Essas experiências vividas (passadas e presentes) constituem os motivos porque, que são os conhecimentos adquiridos ao longo da vida, por meio de predecessores e dos advindos da experiência. Esses motivos impulsionam para a idealização de projetos (motivos para). O conjunto de motivos porque e para leva à experiência humana no mundo social⁽¹¹⁾.

Participantes da pesquisa

Enfermeiros que atuavam no cargo de líderes de 11 Unidades de Terapia Intensiva, independentemente do tempo de formação e atuação no cargo. A amostra foi intencional, sendo que todos participaram da pesquisa, não havendo exclusão de nenhum depoimento.

Local do estudo

O estudo foi realizado em um Hospital Público de grande porte de São Paulo, que possui 11 Unidades de Terapia Intensiva, separadas por especialidades. Cada unidade é liderada por uma enfermeira e conta com equipe multiprofissional formada por médicos, residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas.

Coleta dos dados

Realizou-se contato prévio para esclarecimento do objetivo do estudo. Após o aceite, as entrevistas foram agendadas conforme conveniência de cada uma e realizadas nas dependências do estabelecimento hospitalar, em salas reservadas, indicadas pelas próprias entrevistadas. A fim de garantir o anonimato, as enfermeiras foram identificadas pela letra "L" (Líder), seguida do número correspondente à ordem em que as entrevistas foram realizadas (L1 a L11).

Para obtenção dos dados utilizou-se um roteiro de entrevista guiada por questões abertas: como é para você exercer a liderança na Unidade de Terapia Intensiva? Quais são suas expectativas em relação ao seu trabalho? Além disso, registrou-se o tempo de formação e atuação na instituição e no cargo de liderança.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, no período de janeiro a março de 2017 e gravadas em áudio após permissão dos participantes. O tempo médio de duração de cada uma foi de 55 minutos.

Procedimento de análise dos dados

O conteúdo de todos os depoimentos foram considerados pela riqueza de significados, totalizando uma amostra de 11 entrevistas, que foram organizadas, categorizadas e analisadas conforme os passos metodológicos descritos por pesquisadores da fenomenologia social⁽¹²⁾. As transcrições foram lidas na íntegra; selecionou-se e agrupou-se os trechos que apresentavam aspectos comuns relacionados aos “motivos porque” e “motivos para” da experiência dos enfermeiros líderes na Unidade de Terapia Intensiva. Discutiram-se os resultados a partir dos conceitos da fenomenologia social de Alfred Schütz e literatura temática.

Procedimentos éticos

Não houve conflito de interesses na pesquisa e foram levados em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital cenário do estudo, sob o número 1.754.831.

RESULTADOS

Todas as entrevistadas eram mulheres e especialistas em gerenciamento em enfermagem. A média do tempo de formação foi de 13 anos; 12 anos de atuação na instituição e oito anos no cargo de liderança na Unidade de Terapia Intensiva. Da análise dos depoimentos, emergiu o modo como enfermeiros líderes de enfermagem atuam na Unidade de Terapia Intensiva e suas expectativas em relação à sua atuação.

Atuação de enfermeiras líderes de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (motivo porque)

Os depoimentos das enfermeiras mostram que é preciso ter atitudes positivas para conseguir resolver os conflitos advindos das relações humanas e liderar a equipe de enfermagem: “...o que faz a diferença no meu trabalho é o trato com as pessoas, é a forma como lido com minha equipe ...ao liderar minha equipe, não posso me pautar somente nos textos teóricos, eles são maravilhosos, mas na prática é bem diferente ...algumas situações são muito conflituosas e difíceis e eu tenho que me posicionar para motivá-los a mudar e melhorar o que não está bom” (L10).

A demanda excessiva de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva e a interferência de outras autoridades hierárquicas são alguns dos fatores mencionados pelas enfermeiras como dificultadores do relacionamento interpessoal no serviço, distanciando-as dos membros da equipe de enfermagem: “...a demanda é grande ...fora o desgaste físico e emocional, ...me

sinto o recheio do sanduíche, fico no meio sendo bombardeada pelos dois lados ...e por causa disso não consigo trabalhar melhor com minha equipe” (L1); “...sou cobrada pelos meus diretores... a quantidade de material e recursos humanos é ruim, e isso impacta na minha forma de liderar” (L5); “... ter que liderar as pessoas é muito difícil” (L4); “...por mais que eu fale... a maior influência não é minha, mas sim dos meus superiores hierárquicos” (L3).

A escassez de recursos humanos que sobrecarrega os profissionais foi mencionada pelas enfermeiras como dificultador do trabalho de liderança na Unidade de Terapia Intensiva: “...as pessoas estão ficando sobrecarregadas ...essa sobrecarga impede a troca de informações e o estabelecimento de boa relação, porque estão sempre no limite ...para mim é mais complicado ainda, porque tenho que tentar apoiar e ajudar minha equipe a alcançar os objetivos ...mas é difícil, porque nem eles e nem eu temos tempo para discutirmos os problemas e, com isso, sinto que estou falhando na minha função de líder” (L7).

As restrições médicas dos trabalhadores diminuem o quantitativo de pessoal, gerando mais conflitos no ambiente de trabalho: “...outro problema são os funcionários com restrições ...é difícil trabalhar essa questão ...fazer com que os demais compreendam que precisam desenvolver o trabalho em equipe e serem mais tolerantes é muito difícil” (L3).

Apesar das dificuldades enfrentadas as enfermeiras demonstram satisfação com seu papel de líder e se esforçam para desempenhá-lo bem: “...mesmo que a carga horária seja excessiva e as condições de trabalho difíceis, eu desenvolvo a liderança da minha equipe da melhor forma possível dentro da realidade em que me encontro e com os recursos que estão disponíveis” (L10).

Promover o envolvimento dos membros da equipe na resolução dos problemas foi uma estratégia relatada pelas participantes para maximizar a liderança: “...a instituição não é perfeita e tem seus problemas, mas eu procuro dar “feedback” para a minha equipe. Sempre que possível, mostro o que deu e o que não deu certo e peço a opinião deles sobre como podemos melhorar. Procuro valorizar minha equipe” (L11).

Expectativas das enfermeiras líderes na Unidade de Terapia Intensiva (motivos para)

A valorização profissional foi referida como sendo uma expectativa das enfermeiras que atuam como líderes: “...espero ter mais valorização profissional para poder desempenhar meu papel de liderança” (L1); “...as pessoas precisam reconhecer o meu trabalho, o meu mérito como líder” (L2).

Como um modo de valorização profissional, as enfermeiras esperam conseguir um local adequado para as pausas no trabalho e legalização do horário de descanso. Isso

foi mencionado como um fator facilitador de liderança da equipe: "...tem que ter uma copa e um banheiro decente ...outra coisa importante é a legalização do horário de descanso do pessoal do noturno, porque sabemos que o descanso existe, mas fica tudo subentendido. Só assim conseguirei estimular e incentivar minha equipe a dar o melhor de si" (L4); "... sonho com um plano de carreira que me possibilite trabalhar e desenvolver melhor a minha equipe (L8).

As entrevistadas referem também o desejo de aperfeiçoamento profissional da equipe de enfermagem: "...espero que haja mais treinamento para as enfermeiras assistenciais. ... percebo que nem sempre as decisões são coesas e isso dificulta a minha liderança com a equipe (L6); "... gostaria que houvesse um plano de aprendizagem contínua para os enfermeiros para que conseguíssemos adequar teoria e prática" (L9).

DISCUSSÃO

Na perspectiva das enfermeiras, a liderança na Unidade de Terapia Intensiva é permeada por conflitos relacionais com a equipe de enfermagem, além de sofrer interferência de superiores hierárquicos, o que impacta diretamente nas relações e dinâmica do trabalho. Uma pesquisa realizada na Austrália mostrou que a colaboração, em todos os níveis de hierarquia, e a comunicação positiva na Unidade de Terapia Intensiva facilitaram o atendimento aos pacientes e as tomadas de decisões. Opostamente, os conflitos entre os membros da equipe, as limitações ambientais e a falta de um espaço reservado para discussão dos casos foram os principais causadores de frustração e empecilhos para colocar em prática os planos de cuidado⁽¹³⁾.

Sabe-se que a competência de liderança requer autonomia nas tomadas de decisões. Estudo que associou ambiente das práticas de enfermagem e satisfação profissional em Unidades de Terapia Intensiva mostrou que o ambiente foi favorável para a autonomia e relações entre médicos e enfermeiros, apontando satisfação profissional por 272 (94,77%) participantes⁽⁶⁾. Na China, investigação que avaliou o desgaste do enfermeiro e a insatisfação no trabalho em unidades críticas, também concluiu que a satisfação profissional e o bom desenvolvimento da liderança estão especialmente ligados à autonomia e ao bom relacionamento da equipe multiprofissional⁽¹⁰⁾.

De acordo com as entrevistadas, a escassez de recursos humanos, que inclui os casos de restrição médica dos membros da equipe de enfermagem, impactaram diretamente na sobrecarga dos profissionais sob a liderança do enfermeiro. Estudo mostrou que limites organizacionais que incluem vínculos precários de trabalho, grande rotatividade de pessoal, desvalorização e ausência de boas condições ambientais são algumas das causas de desmotivação e insatisfação dos profissionais de enfermagem na Unidade de

Terapia Intensiva⁽¹⁴⁾.

Ainda que as enfermeiras deste estudo tenham evidenciado diferentes problemas ao liderar sua equipe na Unidade de Terapia Intensiva, procuraram envolver os membros na resolução dos problemas e fornecer "feedback" sobre as decisões tomadas e resultados obtidos, o que demonstrou o enfrentamento das adversidades e a valorização da equipe de enfermagem. É imprescindível investir no relacionamento interpessoal e envolver os liderados no processo decisório para obter resolubilidade dos problemas e alcançar as mudanças atitudinais, necessárias para o desenvolvimento da assistência prestada⁽¹⁵⁾.

O fortalecimento e entrosamento dos grupos de trabalho de modo a valorizar os talentos individuais e diluir o poder na equipe podem promover o crescimento e responsabilização de cada membro. Contudo, esse processo somente é possível de ser alcançado por meio da interação entre os envolvidos ao longo do tempo⁽¹⁶⁾. Pesquisa que refletiu sobre a questão da liderança em enfermagem a partir do referencial sistêmico de Frontier, mostrou não ser possível liderar sozinho, assim como não é possível cuidar sozinho. A liderança e o cuidado precisam estar entrelaçados em uma teia de relações de modo a promover harmonia e equilíbrio nas interrelações, favorecendo um constante aperfeiçoamento das relações e do cuidado⁽⁵⁾.

Liderar centrado nas relações pessoais contribui para a melhoria da produtividade e dos resultados no ambiente de trabalho, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva. Nesse sentido, as teorias contemporâneas sobre liderança têm sido implementadas de modo a valorizar o alto grau de motivação do pessoal, por meio de uma relação baseada na confiança, incentivo à criatividade e inovação, com atenção para as necessidades dos liderados (líder transformacional); envolvimento dos liderados nas decisões, aumentando a confiança, o engajamento e a satisfação no trabalho (líder autêntico) e observando o comportamento dos integrantes do grupo para implementar ações para o alcance dos objetivos (liderança situacional)⁽¹⁵⁾.

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva descrito pelas entrevistadas mostra a influência dessa realidade social sobre a atuação dos enfermeiros líderes. De acordo com a fenomenologia social, as pessoas se interrelacionam no contexto social, o que interfere no seu modo de agir⁽¹¹⁾. A atuação de enfermeiros líderes na Unidade de Terapia Intensiva move esses profissionais a esboçarem expectativas em relação à liderança. Essas expectativas são descritas por Schütz como sendo os motivos que impulsionam à ação social (motivos para). As enfermeiras entrevistadas almejam investimento na melhoria das condições de trabalho da equipe de enfermagem e oportunidade de aperfeiçoamento profissional para que possam desenvolver a contento o papel

de líderes.

Pesquisa realizada no Texas (EUA) mostrou que a valorização profissional, a comunicação efetiva, o contingente adequado de recursos humanos, entre outros, são essenciais para atuação de enfermeiras líderes de terapia intensiva e, conseqüentemente, para a manutenção do ambiente saudável⁽¹⁷⁾. Algumas medidas por parte da instituição de saúde são imprescindíveis para que os enfermeiros se sintam valorizados. Dentre elas, destaca-se a disponibilização de um local adequado para pausas no trabalho e a normatização do horário de descanso noturno. O trabalho no período noturno no hospital, aliado às normas contratuais não favoráveis, são alguns dos fatores que contribuem para a insatisfação dos profissionais. Alterar a rotina de vida, e especialmente o sono, pode gerar maior desgaste físico, redução da capacidade cognitiva e da execução de atividades, favorecendo a ocorrência de doenças e acidentes relacionados ao trabalho⁽¹⁸⁾.

O desejo de aperfeiçoamento profissional foi referido pelas enfermeiras líderes da Unidade de Terapia Intensiva. Estudo de revisão apontou a relevância da capacitação profissional nesse setor, dada à necessidade do uso de tecnologias emergentes e de estratégias eficazes para a assistência de qualidade. Por isso, a busca pelo aperfeiçoamento deve acontecer de forma natural e contínua⁽¹⁹⁾.

O encontro com as experiências passadas e presentes dos indivíduos, somados às suas expectativas, podem mudar a realidade vivenciada no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva. Para Schütz, a compreensão intersubjetiva permite a interrelação no mundo social⁽¹¹⁾. É nesse mundo que as ações da equipe de enfermagem se consolidam, e onde esta equipe pode intervir e propor novas formas de atuação. Na realidade social, as pessoas se interrelacionam, conhecem umas às outras compartilhando o mesmo tempo, espaço e situação social⁽¹¹⁾.

Limitações do Estudo

Esta investigação traz como limitação o fato de ter sido realizada com um grupo social de uma instituição pública específica, no entanto, permite avançar no conhecimento

e contribuir para o embasamento de melhores práticas em relação ao exercício profissional de enfermeiros líderes que atuam em Unidades de Terapia Intensiva.

Contribuições do estudo para a prática

Os resultados deste estudo despertam para questões que necessitam de investimentos institucionais, visando maximizar a atuação do enfermeiro líder de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Políticas de contratação, aperfeiçoamento contínuo dos profissionais e humanização no trabalho, assim como a adoção de princípios de liderança que incluam motivação pessoal, envolvimento e necessidades dos liderados podem contribuir para ampliar a autonomia da enfermeira no serviço, maximizando seu papel de líder.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender que as dificuldades do relacionamento interpessoal provenientes da escassez de pessoal, interferência de outras autoridades hierárquicas e demanda excessiva de trabalho promovem o desgaste nas relações de trabalho e dinâmica da liderança de enfermagem. Melhoria das condições de trabalho da equipe de enfermagem e oportunidade de aperfeiçoamento profissional são mencionadas pelas enfermeiras como expectativas de sua atuação como líderes da Unidade de Terapia Intensiva.

Dada à importância do contexto social no exercício da liderança, recomenda-se realização de pesquisas sobre a liderança de enfermeiros em outras Unidades de Terapia Intensiva, para que se possa ampliar o conhecimento sobre as experiências vivenciadas nesses serviços, além de instrumentalizar a gestão para converter a teoria em prática factível de ser aplicada.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Claudete Aparecida Conz; Reginaldo Santos de Aguiar; Heliandra Holanda Reis; Maria Cristina de Jesus Pinto; Vera Lúcia Mira; Miriam Aparecida Barbosa Merighi.

REFERÊNCIAS

- 1- Pereira FM. Sintomas depressivos no puerpério: uma revisão de literatura [Internet]. São Paulo: Marília; 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/ses-31110>
- 2- Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: Ações do enfermeiro no pré-natal. *Rev Rene*. Fortaleza. 2010; 11(2):129-39. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4541>. Acesso em 13 de agosto de 2019.
- 3- Barbosa RCA. Prevalência e Incidência de Depressão Pós-Parto e Sua Associação com o Apoio Social [dissertação]. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco; 2008. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9231/1/arquivo4156_1.pdf
- 4- Moraes GPA, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(1) - 54-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892017000100054
- 5- Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, Leal MC. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord*. 2016; 194:159-67. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032715306789?via%3Dihub> Acesso em 30 de maio de 2019.
- 6- Kingston D, Kehler H, Austin MP, Mughal MK, Wajid A, Vermeyden L, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PLoS ONE*. 2018 Apr 13; (4). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0195365>
- 7- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução no 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília. 2001 Nov 9; Sect 1: 37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> Acesso em 3 de dezembro de 2018.
- 8- ScharDOSim J M, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. (Online), Porto Alegre. 2011 Mar; 32(1):159-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100021&lng=en&nrm=iso
- 9- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150:782-86. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/detection-of-postnatal-depression/E18BC62858DBF2640C33DCC8B572F02A> Acesso em 17 de junho de 2019.
- 10- Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007; 23(11):2577-88. Disponível em:
- 11- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466/2012. Diário Oficial da União, Brasília. 2012 Dez 12. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em 23 de junho de 2019.
- 12- Hartmann JM, Sassi RAM, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(9):e00094016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00094016.pdf> Acesso em 30 de maio de 2019.
- 13- Araújo IS, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(3):155-63.
- 14- Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 Suppl 1:79-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012. Acesso em 18 de junho de 2019.
- 15- Buist A, Janson H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression: A 3-year follow-up study. *Child Abuse Negl*. 2001; 25, 909-21. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213401002460?via%3Dihub> Acesso em 18 de junho de 2019.
- 16- Melo SB, Jordão RRR, Guimarães FJ, Perrelli JGA, Cantilino A, Sougey EB. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. Recife. Jan-mar 2018; 18(1): 171-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100163-6&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 24 de junho de 2019.
- 17- Morais MLS, Fonseca LAM, David VF, Viegas LM, Otta E. Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo, Brasil. *Estud Psicol (Natal)*. 2015 Jan-Mar; 20(1): 40-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150006> Acesso em 3 de julho de 2019.
- 18- Félix TA, Ferreira AGN, Siqueira DA, Nascimento KV, Ximenes Neto FRG, Mira OL. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericulturas. *Rev Enfermeria Global*. 2013 Jan; (29): 420-35. Disponível em: http://www.scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_enfermeria1.pdf Acesso em 12 de agosto de 2019.

| ARTIGO 8

AVALIAÇÃO CLÍNICA PELO PROTOCOLO DE SEGURANÇA PARA O MANEJO DA SEDE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Carla Regina Lodi de Mello¹

Abigail Dias Rodrigues²

Marília Ferrari Conchon¹

Isadora Pierotti¹

Ligia Fahl Fonseca¹

Leonel Alves do Nascimento¹

<https://orcid.org/0000-0002-6417-0549>

<https://orcid.org/0000-0002-8782-6686>

<https://orcid.org/0000-0002-8782-6686>

<https://orcid.org/0000-0001-8050-8389>

<https://orcid.org/0000-0001-7550-9141>

<https://orcid.org/0000-0002-9590-6360>

Objetivo: Avaliar a taxa, motivos e momento de aprovação no Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-operatório Imediato na primeira hora de recuperação anestésica. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em um hospital filantrópico de ensino no Sul do Brasil. **Resultados:** Amostra não probabilística de 98 pacientes, sendo 81 avaliados pelo Protocolo nos cinco momentos de aplicação. O tempo de jejum de líquidos no pré-operatório apresentou mediana de 11:37 horas (1Q 8:56-3Q 13:45). A prevalência de sede foi de 81,6% (n=80) e intensidade média de 5,6 (DP 3,1). O percentual de aprovações na avaliação do Protocolo aumentou gradativamente conforme os momentos de aplicação (35,8%, 49,4%, 60,5%, 71,6%, 71,6%). O critério com maior índice de reprovações foi o nível de consciência. **Conclusão:** Após 30 minutos de recuperação anestésica, 60,5% dos pacientes estavam aptos a receber estratégias de alívio da sede de forma segura.

Descritores: Sede; Cuidados Pós-operatórios; Enfermagem Perioperatória; Protocolos Clínicos.

CLINICAL ASSESSMENT BY THE SAFETY PROTOCOL FOR IMMEDIATE POST-OPERATING THIRST MANAGEMENT

Objective: Assess the rate, reasons and moment of approval in the Safety Protocol for Thirst Management in the immediate postoperative period in the first hour of anesthetic recovery. **Methodology:** Descriptive, transversal and quantitative study performed at a philanthropic teaching hospital in South of Brazil. **Results:** Non probabilistic sample of 98 patients, being 81 evaluated by Safety Protocol for Thirst Management in five moments of application. Fluid fasting time in the preoperative presented a median of 11:37 hours (1Q 8: 56-3Q 13:45). Thirst prevalence was 81.6% (n = 80) and mean thirst intensity was 5.6 (SD 3.1). The approvals percentage in the evaluation of the Protocol increased gradually according to the application moments (35.8%, 49.4%, 60.5%, 71.6%, 71.6%). The criterion with the highest disapproval index was the level of consciousness. **Conclusion:** After 30 minutes of anesthetic recovery, 60.5% of patients were able to receive thirst relief strategies safely.

Descriptors: Thirst; Postoperative Care; Perioperative Nursing; Clinical Protocols.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PROTOCOLO DE SEGURIDAD PARA LA SEDE INMEDIATA POSTERIOR A LA OPERACION

Objetivo: Evaluar la tasa, motivos y momento de aprobación del Protocolo de Seguridad para el Control de la Sed en el Postoperatorio Inmediato en la primera hora de recuperación anestésica. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en un hospital filantrópico de enseñanza em el Sur de Brasil. **Resultados:** Muestra no probabilística de 98 pacientes, siendo 81 evaluados por el Protocolo en los cinco momentos de aplicación. El tiempo de ayuno de líquidos del preoperatorio presentó mediana de 11:37 horas (1Q 8:56-3Q 13:45). La prevalencia de sed fue de 81,6% (n=80) y la intensidad promedio de 5,6 (DP 3,1). El porcentaje de aprobaciones en la evaluación del Protocolo aumentó gradualmente según los momentos de aplicación (35,8%, 49,4%, 60,5%, 71,6%, 71,6%). El criterio con mayor índice de rechazos fue el nivel de consciencia. **Conclusión:** Después de 30 minutos de recuperación anestésica, 60,5% de los pacientes estaban aptos para recibir estrategias de alivio de la sed de forma segura.

Descritores: Sed; Cuidados Posoperatorios; Enfermería Perioperativa; Protocolos Clínicos.

¹Universidade Estadual de Londrina-UEL, PR, Brasil.

²Centro Universitário Filadélfia Unifil. Londrina, PR, Brasil.

Autor correspondente: Carla Regina Lodi de Mello. Email: carla-lobi@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A sede é definida como desejo consciente de beber água, e pode ser influenciada por fatores sociais, costumes, patologias, hábitos individuais de ingestão hídrica e ainda por condições clínicas e fatores externos^(1,2). Ademais, no período perioperatório, diferentes fatores contribuem para o surgimento da sede, tais como jejum prolongado, medicações anestésicas, perdas sanguíneas e a intubação orotraqueal⁽³⁾.

Considerando sua subjetividade, a sede do paciente cirúrgico pode ser considerada como um sintoma e por essa razão, deve ser adequadamente diagnosticada e tratada no perioperatório⁽⁴⁾. Neste período, a sede apresenta repercussão negativa na experiência cirúrgica chegando a acometer até 89,6%(6) dos pacientes adultos e 89,5% das crianças⁽⁷⁾.

A sede no paciente cirúrgico também leva a intenso desconforto, sendo percebida por meio de atributos, ou sinais. Dentre eles, boca, lábios e garganta secos, língua e saliva grossas, gosto ruim na boca e vontade consciente de beber água são indicativos para a equipe de saúde de que este paciente necessita de cuidados referentes à sede⁽⁸⁾.

Apesar de causar intenso desconforto, a sede perioperatória é abordada de modo incipiente na prática clínica. Objetivando preencher essa lacuna, quatro etapas foram elaboradas objetivando orientar o manejo no perioperatório: identificar a sede, mensurar, avaliar a segurança e aplicar uma estratégia de alívio do sintoma⁽³⁾.

Identificar a sede parte do questionamento intencional ao paciente, se ele está com sede. Uma vez que existe a cultura de que devem ser mantidos em jejum absoluto no perioperatório, os pacientes permanecem em silêncio mesmo quando sofrem com a sede⁽⁹⁾, sendo que apenas 12 a cada 100 pacientes verbalizam de forma espontânea quando vivenciam no pós-operatório imediato (POI)⁽⁶⁾.

A mensuração deste sintoma visa avaliar tanto sua intensidade, quanto seu desconforto. A intensidade da sede pode ser avaliada por meio de Escala Visual Numérica (EVN) onde zero é ausência do sintoma e 10, sede intensa. O desconforto da sede pode ser mensurado por meio da Escala de Desconforto da Sede Perioperatória (EDESCP) que avalia sete atributos relacionados à sede. Possui escores que variam de zero a 14, sendo que os maiores representam maior desconforto⁽⁸⁾.

O Protocolo de Segurança no Manejo da Sede (PSMS) foi elaborado e validado para avaliar a segurança na administração de um método de alívio da sede perioperatória de adultos. Avalia de forma sistemática o nível de consciência, reflexos de proteção de vias aéreas (tosse e deglutição) e a ausência de náuseas e vômitos. É ferramenta essencial que traz subsídios para que a equipe cirúrgica decida pela administração ou não do método de alívio^(10,11).

O PSMS é organizado no formato de um fluxograma, que possibilita uma avaliação sequencial das principais condições clínicas dos pacientes para receberem um método de alívio da sede^(10,11). Esta avaliação é essencial para diminuir a ocorrência de eventos respiratórios adversos, como a broncoaspiração⁽¹²⁾.

No que se refere às estratégias de alívio do sintoma, diversos métodos são descritos na literatura, entretanto, estratégias frias e/ou mentoladas tem se mostrado mais eficazes em aliviar a sede, pois atuam nos mecanismos de saciedade pré-absortivos^(4,13,14).

A principal barreira identificada na prática é o temor que o paciente apresente complicações como broncoaspiração durante a recuperação anestésica. Dessa forma ele é mantido em jejum por tempo prolongado após a cirurgia. O PSMS vem suprir essa lacuna por avaliar critérios de segurança para a utilização de estratégias para minorar a sede. Mesmo diante das evoluções apresentadas nas pesquisas que vem sendo realizadas, alguns pontos apresentam-se como possibilidade de melhorias a fim de subsidiar sua utilização clínica no cuidado assertivo à sede perioperatória.

A despeito do PSMS ser validado, ter sua confiabilidade testada e estar inserido na prática clínica em duas salas de recuperação anestésica no Brasil, estudos que retratam sua aplicação clínica assim como suas taxas de aprovação e reprovação nos critérios elencados ainda não foram realizados. O presente estudo tem como objetivo avaliar a taxa, motivos e momento de aprovação no Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no Pós-operatório Imediato na primeira hora de recuperação anestésica.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A população constituiu-se por pacientes de ambos os sexos, submetidos a cirurgias eletivas e de urgência, com idade de 18 a 70 anos. A amostra foi composta por 98 pacientes. Excluíram-se pacientes que apresentaram déficit neurológico, dificuldade de comunicação ou dor durante a entrevista.

Local de estudo

Estudo realizado na Sala de Recuperação Anestésica (SRA) do centro cirúrgico de um hospital filantrópico de ensino no Sul do Brasil. A instituição conta com 353 leitos e realiza em média 1800 cirurgias por mês, em dois centros cirúrgicos. Um deles apresenta oito salas cirúrgicas e seis leitos na SRA para atendimento de cirurgias gerais de todas as especialidades e

o outro, tem quatro salas cirúrgicas e três leitos na SRA que atende a cirurgias limpas, plásticas, oftalmológicas, além do foco no atendimento materno infantil e ao nascimento.

Coleta de dados

A coleta de dados foi intencional por conveniência, com todos os pacientes durante a primeira hora de recuperação anestésica entre os meses de março a abril de 2018 no horário das 07 às 19 horas. A coleta de dados também foi condicionada pela disponibilidade de um dos pesquisadores na SRA.

No pré-operatório, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e aceitando, assinaram o termo consentimento livre e esclarecido. O roteiro de pesquisa foi composto por informações de identificação, procedimento anestésico-cirúrgico, intensidade da sede, por meio da EVN, mensuração do desconforto pela EDESP e o tempo de jejum pré-operatório. O tempo de jejum pré-operatório foi considerado desde a cessação da ingestão de alimentos sólidos e líquidos até o início do procedimento anestésico. Por fim, foram registrados os dados referentes à aplicação do PSMS.

O PSMS (Figura 1) foi elaborado baseado na experiência clínica dos pesquisadores, entrevistas com especialistas e em evidências científicas relacionadas à critérios de segurança com pacientes em recuperação anestésica. Apresentou altos níveis de concordância interavaliadores em sua validação de conteúdo (IVC =1). A confiabilidade foi quase perfeita para enfermeiros (Kappa 0.968) e para técnicos de enfermagem (Kappa 0.867)⁽¹⁰⁾.

Figura 1 – Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato.



Fonte: Nascimento et al. (2014)

No POI, o PSMS foi aplicado em cinco momentos, começando pela chegada do paciente na SRA e repetido a

cada 15 minutos até completar uma hora, com registro de aprovação ou reprovação. A EVN foi aplicada em todos os momentos, e a EDESP no primeiro e no quinto momento. Para os pacientes que foram aprovados em todos os critérios de segurança elencados pelo PSMS e apresentaram sede, foi ofertado um picolé de gelo de 10 ml para minorar o desconforto.

As variáveis dependentes do estudo foram a aprovação e reprovação no PSMS, e as independentes foram presença de sede, avaliação da intensidade e desconforto, procedimento anestésico e tempo de jejum pré-operatório.

Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha no Microsoft Excel 2010®, e validados por meio da dupla conferência e digitação para correção de inconsistências. A análise estatística foi realizada com auxílio do software IBM SPSS Statistics versão 22. As variáveis foram testadas em relação a sua distribuição utilizando o teste Shapiro-Wilk. Quando apresentaram distribuição normal foram descritas pela média e desvio padrão e quando não paramétrica, mediana, primeiro e terceiro quartil.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CAAE: 82359318.9.0000.5696) sendo que todas as etapas da pesquisa obedeceram aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Houve predominância do sexo feminino (n=54; 55,1%), média de idade de 41 anos (DP=12,3), etnia branca (n= 72; 73,5%), distribuídos nas seguintes clínicas cirúrgicas: ortopedia (n=38; 38,8%); aparelho digestivo (n=29; 29,6%), vascular (n=8; 8,2%) e outras clínicas (n=23; 23,5%).

As técnicas anestésicas empregadas foram bloqueios (n=43; 43,9%), seguidos de anestesia geral associada a bloqueios (n=32; 32,7%), sedação (n=13; 13,3%) e anestesia geral (n=10; 10,2%).

Quanto à classificação do estado físico de acordo com a American Society of Anesthesiologists (2017), 51 pacientes (52%) foram classificados como ASA II, 44 (44,9%) como ASA I e três (3,1 %) como ASA III. O tempo de jejum de líquidos no pré-operatório apresentou mediana de 11:37 horas (1Q 8:56-3Q 13:45). Para sólidos, encontrou-se mediana de 13:40 horas (1Q 11:00-3Q 13:40).

A prevalência de sede no POI foi de 81,6% (n=80) e

intensidade média de 5,6 (DP 3,1) na entrada na SRA e de 3,6 (DP 2,7) na última avaliação da intensidade após a intervenção com o picolé de gelo. A EDESP apresentou média de 5,3 (DP 3,7) na primeira avaliação e de 3,6 (DP 2,7) na última avaliação.

Durante a coleta de dados, 17,3% (n=17) dos pacientes receberam alta antes dos cinco momentos de avaliação do PSMS e não foram utilizados na análise estatística relacionada à aprovação e reprovação do PSMS, resultando em 81 pacientes avaliados. As figuras 2 e 3 representam os momentos de avaliação do PSMS em relação a sua aprovação e reprovação.

Figura 2 – Frequência de aprovações e reprovações associadas aos momentos de aplicação do Protocolo de Segurança no Manejo da Sede. Londrina, Paraná, Brasil, 2018. (n=81)

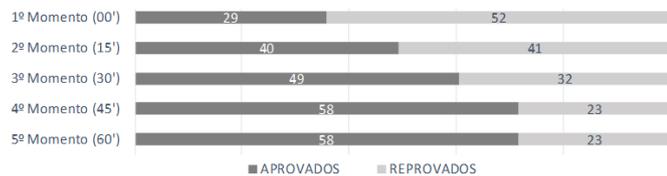


Figura 3 – Aprovação e Reprovação nos critérios de segurança ao longo dos momentos de avaliação. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

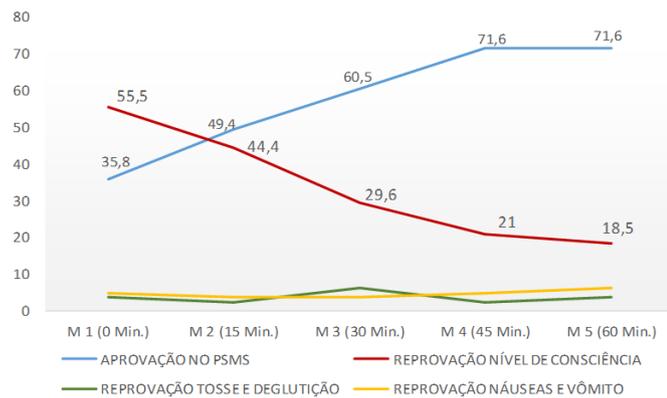


Tabela 1 – Aprovação e reprovação nos critérios de segurança do Protocolo de Segurança no Manejo da Sede em relação as técnicas anestésicas aplicadas. Londrina, Paraná, Brasil, 2018.

Critérios	Anestesia Geral (n=10)		Anest. Geral + Bloq. (n=30)		Bloqueios		Sedação (n=8)		
	A	R	A	R	A	R	A	R	
0'	NC	3	7	6	24	24	9	3	5
	VAS	2	1	6	0	22	2	3	0
	NVPO	1	1	4	2	21	1	3	0
Total	1 (10%)	9 (90%)	4 (13,4%)	26 (86,6%)	21 (63,7%)	12 (36,3%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
15'	NC	3	7	12	18	25	8	5	3
	VAS	3	0	11	1	25	0	4	1
	NVPO	3	0	9	2	24	1	4	0
Total	3 (30%)	7 (70%)	9 (30%)	21 (70%)	24 (72,8%)	9 (27,2%)	4 (50%)	4 (50%)	
30'	NC	4	6	20	10	28	5	5	3
	VAS	3	1	18	2	27	1	4	1
	NVPO	3	0	15	3	27	0	4	0
Total	3 (30%)	7 (70%)	15 (50%)	15 (50%)	27 (81,8%)	6 (18,2%)	4 (50%)	4 (50%)	
45'	NC	6	4	22	8	29	4	7	1
	VAS	6	0	20	2	29	0	7	0
	NVPO	5	1	17	3	29	0	7	0
Total	5 (50%)	5 (50%)	17 (56,7%)	13 (43,3%)	29 (87,9%)	4 (12,1%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
60'	NC	7	3	23	7	29	4	7	1
	VAS	7	0	20	3	29	0	7	0
	NVPO	6	1	17	3	29	0	6	1
Total	6 (60%)	4 (40%)	17 (56,7%)	13 (43,3%)	29 (87,9%)	4 (12,1%)	6 (75%)	2 (25%)	

Legenda: A – Aprovado; R – Reprovado; NC – Nível de Consciência; VAS – Reflexos protetores de Vias Aéreas Superiores; NVPO – Ausência de Náuseas e Vômitos no Pós-operatório

DISCUSSÃO

Critérios de avaliação de risco tem sido incorporados em escalas e protocolos em diversas áreas da assistência visando dar subsídios para ações preventivas conferindo autonomia ao enfermeiro⁽²⁵⁾.

A elaboração e utilização de ferramentas que agreguem segurança e qualidade no atendimento ao paciente cirúrgico contribuem para o desenvolvimento do corpo de evidências da enfermagem perioperatória. Na prática clínica, o usual é manter o paciente em jejum e com sede às vezes por tempo indeterminado no POI pelo temor de eventos adversos^(11,12). Esse estudo demonstrou que com a utilização do PSMS o desconforto da sede pode ser abreviado, pois permite que o paciente, baseado em critérios bem estabelecidos, receba uma estratégia de alívio da sede.

A prevalência de sede foi elevada nesta pesquisa. Apoiado em outros estudos que apresentaram prevalências de 43,1%

a 89,6%, a sede é descrita como um desconforto comum no POI, com impacto negativo na recuperação anestésica e na satisfação do paciente com o procedimento cirúrgico^(6,15,16,18).

Além da alta prevalência, a intensidade referida também é elevada. Pesquisa realizada com 65 pacientes apontou que 23,3% (n=10) classificaram a sede como moderada e 11,6% (n=5) como intensa⁽⁹⁾. No presente estudo, a intensidade e o desconforto da sede diminuíram após a administração do picolé de gelo. Estratégias de temperatura fria são eficazes no alívio da sede no paciente cirúrgico, principalmente por ativar receptores de frio na cavidade oral e resultar em saciedade pré-absortiva^(4,13).

O tempo de jejum no pré-operatório foi superior ao preconizado pela literatura. Trata-se de um dos principais fatores associados a sede no perioperatório e a dificuldade em seguir as recomendações das associações internacionais é amplamente descrita na literatura⁽¹⁵⁾. Estudo africano realizado com 43 pacientes revelou que 50% dos pacientes ficaram em jejum de sólidos duas vezes acima do que é recomendado pelos guidelines atuais e 95% dos pacientes permaneceram em jejum de líquidos por tempo superior ao preconizado⁽⁹⁾.

O jejum pré-operatório é essencial para a realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos. Entretanto, quando prolongado, causa efeitos deletérios ao paciente, dentre eles o aumento da produção suco gástrico, diminuição do PH e aumento do risco de complicações operatórias⁽¹⁵⁾.

Diante disso, associações de anesthesiologistas e cirurgiões vem flexibilizando as recomendações de tempos de jejum, baseados em evidência, orientando a restrição de líquidos claros para duas horas antes do procedimento cirúrgico e refeições leves em seis horas^(20,21). Paradoxalmente e contrariando essas recomendações nacionais e internacionais, na prática clínica, as equipes continuam a orientar os pacientes a iniciarem o jejum pré-operatório após a meia noite, independentemente do horário programado para a cirurgia^(22,15,19).

O uso do PSMS permitiu que o picolé de gelo fosse utilizado precocemente não prolongando desnecessariamente o jejum após a cirurgia. O PSMS é, portanto, uma ferramenta importante na avaliação da segurança para a administração de um método de alívio da sede. No POI o paciente encontra-se fragilizado, ainda sob o efeito imediato dos agentes anestésicos utilizados no procedimento. Neste período ele também se torna consciente de estímulos desagradáveis que podem interferir de forma negativa em sua recuperação. Abreviar o tempo de seu sofrimento devido a sede portanto, é relevante e parte de um cuidado humanizado.

Dentre os critérios avaliados pelo PSMS, o critério de nível de consciência apresentou maior percentual de reprovação

em todos os momentos de aplicação. O nível de consciência está intimamente ligado aos outros critérios de segurança e é um dos mais importantes mecanismos na prevenção da aspiração broncopulmonar do conteúdo gástrico. É definido como um estado de alerta no qual o indivíduo é capaz de reconhecer a si mesmo e reagir de forma correta aos estímulos do ambiente⁽²³⁾.

Na chegada a SRA, 55,5% dos pacientes foram reprovados no nível de consciência. Desses, os procedimentos anestésicos com maior taxa de reprovação foram a anestesia geral (70%) e anestesia geral associada a bloqueios (80%). O alto índice de reprovações nesse momento se justifica pelo fato de que os pacientes ainda estão sonolentos ou até mesmo inconscientes, devido a ação de medicações que deprimem o sistema nervoso central. Durante a recuperação anestésica, o efeito dos medicamentos diminui e a aprovação neste critério aumenta.

Na fase de validação do PSMS, a confiabilidade interavaliadores foi testada em 118 pacientes. Destaca-se o nível de consciência como o critério que mais reprovou em todas as aplicações (28,8%), enquanto náusea reprovou 7,6% e os demais critérios não passaram de 2,5%⁽¹⁰⁾.

Estudo análogo, avaliou 109 pacientes em um hospital universitário. O critério de segurança que denotou maior reprovação foi o nível de consciência com 45,9% (n=50) dos pacientes reprovados no primeiro momento de chegada à SRA sendo este o critério que continuou com maior incidência de reprovação nos momentos subsequentes. Este estudo identificou que a partir de 30 minutos de recuperação anestésica, 69% (n=75) dos pacientes estavam aptos a receber estratégia segura de alívio da sede⁽²³⁾.

Na SRA, o paciente está sob o efeito de medicações anestésicas e relaxantes musculares e permanece em decúbito dorsal, aumentando o risco de broncoaspiração. Durante a anestesia geral o reflexo de deglutição e a tosse estão alterados, pois as drogas anestésicas reduzem o tônus do esfíncter esofágico superior. A presença dos reflexos protetores de vias aéreas impede a aspiração de conteúdo salivar e gástrico⁽¹⁰⁾.

Os pacientes reprovados no critério náuseas e vômitos foram 3,9% no primeiro momento, obtendo resultado equivalente aos descritos na literatura (6,4%)⁽²³⁾. Náuseas e vômitos estão relacionados aos seguintes fatores de risco: mulheres, não tabagistas, procedimento anestésico, utilização de analgésicos opióides e ao procedimento cirúrgico, principalmente em cirurgias do aparelho digestivo⁽²⁴⁾.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo relacionam-se a impossibilidade de generalizar os resultados para outras populações devido a amostra ser não probabilística. A elevada rotatividade de pacientes na sala de recuperação anestésica dificultou a avaliação em todos os pacientes, pois aqueles em condições clínicas estabelecidas recebiam alta para a enfermaria antes de completar uma hora de recuperação anestésica. Essa realidade explica o fato de que durante a coleta de dados deste estudo, 17,3% dos pacientes receberam alta anterior aos cinco momentos de avaliação do PSMS. Todavia, todos os pacientes que receberam alta antes de completar uma hora de recuperação anestésica estavam aprovados na avaliação do PSMS.

Contribuições do estudo para a prática

O PSMS apresenta-se como um instrumento importante de avaliação clínica que proporciona liberação precoce de métodos de alívio de sede de forma segura, baseada na avaliação do nível de consciência, reflexos protetores de vias aéreas e da ausência de náuseas e vômitos. Desta forma, esse estudo contribui para a prática da enfermagem perioperatória, dando autonomia para o profissional de saúde avaliar o paciente e liberar ou não uma estratégia de alívio da sede, abreviando esse desconforto de forma segura.

CONCLUSÃO

O índice de aprovações na avaliação do PSMS demonstrou que a partir de 30 minutos de recuperação anestésica, 60,5% dos pacientes se encontravam aptos a receber alguma estratégia de alívio da sede de forma segura. O critério com maior taxa de reprovação foi a avaliação do nível de consciência. Assim, com a utilização do PSMS, o paciente é avaliado de forma individualizada e sistematizada, permitindo que a equipe de enfermagem atue de forma intencional para diminuir o desconforto da sede, garantindo uma recuperação anestésica segura.

Contribuição dos autores

Carla Regina Lodi de Mello: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Abigail Dias Rodrigues: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Marília Ferrari Conchon: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Isadora Pierotti: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Lígia Fahl Fonseca: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Leonel Alves do Nascimento: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Aloamaka EO, Amabebe E, Ozoene JO, Obika LFO. Thirst perception, drinking, arginine vasopressin activity and associated neurohumoral factors. *J J. Afr. Ass. Physiol. Sci* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 6(1):1-13. Available from: https://www.researchgate.net/publication/327043234_Thirst_perception_drinking_arginine_vasopressin_activity_and_associated_neurohumoral_factors/link/5b74693745851546c9090224/download
2. Stevenson RJ, Mahmut M, Rooney K. Individual differences in the interoceptive states of hunger, fullness and thirst. *Appetite* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 06]; 95 (1):44-57. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666315002950>
3. Silva L, Aroni P, Fonseca L. Tenho sede! Vivência do paciente cirúrgico no período perioperatório. *Revista SOBECC* [Internet] 2016 [cited 2019 Set 8]; 21(2): 75-81. Available from: <https://sobecc.emnuvens.com.br/sobecc/article/view/21>.
4. Conchon MF, Fonseca LF. Efficacy of an ice popsicle on thirst management in the immediate postoperative period: a randomized clinical trial. *J Perianesth Nurs* [Internet] 2018 [cited 2018 Sept 22]; 33(2):153-161. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216302489>
6. Pierotti I, Fracarolli IFL, Fonseca LF, Aroni P. Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 09]; 22(3): e20170375. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300204&lng=en. Epub May 21, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0375>.
7. Riviera AA. Prevalência e intensidade da sede infantil no pós-operatório imediato [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina - UEL; 2016.
8. Martins PR, Fonseca LF. Avaliação das dimensões da sede: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf*. [Internet] 2017 [cited 2019 Jul 10]; 19:a09. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.40288>.
9. Garcia AKA, Lodi CR, Fonseca LF. O Silêncio que permeia a sede perioperatória: um estudo de caso. In: *Anais do X Encontro Internacional de Produção Científica Unicesumar, 2017; Maringá, Brasil* [Internet] 2017 [acesso em 10 Jan 2019]. Disponível em: <https://proceedings.science/epcc/papers/o-silencio-que-permeia-a-sede-perioperatoria%3A-um-estudo-de-caso?lang=pt-br>.
10. Nascimento LA do, Fonseca LF, Santos CB dos. Inter-rater Reliability Testing of the Safety Protocol for Thirst Management. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dez 10]; 33(4):527-36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216304269>
11. Nascimento LA do, Fonseca LF, Rosseto EG, Santos CB dos. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 out; v. 48, n. 5, p. 834-43.
12. Bisinotto FMB, Silveira LAM da, Martins LB. Aspição pulmonar em anestesia: revisão. *Rev Med. Minas Gerais*. 2014.
13. Garcia AKA, Fonseca LF, Aroni P, Galvão CM. Strategies for thirst relief: integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 25]; 69(6):1215-1222. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en_0034-7167-reben-69-06-1215.pdf
14. Zimmerman CA, Leib DE, Knight ZA. Neural circuits underlying thirst and fluid homeostasis. *Nature Reviews Neuroscience* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15]; 18(8):459-469.
15. Francisco, SC, Batista ST, Pena GG das. Jejum em Pacientes Cirúrgicos Eletivos: Comparação entre o tempo Prescrito, Praticado e o Indicado em Protocolos de Cuidados Perioperatórios. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2015; 28(4):250-254.
16. Njoroge G, Kivuti-Bitok L, Kimani S. Preoperative Fasting among Adult Patients for Elective Surgery in a Kenyan Referral Hospital. *International Scholarly Research Notices* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 21]; 2:1-8. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ism/2017/2159606/>
17. Silva RPJ, Rampazzo ARP, Nascimento LA do, Fonseca LF. Desconfortos esperados e vivenciados por pacientes no pós-operatório imediato. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 18]; 32: e26070. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26070/17012>
18. Gebremedhn EG, Nagaratnam VB. Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World J Surg Proced*. 2014; v. 38, n. 9, p. 2200-2204.
19. Azevedo SCL de, Campos SGB, Meira JEC de, Guedes G da S. Abreviação do jejum pré-operatório: protocolo multimodal baseado em evidência. *Gep News* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 08]; 1(3):11-13. Available from: <http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/3495/2538>
20. American Society of Anesthesiologists Committee. Collaborators. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 02]; 126(3):376-393. Available from: <https://anesthesiology.pubs.asahq.org/Article.aspx?articleid=1933410>
21. Gul A, Andosoy II, Ozkaya B. Preoperative Fasting and Patients' Discomfort. *Indian J Surg* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 15]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/317771281_Preoperative_Fasting_and_Patients_Discomfort
22. Iwanczuk W, Guźniczak P. Neurophysiological foundations of sleep, arousal, awareness and consciousness phenomena. Part 1. *Anaesthesiol Intensive Therapy* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 04]; 47(2): 162-167. Available from: pdfs.semanticscholar.org/75fc/b9488fb7ef6d1c924818e4f533e602206b6c.pdf
23. Tagliari SO, Nascimento LA, Fonseca LF. Protocolo de segurança de manejo da sede: associação dos critérios de segurança não atingidos com a periodicidade de sua aplicação. In: *Anais do IX Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar, 2015; Maringá, Brasil* [Internet] 2015 [acesso em 15 Jan 2019]. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2015/anais/leonel_alves_do_nascimento_1.pdf
24. Veiga-Gil J, Pueyo L, López-Olaondo L. Náuseas y vómitos postoperatorios: fisiopatología, factores de riesgo, profilaxis y tratamiento. *Rev Esp Anestesiol Reanim* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 26]; 64(4):223-232. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003493561630189X>
25. Castanheira LS, Werli-Alvarenga A, Correa AR, Campos DMP. escalas de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: revisão integrativa. *Enfermagem em Foco* [Internet] 2018 [cited 2019 Sept 09]; 9(2): 55-31. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1073/446>.

CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA PARA AS BOAS PRÁTICAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO VAGINAL

Taynara Cassimiro de Moura Alves¹

Amanda Santos Fernandes Coelho¹

Marília Cordeiro de Sousa²

Nayara Franklin Cesar¹

Priscila Salomão da Silva¹

Leonora Rezende Pacheco²

<https://orcid.org/0000-0002-0312-934X>

<https://orcid.org/0000-0001-5379-2740>

<https://orcid.org/0000-0001-6643-2365>

<https://orcid.org/0000-0003-3857-554X>

<https://orcid.org/0000-0001-9511-7444>

<https://orcid.org/0000-0001-6048-3911>

Objetivo: analisar as contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. **Metodologia:** estudo transversal, quantitativo, retrospectivo, envolvendo 475 prontuários de mulheres com gestação de risco habitual, do estado de Goiás, no período de janeiro a dezembro de 2016. Análise com testes de qui-quadrado de Yates e Exato de Fisher. **Resultados:** houve associação entre os partos sem os enfermeiros residentes em obstétrica e a não utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor ($p < 0.0000001$), não utilização do partograma ($p < 0.0000001$), ausência de acompanhante no parto ($p < 0.0000001$), clameamento precoce do cordão umbilical ($p = 0.00004323$), e a privação da amamentação na primeira hora ($p = 0.0001509$). Já os partos assistidos por enfermeiros residentes em obstetria associaram-se à não realização da episiotomia ($p < 0.0000001$). **Conclusão:** enfatiza-se a importância da atuação da Enfermagem Obstétrica no parto para garantir assistência humanizada e boas práticas.

Descritores: Parto Normal; Parto Humanizado; Enfermagem Obstétrica; Assistência Perinatal.

CONTRIBUTIONS OF THE OBSTETRICAL NURSING FOR THE GOOD PRACTICES IN LABOR AND VAGINAL DELIVERY

Objective: To analyze the contributions of the obstetrical nursing for the good practices in labor and vaginal delivery. **Methodology:** A cross-sectional, quantitative and retrospective study involving 475 medical records of women with normal risk pregnancies, in Goiás State, during the period from January to December of 2016. Analysis using Yates chi square test and Fisher's Exact test. **Results:** There was an association between the labors without the obstetric nursing residents and the non-use of non-pharmacological methods for providing pain relief ($p < 0.0000001$), non-use of partograph ($p < 0.0000001$), absence of companionship during labour ($p < 0.0000001$), early clamping of the umbilical cord ($p = 0.00004323$), and to the deprivation of breastfeeding in the first hour ($p = 0.0001509$). The deliveries assisted by obstetric nursing residents were associated to the non-performance of the episiotomy ($p < 0.0000001$). **Conclusion:** Emphasis is placed on the importance of obstetric nursing work in childbirth to ensure humanized care and good practices.

Descriptors: natural childbirth, humanizing delivery, obstetric nursing, perinatal care.

CONTRIBUCIONES DE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO VAGINAL

Objetivo: Analizar las contribuciones de la enfermería obstétrica para las buenas prácticas en el trabajo de parto y parto vaginal. **Metodología:** Estudio transversal, cuantitativo, retrospectivo, involucrando 475 prontuarios de mujeres con gestación de riesgo habitual, del Estado de Goiás, en el período de enero a diciembre de 2016. Análisis con pruebas de chi-cuadrado de Yates y Exacto de Fisher. **Resultados:** Se observó asociación entre los partos sin los enfermeros residentes en obstétrica y la no utilización de los métodos no farmacológicos para alivio del dolor ($p < 0.0000001$), no utilización del partograma ($p < 0.0000001$), ausencia de acompañante en el parto ($p < 0.0000001$), pinzamiento precoz del cordón umbilical ($p = 0.00004323$), y la privación de la lactancia en la primera hora ($p = 0.0001509$). Los partos asistidos por enfermeros residentes en obstetria se asociaron a la no realización de la episiotomía ($p < 0.0000001$). **Conclusión:** Se enfatiza la importancia de la actuación de la enfermería obstétrica en el parto para garantizar asistencia humanizada y buenas prácticas.

Descriptores: Parto normal; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica; Atención Perinatal.

¹Hospital Materno-Infantil da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

²Universidade Federal de Goiás-UFG.

Autor correspondente: Amanda Santos Fernandes Coelho. E-mail: amandasantospi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico e natural, constituindo experiência única à mulher e sua família, por isso deve ser vivenciado com segurança, dignidade e beleza⁽¹⁾. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento são ações benéficas e protetoras à vida da mulher e do recém-nascido que certamente impactam diretamente na redução da morbimortalidade materna e neonatal. A não adoção dessas práticas pode ser considerada negligência ou iatrogenia no serviço em saúde, pois coloca em risco desnecessário a mulher e o bebê⁽²⁾.

O Ministério da Saúde (MS), para em melhorar a qualidade da assistência por meio da humanização do serviço, criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, e ainda tem estimulado um movimento institucional, político, ético e afetivo em prol de trabalho conjunto, por meio da criação de políticas e diretrizes em favor da humanização e boas práticas no atendimento à mulher em seu ciclo reprodutivo^(3,4).

A participação do enfermeiro obstétrico no cenário do parto pode favorecer o equilíbrio entre o processo fisiológico da parturição e as intervenções necessárias, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, e encaminhando aquelas que demandem assistência especializada, de forma a dispensar maior cuidado individualizado e personalizado para cada mulher e sua família^(4,5). Com isso, o MS, por meio da Rede Cegonha, incentiva a formação e atuação de enfermeiras obstétricas, para um atendimento mais humanizado e direcionado pelas boas práticas⁽⁶⁾.

A enfermagem obstétrica tem ganhado espaço nas políticas públicas de saúde devido ao seu olhar qualificado e humanizado do processo de parturição, aplicando esforços para que flua naturalmente sem necessidade de intervenções dispensáveis, e investindo na construção da relação empática com a mulher e sua família desde o pré-natal até o puerpério (5). Desta forma, desde 1998, o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra" está incluído na tabela de Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e, a partir de 1999, o MS também propôs a criação de Centros de Parto Normal para atuação exclusiva do enfermeiro obstétrico⁽⁴⁾.

Com o grande estímulo nacional da Rede Cegonha para a formação de enfermeiros obstétricos, o Conselho Federal de Enfermagem lançou em 2016 uma resolução específica que normatizou detalhadamente a atuação e a formação do enfermeiro obstétrico no âmbito do pré-natal, parto e puerpério⁽⁷⁾.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar as contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa e retrospectiva.

Participantes da pesquisa

A amostra foi composta por 475 prontuários de mulheres que tiveram parto vaginal no hospital entre janeiro e dezembro de 2016, dos quais 94 resultaram de atendimentos por preceptores e enfermeiros residentes em obstetrícia, e 381 por outros profissionais (médicos obstetras, residentes em ginecologia e obstetrícia e/ou acadêmicos de medicina). A diferença do quantitativo de partos realizados entre enfermeiros e outros profissionais ocorreu devido à inexistência de serviço de Enfermagem Obstétrica implantado na instituição, sendo que os partos realizados pela equipe de Enfermagem se resumiram àqueles acompanhados exclusivamente pela equipe do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica.

Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: prontuários de mulheres que tiveram parto vaginal no hospital em estudo, com idade gestacional a partir de 37 semanas, e gestação de risco habitual, independentemente da paridade (de acordo com o protocolo institucional de atuação da Enfermagem Obstétrica). Foram excluídos aqueles prontuários com falhas nos registros de número de prontuários e no arquivamento, de mulheres que tiveram cirurgia cesárea e/ou que atenderam aos critérios de gestação de alto risco contemplados pelo MS⁽⁸⁾.

Local da pesquisa

O cenário da pesquisa foi um hospital estadual referência em gestação de alto risco no estado de Goiás.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada de abril a setembro de 2018. Foram identificados 627 partos com idade gestacional igual ou maior que 37 semanas, porém houve falha no arquivamento de 46 prontuários e 106 não atenderam aos critérios de inclusão.

A escolha pelo período foi determinada a partir do mês em que os enfermeiros residentes em obstetrícia iniciaram o acompanhamento de partos na instituição. À época, apesar do perfil da instituição ser voltado ao atendimento de gestantes de alto risco, todas as gestantes que procuravam o serviço eram atendidas, de forma que o número de partos de risco habitual mantinha-se elevado.

Os dados foram transcritos para um questionário estruturado, desenvolvido especificamente para aplicação neste estudo, e construído a partir de revisão da literatura

referente ao tema.

O questionário contemplou variáveis sociodemográficas (faixa etária, município de residência, cor, escolaridade, situação conjugal e atividade remunerada), clínico-obstétricas (paridade, número de consultas de pré-natal, uso de drogas lícitas e ilícitas), boas práticas no parto e nascimento (alimentação, métodos não farmacológicos para alívio da dor, partograma, presença de acompanhante no parto, contato pele a pele imediato, clampeamento do cordão e amamentação na primeira hora), e intervenções obstétricas (ocitocina, uso contínuo de fluidos intravenosos durante o trabalho de parto, amniotomia, posição de parto, episiotomia, e pressão no fundo do útero).

Procedimentos de análise dos dados

Para organização e tabulação, as informações foram transcritas no programa Microsoft Office Excel® 2017. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente, por meio de distribuição de frequências, médias, percentual e desvio padrão. Aplicaram-se os testes de qui-quadrado de Yates e Exato de Fisher para análise estatística, sendo consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$). Na apresentação dos resultados, os totais variam devido a exclusão de dados sem informação.

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, com número do parecer 2.616.944, CAAE: 81573317.3.0000.5080, conforme as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 466/2012, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (9).

RESULTADOS

Em relação à caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram parto vaginal na instituição, verificou-se que a maioria tinha idade entre 18 e 35 anos (78,7%) com média de idade de 22,7 anos \pm 5,7, era proveniente de municípios do interior de Goiás (64,3%), de cor parda (75,3%), sem companheiro (55,3%), com 8 ou mais anos de estudo (76,5%) e que não exercia atividade remunerada (71,3%). Quanto ao perfil clínico-obstétrico das mulheres, a maioria delas era multipara (60,8%), com 6 ou mais consultas de pré-natal (65,6%), e que não fez uso de nenhum tipo de droga durante a gestação (85,7%).

Em relação à realização das boas práticas aplicadas no trabalho de parto e parto, houve associação estatisticamente significativa entre os partos sem os enfermeiros residentes em obstetria e a não utilização dos métodos não farmacológicos

para alívio da dor ($p < 0,0000001$), a ausência de utilização do partograma ($p < 0,0000001$), a ausência de acompanhante no momento do parto ($p < 0,0000001$), o clampeamento precoce do cordão umbilical ($p = 0,00004323$), e a privação da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido ($p = 0,0001509$) (Tabela 1).

Tabela 1. Boas práticas no trabalho de parto e parto de mulheres que tiveram parto vaginal num hospital estadual da região Central do Brasil no ano de 2016. Goiânia, Goiás, Brasil, 2018.

Boas práticas	Partos assistidos pela Enfermagem Obstétrica		Partos assistidos por outros profissionais		Valor de p†
	n ^a	%	n ^a	%	
Alimentação					
Sim	58	68,2	212	61,8	0.3302*
Não	27	31,8	131	38,2	
Métodos não farmacológicos para alívio da dor					
Sim	52	74,3	32	14,0	<0.0000001
Não	18	25,7	196	86,0	
Partograma					
Sim	57	60,6	91	24,1	<0.0000001*
Não	37	39,4	287	75,9	
Presença de acompanhante no parto					
Sim	16	17,2	3	0,8	<0.0000001**
Não	77	82,8	363	99,2	
Contato pele a pele imediato					
Sim	36	72,0	26	54,2	0.1050*
Não	14	28,0	22	45,8	
Clampeamento do cordão					
Tardio	30	36,1	38	14,7	0.00004323**
Precoce	53	63,9	220	85,3	
Amamentação na 1ª hora					
Sim	19	36,5	8	9,0	0.0001509*
Não	33	63,5	81	91,0	

Fonte: Dados da pesquisa. n: número de casos. %: porcentagem.

^a O n amostral não inclui os valores não informados

† Os cálculos para o valor de p não inclui os dados não informados

* Qui-quadrado corrigido de Yates

** Exato de Fischer

Já em relação às intervenções obstétricas, os partos assistidos por enfermeiros residentes em obstetria mantiveram-se associados à não realização da episiotomia ($p < 0,0000001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Intervenções obstétricas realizadas no trabalho de parto e parto de mulheres que tiveram parto vaginal num hospital estadual da região Central do Brasil no ano de 2016. Goiânia, Goiás, Brasil, 2018

Intervenções Obstétricas	Partos assistidos pela Enfermagem Obstétrica		Partos assistidos por outros profissionais		Valor de p‡
	n ^a	%	n ^a	%	
Ocitocina					
Sim	23	24,5	125	33,2	0.1300*
Não	71	75,5	251	66,8	
Uso contínuo de flúidos intravenosos durante o trabalho de parto					
Sim	32	34,0	154	41,1	0.2607*
Não	62	66,0	221	58,9	
Amniotomia					
Sim	9	15,0	48	28,2	0.06183*
Não	51	85,0	122	71,8	
Posição de parto					
Lito-tômica	91	96,8	376	98,7	0.3941**
De-cúbito dorsal	3	3,2	4	1,0	
De-cúbito lateral	0	0	1	0,3	
Episiotomia					
Sim	7	7,5	157	42,0	<0.0000001*
Não	86	92,5	217	58,0	
Pressão no fundo do útero					
Sim	5	8,5	3	4,7	0.6282**
Não	54	91,5	61	95,3	

Fonte: Dados da pesquisa. n: número de casos. %: porcentagem.

^a O n amostral não inclui os valores não informados

‡ Os cálculos para o valor de p não inclui os dados não informados

* Qui-quadrado corrigido de Yates

** Exato de Fischer

DISCUSSÃO

A presente pesquisa evidenciou que os partos assistidos pela Enfermagem Obstétrica são dotados de maior quantidade de boas práticas e possuem menos intervenções, enfatizando assim a importância da atuação deste profissional no trabalho de parto e parto vaginal de risco habitual. Assim, é possível afirmar que a Enfermagem Obstétrica vem contribuindo e participando de forma efetiva para a adesão dos princípios atuais nacionais e internacionais preconizados para atenção humanizada ao parto e nascimento^(10,11).

Nesse estudo, em relação ao uso das boas práticas e intervenções no trabalho de parto e parto vaginal, a diferença encontrada entre os partos assistidos pelos enfermeiros residentes em obstetrícia daqueles não assistidos por eles sugere que a atuação autônoma da Enfermagem Obstétrica contribui como ator facilitador para gerar experiência agradável em relação ao processo de parturição à mulher e sua família e também para a redução de intervenções não oportunas, demonstrando o diferencial do cuidado de Enfermagem.

A literatura ratifica que a Enfermagem Obstétrica vem se destacando pela atuação humanizada no parto, reduzindo a morbimortalidade materno-infantil e proporcionando experiência positiva à mulher e sua família⁽¹²⁾.

Nesse estudo, houve baixa adesão por parte de outros profissionais à utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto ($p < 0.0000001$), sendo essa boa prática mais presente nos partos acompanhados pela Enfermagem Obstétrica (74,3%). Essa estratégia oferece conforto à mulher e contribui para uma experiência mais agradável do processo de parturição^(13,14). Resultados de uma pesquisa realizada em Belo Horizonte corroboraram os deste estudo em relação aos profissionais de Enfermagem, apontando que 85% deles fizeram uso da medida⁽¹⁵⁾. O fato de que a Enfermagem Obstétrica lança mão dessa estratégia com mais frequência sugere que a atuação diligente da classe contribui como fator facilitador para uma vivência menos traumática do trabalho de parto, entendendo que esses métodos fazem parte do cuidado obstétrico fornecido por essa categoria profissional, embora não sejam restritos a ela⁽¹⁵⁾.

Nessa pesquisa, o partograma foi menos utilizado pelos outros profissionais ($p < 0.0000001$) e mais comumente presente entre os trabalhos de parto acompanhados pelos enfermeiros residentes em obstetrícia (60,6%). Um estudo realizado em Luanda - África, com 40 profissionais de Enfermagem que atendiam ao parto vaginal, revelou que 100% deles faziam o uso rotineiro do preenchimento do partograma e compreendiam sua importância⁽¹⁶⁾. O partograma é um instrumento para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, o qual deve ser utilizado pelos profissionais de saúde para monitorar o bem-estar materno e fetal e identificar riscos para desfechos adversos⁽¹¹⁾.

Na presente casuística, os partos assistidos sem a presença dos enfermeiros residentes em obstetrícia foram associados à ausência de acompanhante durante o parto ($p < 0.0000001$). Apesar desse direito ser garantido por lei, há mais de dez anos, ainda existe desconhecimento por parte das parturientes, como relata o estudo realizado em Sergipe com 160 gestantes, o qual confirmou o fato por

parte de 57,5% das parturientes, e também revelou que 66,2% não desfrutaram da presença do acompanhante em todo o processo de parturição, como garante a lei e conforme deveria ser cumprido pelas maternidades⁽¹⁷⁾. A Organização Mundial da Saúde recomenda um acompanhante da escolha da mulher durante todo o processo parturitivo para uma experiência positiva em relação ao parto, pois essa pessoa será capaz de promover suporte contínuo à parturiente de forma a compreender melhor suas necessidades⁽¹¹⁾.

Nessa pesquisa, em relação à secção do cordão umbilical, os partos não assistidos pela Enfermagem Obstétrica apresentaram clampeamento precoce ($p=0.00004323$). O atraso no clampeamento do cordão beneficia o RN, pois, aumenta em até 50% as reservas de ferro até os seis meses de idade, propicia o contato pele a pele imediato, e para os prematuros reduz os riscos de hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e chances de transfusão sanguínea, podendo ser realizado também em cirurgias cesáreas^(18-20,11). Portanto, se o bebê de risco habitual apresenta boa vitalidade ao nascer, independentemente da cor do líquido amniótico, o clampamento tardio é indicado⁽²¹⁾.

A prática da amamentação precoce não esteve presente em nascimentos assistidos por profissionais não enfermeiros ($p=0.0001509$). Pesquisa realizada no Paraná identificou ausência de implementação dessa boa prática na instituição pesquisada e deficiência de conhecimento profissional relacionado ao aleitamento materno na primeira hora de vida do RN (22). Todos os RNs, até mesmo os de baixo peso, que são capazes de sugar devem ser colocados junto ao seio materno, estimulados e auxiliados a amamentar o quanto antes, logo após o nascimento^(23,11). Estudo realizado no Rio de Janeiro em 2015 com 367 parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas constatou que o aleitamento materno na primeira hora de vida foi realizado em 82% dos nascimentos⁽²⁴⁾, demonstrando que a Enfermagem Obstétrica emprega maior empenho na aplicação das boas práticas, obedecendo às recomendações mundiais e apresentando preocupação em oferecer o melhor cuidado possível ao binômio mãe-bebê.

Este estudo apontou um papel importante do modelo assistencial pouco intervencionista em relação à prevalência de episiotomia, sendo que o parto vaginal assistido por enfermeiros residentes em obstetrícia esteve associado à não realização desta intervenção ($p<0.0000001$). No Brasil, estudo realizado com 655 mulheres resultou em uma taxa de 16,1% de episiotomias realizadas por profissionais de Enfermagem contra 85,2% realizadas por outros profissionais⁽¹⁵⁾. As recomendações mundiais desestimulam o uso rotineiro de episiotomia, afirmando que não existem evidências científicas suficientemente eficazes que defendam seu uso em nenhum cenário ou circunstância específica⁽¹¹⁾.

Uma Revisão Sistemática Cochrane mostrou que alguns profissionais acreditam que o uso rotineiro da episiotomia pode prevenir lacerações perineais extensas durante o parto. Contudo, a realização da episiotomia torna-se uma garantia de trauma perineal e suturas, além de poder resultar também em aumento do risco de lacerações perineais extensas, mulheres com dor moderada ou severa, dispareunia a longo prazo e incontinência urinária⁽²⁵⁾.

Limitações do estudo

Este estudo apresentou como limitação a coleta de dados secundários, entendendo que algumas informações não foram encontradas nos prontuários por falha no arquivamento e/ou ausência de preenchimento adequado do partograma, sendo que alguns aspectos abordados poderiam ser obtidos com maior fidedignidade por meio de entrevista com a puérpera, ou até um acompanhamento prospectivo. Esses fatos podem ter influenciado os resultados, embora as informações encontradas apontem para desfecho difundido pelas publicações da área.

Contribuições do estudo para a prática

Os resultados desta pesquisa ratificam as orientações mundiais e nacionais, as quais associam o maior uso das boas práticas do parto e nascimento à atuação assistencial de categorias profissionais não médicas, entendendo que os médicos são melhor treinados para o uso de tecnologias específicas focadas na alta complexidade e que os enfermeiros têm sua formação voltada para o cuidar, privilegiando a atuação humanizada^(6,11).

A prática humanizada e também a inserção do enfermeiro obstétrico no atendimento à gestante apresentam vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres. A residência em Enfermagem Obstétrica no Brasil tem como finalidade formar profissionais bem qualificados e sensíveis aos princípios norteadores da atenção à saúde da mulher e do neonato, preconizados pelo MS, com vistas a intensificar a assistência integral qualificada e baseada em evidências científicas atualizadas, além de colaborar para uma experiência positiva no parto^(7,10).

CONCLUSÃO

O presente estudo reflete a realidade assistencial do Sistema Único de Saúde na região central do país através de um corte populacional de mulheres atendidas em um hospital de referência para o estado de Goiás e o quão beneficiadas estão em relação às boas práticas de atenção ao parto humanizado e menos expostas às práticas intervencionistas, sem real indicação, quando atendidas pela Enfermagem Obstétrica.

Essa evidência pode colaborar com o sustento às políticas atuais de saúde da mulher e da criança, e oferecer um subsídio científico para a instituição que sediou a pesquisa, bem como para outros hospitais-escola e maternidades passarem a investir na formação e contratação de enfermeiros obstétricos para dar continuidade à assistência de boa qualidade, com garantia do uso de boas práticas, gerando bons resultados nos indicadores de qualidade do cuidado obstétrico.

É importante também salientar que as intervenções obstétricas ainda estão presentes e que as boas práticas no parto e nascimento não são realidades para todas as mulheres. Assim, cabe às instituições de saúde e aos seus profissionais repensarem a forma de atuação, lembrando que o parto é um evento fisiológico que geralmente não necessitará de muitas interferências por parte da equipe de saúde, e entendendo que o contexto de saúde materno-infantil caminha para a redução da morbimortalidade em direção à qualidade da assistência e à experiência satisfatória em relação ao parto vaginal e nascimento.

Os resultados desta pesquisa abrangeram apenas um hospital da região central do país, no entanto, seus achados conferem importância ao tema. Portanto mais estudos para o

cenário nacional são necessários, pois poderiam proporcionar uma melhor avaliação do modelo obstétrico difundido, para que novas estratégias de transformação das práticas obstétricas sejam levantadas.

Agradecemos à instituição hospitalar que sediou a pesquisa e também ao Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem Obstétrica da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Este estudo foi financiado pelo próprio pesquisador. Não houve conflitos de interesse entre os autores.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho da pesquisa: Taynara Cassimiro de Moura Alves, Marília Cordeiro de Sousa e Priscila Salomão da Silva; Análise e interpretação dos dados: Marília Cordeiro de Sousa, Taynara Cassimiro de Moura Alves, Amanda Santos Fernandes Coelho e Nayara Franklin Cesar; Redação do artigo: Taynara Cassimiro de Moura Alves e Marília Cordeiro de Sousa; Revisão crítica: Amanda Santos Fernandes Coelho, Leonora Rezende Pacheco, e Marília Cordeiro de Sousa; Revisão final: Amanda Santos Fernandes Coelho, Taynara Cassimiro de Moura Alves, Marília Cordeiro de Sousa e Nayara Franklin Cesar.

REFERÊNCIAS

- Silva FL, Souza ALS, Leite-Salgueiro CDB, Barbosa LS, Lobato L, Pereira JS. O protagonismo do enfermeiro na Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento e com vistas a erradicação de abuso e violência obstétrica. Id on Line Rev. Mult. Psic. [internet]. 2018 [cited 2019 jan 21];12(41):1068-1082. Available from: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1265/1874>.
- World Health Organization. Care in normal birth: A practical guide. Birth Issues in Perinatal Care [internet]. 1997 [cited 2019 jan 23];24(2):121-123. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9271979>.
- Ministério da Saúde (BR). Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2002. [cited 2019 jan 23]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2014 [cited 2019 jan 23]. Available from: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
- Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. Cogitare enferm. [internet]. 2019 [cited 2019 jan 21];24(e54164):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 [Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. [internet]. 2011 [cited 2018 nov 11]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 0516/2016. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem [internet]. 2016 [cited 2018 nov 11]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html.
- Ministério da Saúde (BR). Gestão de Alto Risco: Manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2010 [cited 2019 jan 23]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 [Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [internet]. 2012 [cited 2018 nov 11]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto: Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde (211) [internet]. 2017 [cited 2019 jan 23]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
- World Health Organization. Who recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization [internet]. 2018 [cited 2019 jan 23]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
- Reis CSC, Souza DOM, Nogueira MFH, Progianti JM, Vargens OMC. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. J. res.: fundam. care. online [internet]. 2016 [cited 2019 jan 23];8(4):4972-4979. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966/pdf_1.
- Hanum SP, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. Rev enferm UFPE on line [internet]. 2019 [cited 2019 jan 23];11(8):3303-3309. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110197/22089>.
- Dias EG, Ferreira ARM, Martins AMC, Jesus MM, Alves JCS. Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. Enferm Foco [internet]. 2018 [cited 2019 jan 21];9(2):35-39. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1398/442>.
- Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. Rev Saúde Pública [internet]. 2014 [cited 2019 jan 23];48(2):304-313. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000200304&script=sci_abstract&tng=pt.
- Alexandre DFSN, Mamede FV, Pudêncio PS. O uso do partograma por profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto. Enfermagem Obstétrica [internet]. 2016 [cited 2019 jan 21];3(34):1-6. Available from: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/34/33>.
- Santos ECP, Lima MR, Conceição LL, Tavares CS, Guimarães AMDN. Conhecimento e aplicação do direito do acompanhante na gestação e parto. Enferm. foco [internet]. 2016 [cited 2019 jan 23];7(3/4):61-65. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/918>.
- Vitral GLN, Reis ZSN, Gaspar JS, Souza IMF, Aguiar RALP. Clampeamento oportuno de cordão umbilical e suas repercussões na concentração de hemoglobina neonatal. SaBios [internet]. 2017 [cited 2019 fev 15];11(3):35-41. Available from: <http://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/view/2062/968>.
- World Health Organization. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization [internet]. 2014 [cited 2019 jan 23]. Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/.
- Andersson O, Hellström-Westas L, Domellöf M. Elective caesarean: does delay in cord clamping for 30 s ensure sufficient iron stores at 4 months of age? A historical cohort control study. BMJ Open [internet]. 2016 [cited 2019 jan 21];6(11):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5129052/>.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (BR). Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria [internet]. 2016 [cited 2019 jan 15]. Available from: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaiores34semanas26jan2016.pdf.
- Antunes MB, Demitto MO, Soares LG, Radovanovic CAT, Higarashi IH, Ichisato SMT et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. Ave. Enferm. [internet]. 2017 [cited 2019 jan 21];35(1):19-29. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a03.pdf>.
- Silva JLP, Linhares FMP, Barros AA, Souza AG, Alves DS, Andrade PON. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança. Texto Contexto Enferm [internet]. 2018 [cited 2019 fev 15];27(4):1-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e4190017.pdf>.
- Ramos WMA, Aguiar, BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci, PA. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. J. res.: fundam. care. online [internet]. 2018 [cited 2019 jan 23];10(1):173-179. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6019/pdf>.
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth: Review. Cochrane Database Syst Ver [internet]. 2017 [cited 2019 jan 21];2(2):1-77. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>.

ARTIGO 10

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA VÍRUS EM GESTANTES EM UM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE

Nathalya da Silva Louro¹
Amanda Santos Fernandes Coelho¹
Marília Cordeiro de Sousa²
Tainara Lucinda Junqueira¹
Priscila Salomão da Silva³
Luiza Emylce Pelá Rosado¹

<https://orcid.org/0000-0001-5932-4630>
<https://orcid.org/0000-0001-5379-2740>
<https://orcid.org/0000-0001-6643-2365>
<https://orcid.org/0000-0002-8775-3448>
<https://orcid.org/0000-0001-9511-7444>
<https://orcid.org/0000-0002-5720-1984>

Objetivo: Caracterizar o perfil das gestantes notificadas para Zika Vírus (ZIKV) em um hospital da região Centro-Oeste. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, quantitativo e retrospectivo, composto por 311 casos suspeitos de ZIKV em gestantes atendidas em um Hospital Público de referência no período dezembro de 2015 a dezembro de 2017. Análise com teste de qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** Foram confirmados 180 (58%) casos, predominou mulheres com idade entre 19-35 anos 250 (80%), residentes em Goiânia 126 (70%). Houve associação estatisticamente significativa em relação aos casos confirmados em gestantes na faixa etária de 19 a 35 anos ($p < 0.0071$), ocorrência de casos durante o segundo semestre de 2015 ($p < 0.0028$), e o primeiro semestre de 2016 ($p < 0.0000001$). **Conclusão:** Mediante o agravamento que a infecção pelo ZIKV pode ocasionar durante a gestação, é imprescindível que os casos suspeitos sejam monitorados.

Descritores: Zika Vírus; Gestante; Notificação Compulsória de Doença.

CHARACTERIZATION OF THE REPORTED CASES OF ZIKA VIRUS IN PREGNANT WOMEN IN A HOSPITAL IN THE MIDWEST BRAZIL REGION

Objective: To characterize the profile of pregnant women reported for Zika Virus (ZIKV) in a hospital in the Midwest. **Methodology:** A cross-sectional, descriptive, quantitative and retrospective study of 311 suspected ZIKV cases in pregnant women attending a Reference Public Hospital during the period of December 2015 to December 2017. Analysis using chi-square test and Fisher's exact test. **Results:** 180 (58%) cases were confirmed, predominantly women aged between 19-35 years 250 (80%), living in Goiânia 126 (70%). There was a statistically significant association with confirmed cases in pregnant women aged 19-35 years ($p < 0.0071$), occurrence of cases during the second half of 2015 ($p < 0.0028$), and the first half of 2016 ($p < 0.0000001$). **Conclusion:** Due to the complications that infection by ZIKV can cause during pregnancy, it is necessary that the suspected cases are monitored.

Descriptors: Zika Virus, Pregnant Woman, Compulsory Disease Notification.

CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS NOTIFICADOS DE ZIKA VIRUS EN EMBARAZADAS EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN CENTRO-OESTE

Objetivo: Caracterizar el perfil de las mujeres embarazadas notificadas para Zika Virus (ZIKV) en un hospital de la región Centro-Oeste. **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, compuesto por 311 casos sospechosos de ZIKV en mujeres embarazadas atendidas en un Hospital Público de referencia en el período de diciembre de 2015 a diciembre de 2017. Análisis con prueba de chi-cuadrado y Exacto de Fisher. **Resultados:** Se confirmaron 180 (58%) casos, predominó mujeres con edad entre 19-35 años 250 (80%), residentes en Goiânia 126 (70%). Se observó asociación estadísticamente significativa en relación a los casos confirmados en mujeres embarazadas en el grupo de edad de 19 a 35 años ($p < 0.0071$), ocurrencia de casos durante el segundo semestre de 2015 ($p < 0.0028$), y el primer semestre de 2016 ($p < 0.0000001$). **Conclusión:** Mediante las complicaciones que la infección por el ZIKV puede ocasionar durante la gestación, es imprescindible que los casos sospechosos sean monitoreados.

Descriptores: Zika Virus, Embarazada, Notificación Obligatoria de Enfermedad.

¹Hospital Materno Infantil da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

²Universidade Federal de Goiás-UFG.

³Maternidade Nascer Cidadão.

Autor correspondente: Amanda Santos Fernandes Coelho. E-mail: amandasantospi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Zika Vírus (ZIKV) é um ácido ribonucleico (RNA) da família Flaviviridae, transmitido pelo mosquito do gênero *Aedes aegypti*, o mesmo vetor responsável pela transmissão de Dengue e Chikungunya. Foi constatado a princípio em sangue de macacos, no ano de 1947, em Uganda na África⁽¹⁾. O primeiro surto ocorreu em 2007 na Ilha de Yap, na Micronésia, e posteriormente foram relatados surtos na Polinésia Francesa, espalhando-se para outras ilhas do Pacífico. No continente americano, a circulação do ZIKV foi identificada em 2014⁽²⁾.

Aproximadamente 80% dos indivíduos infectados apresentam-se assintomáticos, entretanto, quando sintomáticos, manifestam febre baixa, erupção pruriginosa, edema das extremidades, cefaleia e mialgia⁽²⁾. Ainda que seja uma enfermidade de evolução benigna, na Polinésia Francesa, houve relatos de complicações neurológicas, como a Síndrome de Guillain-Barré⁽³⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) confirmou a transmissão autóctone do ZIKV primeiramente na região Nordeste, em maio de 2015⁽⁴⁾. O vírus disseminou-se para as outras regiões do país e, no segundo semestre de 2015, observou-se o aumento substancial das notificações de recém-nascidos (RN) com microcefalia no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) em alguns estados do Nordeste do Brasil, em especial, Paraíba, Pernambuco e Ceará, além dos registros de abortos espontâneos e natimortos⁽⁵⁾.

Após descartar outras possíveis causas, os dados epidemiológicos sugeriam umnexo temporal entre o aumento das notificações de casos de microcefalia e o surto de ZIKV. A epidemia do ZIKV gerou um importante problema de saúde pública, a tal ponto que o Ministério da Saúde, em novembro de 2015, declarou emergência sanitária de importância nacional através da Portaria nº 1.813 de 11 de novembro de 2015⁽⁶⁾.

Diante da rápida propagação do ZIKV e as anormalidades observadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2016, lançou um alerta de emergência global sobre a relação entre a infecção em gestantes e o desenvolvimento de microcefalia em fetos⁽⁷⁾. O Brasil foi o primeiro país a identificar a relação entre a infecção pelo ZIKV na gestação e a ocorrência de microcefalia em RN⁽⁸⁾.

A infecção pelo ZIKV tornou-se doença de notificação compulsória após publicação da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, considerando como caso suspeito paciente que apresentasse exantema acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartralgia ou edema periarticular⁽⁹⁾.

O ano de 2016 foi considerado o ano epidêmico da

doença no Brasil, logo, com o maior número de notificações desde 2015⁽¹⁰⁾. Conforme o Boletim Epidemiológico nº 37, no período de janeiro a agosto de 2016, dos 196.976 casos prováveis registrados de febre pelo ZIKV na população geral no país, (67,3%) foram em mulheres, dos quais (72,8%) corresponderam a mulheres em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos). As regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentam as maiores taxas de incidência da doença na população no ano epidêmico⁽¹¹⁾.

Diante desse cenário, considerando que as gestantes compõem o grupo mais vulnerável em razão das consequências ocasionadas por infecção pelo ZIKV, o presente estudo tem o objetivo de caracterizar os casos das gestantes notificadas para o vírus ZIKV, em um hospital público de referência da região centro-oeste. Deste modo, a partir do conhecimento do perfil, será possível subsidiar ações para o desenvolvimento e aprimoramento de políticas públicas de saúde direcionadas para este público, principalmente no estado de Goiás.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo e retrospectivo. Os dados foram obtidos a partir das fichas de investigação epidemiológica de casos de ZIKV notificados ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), arquivadas no núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital de estudo.

Local do estudo

Realizado em uma unidade de saúde estadual, com atendimento de média e alta complexidade, referência na área materno-infantil, inserido no contexto do Sistema Único de Saúde e que faz parte do fluxo de atendimento dos casos suspeitos de infecção por ZIKV em gestantes.

Participantes da pesquisa

A amostra da pesquisa foi composta por todas as notificações de casos de ZIKV em gestantes realizadas em um período de dois anos, a partir de dezembro de 2015, quando tiveram início as notificações na unidade, até dezembro de 2017. Das 326 fichas preenchidas na instituição de saúde, 15 fichas não atenderam aos critérios de inclusão, consequentemente, não foram utilizadas no estudo. Portanto, foram analisadas 311 fichas de gestantes notificadas pelos profissionais de saúde.

Os critérios de inclusão foram todas as fichas de gestantes investigadas, e cujas conclusões dos casos tenham sido informadas (se descartadas ou confirmadas). Considerou-se

como critério de exclusão o não preenchimento da data de notificação da ficha e da conclusão do caso.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a julho de 2018. Foram coletadas informações referentes à data da notificação, unidade de saúde notificadora, município da notificação, data dos primeiros sintomas, sintomas, classificação final da notificação, evolução do caso, variáveis sócio-demográficas (faixa etária, raça/cor, escolaridade, município, distrito e zona de residência) e trimestre gestacional. Essas informações foram registradas em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel® 2017.

Procedimentos de análise dos dados

As informações foram analisadas através do programa eletrônico SPSS versão 3.5. Os dados quantitativos foram analisados descritivamente através de distribuição de frequências, médias e desvio padrão. Testes de significância adequados ao tamanho da amostra foram aplicados para verificar as diferenças estatísticas entre as proporções, isto é, estas proporções foram comparadas pelo teste do 2, acompanhado do teste exato de Fisher ou teste de correção de Yates. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$).

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, obtendo parecer substanciado 2.616.930 e CAAE: 80907417.6.0000.5080 e desenvolvido segundo os princípios éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

RESULTADOS

Em relação à caracterização sociodemográfica das gestantes notificadas, o presente estudo verificou que a faixa etária que predominou foi de 19 a 35 anos (80%) e com média de idade de $26,5 \pm 6,3$ anos, a maioria de raça não branca (63%), com mais de oito anos de tempo de estudo (90%), residente na Capital (70%) e zona urbana (99,68).

Os casos notificados em gestantes que residem na capital de Goiás, segundo os distritos sanitários, apresentam a seguinte distribuição: leste 5%, norte 6%, sul 6%, noroeste 14%, sudoeste 18%, campinas Centro 19%, e oeste 21%.

Quanto aos dados da notificação compulsória, houve predomínio de casos confirmados, 180 casos (58%), com maior ocorrência de notificações no primeiro semestre de 2016 (71%), com gestação no segundo trimestre no momento da notificação (34%) e os principais profissionais de saúde

notificadores foram Enfermeiros (99%), dados descritos na (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos notificados de gestantes com suspeita de infecção pelo ZIKV, segundo os dados da notificação em um Hospital Estadual, entre 2015 a 2017. Goiânia, Goiás, 2019.

Dados da notificação	n(%)
Classificação final	
Confirmado	180(58)
Descartado	131(42)
Notificações por semestre/ano	
1º semestre	
2016	222(71)
2017	45(15)
2º semestre	
2015	6(2)
2016	15(5)
2017	23(7)
Trimestre de gestação/Momento da notificação	
1º trimestre	103(33)
2º trimestre	105(34)
3º trimestre	103(33)
Viagem recente	
Sim	5(1)
Não	30(10)
Não Informado	276(89)
Profissional de saúde notificador	
Enfermeiro	308(99)
Outros profissionais	3(1)

Fonte: dados da pesquisa.n: número de casos. %: porcentagem.

Ao analisar os casos notificados por suspeita de infecção pelo ZIKV, em gestantes na unidade de estudo, utilizando as variáveis sociodemográficas e os dados da notificação, constatou-se associação estatisticamente significativa em relação aos casos confirmados e a faixa etária das gestantes de 19 a 35 anos de idade ($p < 0,0071$), notificações realizadas no 2º semestre de 2015 ($p < 0,0000001$) e 1º semestre de 2016 ($p < 0,0028$), como mostra a (Tabela 2). Na apresentação dos resultados das variáveis raça e escolaridade, foram desprezados os dados sem informação. O que altera o percentual final.

Tabela 2. Associação entre as variáveis sociodemográficas e os dados da notificação de ZIKV em um Hospital Estadual, entre 2015 a 2017. Goiânia, Goiás, 2019.

Variáveis	Conclusão dos casos		Valor p
	Confirmados n(%)	Descartados n(%)	
Município			
Goiânia	126(70)	93(30)	0.9494*
Outros municípios	54(71)	38(29)	
Raça			
Raça branca	50(55)	41(45)	0.5093*
Raça não branca	92(71)	61(29)	
Escolaridade			
<8 anos	13(62)	8(38)	0.7070*
≥8anos	100(55)	82(45)	
Faixa etária			
≤18 anos	21(64)	12(36)	0.6015*
19 a 35 anos	150(60)	100(40)	0.0071*
≥36 anos	9(32)	19(68)	0.1647*
Trimestre de gestação no momento da notificação			
1º Trimestre	61(59)	42(41)	0.8289*
2º Trimestre	56(53)	49(47)	0.4813*
3º Trimestre	63(61)	40(39)	0.3013*
Zona			
Zona urbana	180(58)	130(42)	0.8730*
Zona Rural	-	1(100)	
1º Semestre			
2016	164(74)	58(26)	0.0000001**
2017	12(27)	33(73)	
2º Semestre			
2015	3(50)	3(50)	0.0028**
2016	1(7)	14(93)	0.8801**
2017	-	23(100)	0.2684**

Fonte: Dados da pesquisa.n: número de casos *Teste de qui-quadrado corrigido de Yates;** Exato de Fisher.

Em relação aos sinais e sintomas apresentados pelas gestantes notificadas, independentemente da conclusão do caso, os mais frequentes foram: exantema (81%), prurido (41%), cefaleia (20%), febre (20%), mialgia (19%), artralgia (14%) e dor retro-ocular (14%). Entre os casos confirmados por critério laboratorial para infecção por ZIKV, os sintomas mais frequentes foram: exantema (86%) e prurido (44%).

DISCUSSÃO

A detecção da infecção por ZIKV em gestantes tornou-se prioritária em todo território nacional após a associação da infecção materna durante a gestação com microcefalia no feto. A região Centro-Oeste, no ano de 2016, apresentou

as maiores taxas de incidência da doença na população. Em 2017 manteve-se com os elevados números de coeficiente de incidência entre as demais regiões do país⁽¹⁰⁾.

Nesse estudo, o primeiro semestre de 2016 foi o período que apresentou a maior ocorrência de casos suspeitos notificados (71%), sendo mais frequentes nos meses de fevereiro (33%) e março (28%), corroborando com Informe Epidemiológico nº 47 do Ministério da Saúde, o qual evidenciou uma maior concentração de casos entre as semanas epidemiológicas 7 e 9, correspondentes respectivamente aos meses de fevereiro e março de 2016⁽¹²⁾. No tocante à distribuição temporal dos casos durante a epidemia, a curva de ZIKV assemelha-se à curva de dengue, com transmissão importante no período compreendido entre as semanas epidemiológicas 3 (janeiro) a 15 (abril) de 2016⁽¹¹⁾.

Verificou-se no presente estudo que a maioria das gestantes reside na capital (70%). A cidade de Goiânia é composta por sete Distritos Sanitários (DS), que são definidos a partir de critérios epidemiológicos e sociais semelhantes, verificando-se uma distribuição diferente entre os DS. É importante manter a vigilância entomológica do Aedes em criadouros tanto artificiais como naturais, principalmente em áreas urbanas, com o propósito de serem contidos surtos de Dengue, Zika e Chikungunya⁽¹²⁾.

Somente 10% da população goiana reside em área rural e nessa amostra evidenciou-se apenas um caso notificado. No presente estudo, a maioria das gestantes reside em zona urbana. A habituação do ZIKV a um ciclo urbano e regiões próximas, através do Aedes aegypti e outros mosquitos do subgênero como vetores, tendo o humano como principal hospedeiro, deve ser uma grande preocupação para as autoridades de saúde pública⁽¹⁾.

As arboviroses são consideradas problemas de saúde pública, essencialmente pelo seu potencial de disseminação e contágio, pela facilidade de adaptação a novos cenários e a gravidade de alguns casos com acometimentos neurológicos e, portanto, a circulação vetorial não deve ser negligenciada⁽¹³⁾.

Na presente pesquisa, as mulheres jovens em idade reprodutiva foram as mais acometidas pela infecção (60%). Tal fato corrobora o estudo nacional realizado a partir dos dados do SINAN, nos quais predominou a faixa etária de 20 a 39 anos de idade, correspondendo a (44,7%) dos casos de ZIKV em mulheres⁽¹¹⁾. O dado relativo à faixa etária de 19 a 35 anos foi estatisticamente significativo nessa pesquisa quando associado aos casos confirmados. Segundo a OMS, considera-se que o período reprodutivo em mulheres está compreendido entre a idade de 15 a 49 anos⁽¹⁴⁾.

O estudo de Coelho et al⁽¹⁵⁾ evidenciou que mulheres em faixa etária sexualmente ativa apresentam maior predisposição à infecção por ZIKV do que os homens, com

aumento de 90%, e que tal fato provavelmente se relacione com a transmissão sexual. Além disso, a identificação do vírus em mulheres é maior, o que pode estar relacionado à maior frequência das mulheres em consultas médicas e, deste modo, o vírus é detectado se estiverem infectadas.

Houve predomínio nesse estudo de gestantes com escolaridade cujo tempo de estudo foi maior que oito anos (63%). A escolaridade materna reflete as condições socioeconômicas e se associa a um maior risco de morte neonatal, portanto é um fator de risco que contribui na questão da sobrevivência infantil e em indicadores de condição socioeconômica⁽¹⁷⁾. No estudo de Santana et al⁽¹⁷⁾, constatou-se que as mulheres negras apresentam histórico frequente de adoecimento por arbovirose, e que o ambiente onde elas vivem influencia na condição de adoecimento.

Nesse trabalho, houve predomínio dos casos notificados no segundo trimestre gestacional, e, desses, a maioria foi positiva para ZIKV (53%). Tal resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Nogueira et al⁽¹⁸⁾, em que, dos 54 casos positivos para ZIKV, 48% foram durante o segundo trimestre, tendo ainda concluído que a infecção deve ser considerada importante em qualquer trimestre gestacional. Entretanto, de acordo com outros estudos, a infecção materna no primeiro trimestre é considerada de maior risco de transmissão ao feto^(19,20,21).

Em relação à conclusão dos casos do presente estudo, a maioria foi confirmada (58%). Estudo de coorte realizado no Rio de Janeiro, no período de setembro de 2015 a maio de 2016, acompanhou prospectivamente 345 grávidas, e buscou obter dados da gestação e os desfechos neonatais, destas, 53% obtiveram resultados positivos para ZIKV⁽²²⁾. Estudo realizado no sistema público de saúde de São José do Rio Preto, entre fevereiro e outubro de 2016, acompanhou 216 gestantes com suspeita de ZIKV, destas, 26% obtiveram resultado positivo para infecção pelo ZIKV e 74% obtiveram resultado descartado⁽¹⁸⁾.

Neste trabalho, no que diz respeito aos profissionais que realizaram as notificações, houve destaque para o profissional Enfermeiro. O enfermeiro destaca-se na assistência a gestante especialmente na atenção ao pré-natal, pois assume papel cada vez mais decisivo e proativo ofertando informações e disponibilizando cuidados para que a gestação ocorra sem riscos à saúde da mãe e do concepto⁽²³⁾.

Em relação ao preenchimento da notificação compulsória de acordo com Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, "a notificação é obrigatória a todos os profissionais de saúde, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino"⁽²⁴⁾.

A notificação de doença favorece meios para vigiar a saúde da população. Porém, a falta de conhecimento por

parte dos profissionais em relação às ações da vigilância epidemiológica pode contribuir com a não realização da notificação, prejudicando assim o funcionamento do sistema de notificação vigente no país. O conhecimento sobre a doença e da forma de notificação aos órgãos responsáveis é primordial para prevenção e controle de epidemias⁽²⁵⁾.

Limitações do estudo

Este estudo apresentou algumas limitações por ter metodologia do tipo transversal e descritivo, com dados utilizados a partir da ficha de notificação, haja vista que algumas informações podem ser registradas de forma incompleta ou inadequada, deste modo algumas informações podem ser perdidas; além disso, o conhecimento a respeito do seguimento e desfechos das gestações e também a realização do estudo em apenas uma unidade de saúde, assim são necessários outros estudos semelhantes em outras regiões no âmbito nacional e mundial.

Contribuições do estudo para a prática

Tendo em vista as várias lacunas ainda existentes no conhecimento sobre a infecção pelo vírus Zika, o presente estudo, a partir da caracterização dos casos notificados de Zika em gestantes, contribui para fortalecer o conhecimento de enfermeiros e profissionais de saúde que atuam no atendimento a mulheres em idade fértil, principalmente durante o período gestacional, subsidiando a formulação de protocolos assistenciais, atenção as ações de vigilância epidemiológica, planejamento familiar, cuidados no pré-natal, atenção ao parto e ao nascimento e orientações de medidas de prevenção contra arboviroses.

CONCLUSÃO

A infecção por ZIKV deve ser devidamente notificada em casos suspeitos. É necessária a capacitação dos profissionais de saúde sobre as ações da vigilância em saúde, visto que a notificação é uma ferramenta importante para vigilância de novos casos e a identificação de surtos e epidemias.

O incentivo a ações de controle vetorial é indispensável no combate às arboviroses, além do acompanhamento pré-natal às gestantes, pois essas devem receber orientações quanto a medidas de proteção individual contra a infecção por ZIKV, como o uso de repelentes, de roupas apropriadas que as protejam contra a picada de mosquitos em áreas de circulação viral e de preservativos quando o contato sexual apresentar quadro suspeito de infecção por ZIKV.

São necessários também novos estudos que associem fatores de risco maternos com desfecho ao RN no contexto dessa infecção e que direcionem a implantação de políticas públicas que contribuam com melhores resultados nos

indicadores de morbidade materna e neonatal.

Declaramos que não houve conflitos de interesse. O financiamento do estudo foi integralmente de responsabilidade dos próprios pesquisadores.

Agradecemos à instituição da pesquisa e ao Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem Obstetrícia da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, Análise e interpretação dos dados, Redação do artigo, Revisão crítica, Revisão final: Nathalya da Silva Louro, Amanda Santos Fernandes Coelho, Marília Cordeiro de Sousa, Tainara Lucinda Junqueira, Priscila Salomão Silva, Luiza Emylce Pelá Rosado.

REFERÊNCIAS

- Musso D, Lormeau VMC, Gubler DJ. Zika virus: following the path of dengue and Chikungunya?. *The Lancet* [Internet]. 2015 [cited 2017 nov 11]; 386 (9990): 243-244. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61273-9/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61273-9/fulltext?code=lancet-site).
- Lopes MH, Miyaji KT, Infante V. Zika Virus. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2016 [cited 2018 out 28]; 62(1): 4-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302016000100004&script=sci_arttext
- Luz KG, Santos GIV, Vieira RM. Febre pelo vírus Zika. *Epidemiol. Serv. Saúde.* [Internet]. 2015 [cited 2018 nov 15]; 24(4): 785-788. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S2237-96222015000400785&script=sci_arttext&tlh
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS [recurso eletrônico]. 1ª edição.* Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [cited 2017 out 23] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf
- Sáfadi, MAP. Zika Virus: What Have We Learned?. *Amer. J. Perinatol.* [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 12]; 33(11): 1029-1031. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1586116>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.813 de 11 de novembro de 2015: Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 2015 nov 11. [cited 2018 out 03]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre a primeira reunião do Regulamento Sanitário Internacional: Comitê de Emergência sobre o Zika vírus e aumento observado em distúrbios neurológicos e malformações neonatais [Internet]. 2016 [cited 2018 out 03]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/12-comitê-de-emergência-zika/>
- Oliveira, CS, Vasconcelos, PFC. Microcefalia e vírus Zika. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2016 [cited 2018 out 13]; 92(2): 103-105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000200103&lng=en&nr=iso
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 2016 fev 18; Seção 1: 23. [cited 2017 set 24]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Situação epidemiológica da infecção pelo vírus Zika no Brasil, de 2015 a 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde. v.49, n.47, p.1-10, 2018. [cited 2017 out 01]. Available from: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/15/2016_031Mulheres_publicacao.pdf
- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Zika Virus: Perfil Epidemiológico em mulheres [Internet]. 2016 [cited 2018 out 02]; 47(37): 1-7. Available from: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/15/2016_031-Mulheres_publicacao.pdf
- Lima-camar TN, Urbinatti PR, Chiaravalloti FN. Encontro de Aedes aegypti em criadouro natural de área urbana. *Rev. de Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 11]; 50(3): 1-4. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/672/67247719057.pdf>
- Donalisio MR, Freitas ARR, Von Zuben APB. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev. de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 jan 03]; 51(30): 1-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006889>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.* 2009. [cited 2018 nov 10]. Available from: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf.
- Coelho FC, Durovni B, Saraceni V, Lemos C, Codeco CT, Camargo S, et al. A maior incidência de zika em mulheres adultas do que em homens adultos no Rio de Janeiro sugere uma contribuição significativa da transmissão sexual de homens para mulheres. *International Journal of Infectious Diseases* [Internet]. 2016 [cited 2018 out 11]; 51: 128-132. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.08.023>
- Gonçalves AE, Tenório SDB, Ferraz PCS. Aspectos socioeconômicos dos genitores de crianças com microcefalia relacionada ao Zika Virus. *Rev. Pesq. Fisio.* [Internet]. 2018 [cited 2018 set 29]; 8(2): 155-166. Available from: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i2.1865>.
- Santana KSO, Guimarães ICS, Junior AD'O. Assistência à saúde de gestantes negras e não negras em epidemia de zika vírus no município de Salvador, Ba. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud.* [Internet]. Abril 2018. [cited 2018 dez 04]; Havana-Cuba Available from: www.convencional2017.sld.cu/index.php/convencional2018/paper/viewPaper/1164
- Nogueira ML, Nery Junior NRR, Estofolete CF, Terzian ACB, Guimarães GF, Zini N, et al. Desfechos adversos do nascimento associados à exposição ao zika vírus durante a gravidez em São José do Rio Preto, Brasil. *Clinical Microbiology and Infection* [Internet]. 2018 [cited 2018 out 28]; 24(6): 646-652. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2017.11.004>
- Cauchemez S, Besnad M, Bompard P, Dub T, Guillemette-Artur, Eyrolle-Guinot, et al. Associação entre o vírus Zika e a microcefalia na Polinésia Francesa, 2013-2015: um estudo retrospectivo. *Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 11]; 387(10033): 2125-2136. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909533/>.
- Cunha DP. Alterações morfológicas e detecção viral em placentas de gestantes infectadas com o vírus zika. [Dissertação de mestrado]; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da criança e do adolescente Fernandes Figueira. 2017. Available from: www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27412
- Honein MA, Dawson AL, Peterson EE, Jones AM, Lee EH, Yazdy MM, et al. Defeitos congênitos entre fetos e bebês de mulheres americanas com evidência de possível infecção pelo zika vírus durante a gravidez. *JAMA* [Internet]. 2017 [cited 2018 out 28]; 317(1): 59-68. Available from: <https://jama-network.com/journals/jama/article-abstract/2671017?resultClick=1>. Doi: 10.1001/jama.2016.19006
- Brasil P, Junior Pereira JP, Moreira ME, Nogueira RMR, Damasceno L, Wakimoto M, et al. Infecção por vírus Zika em mulheres grávidas no Rio de Janeiro. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [cited 2018 out 28]; 375(24): 2321-2334. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5323261/>
- Primo CC, Trevizani CC, Tedesco JC, Costa Leite FMC, Almeida MVS, Lima EFA. Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. *Enferm. Foco* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 21]; 6(1/4): 17-23. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/571/253>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104 de 25 de JANEIRO de 2011: as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* 2011 jan 25. [cited 2017 nov 24]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html
- Silva, GA; Oliveira, CML. O registro das doenças de notificação compulsória: a participação dos profissionais da saúde e da comunidade. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [Internet]. 2014 [cited 2019 jan 17]; 4(3): 215-220, 2014. Available from: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4578>

GESTANTES QUE RECEBEM INFORMAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O CONHECIMENTO DE SEUS DIREITOS NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Tainara Lucinda Junqueira¹
 Amanda Santos Fernandes Coelho¹
 Marília Cordeiro de Sousa²
 Nathalya da Silva Louro¹
 Priscila Salomão da Silva³
 Nilza Alves Marques Almeida¹

<https://orcid.org/0000-0002-8775-3448>
<https://orcid.org/0000-0001-5379-2740>
<https://orcid.org/0000-0001-6643-2365>
<https://orcid.org/0000-0001-5932-4630>
<https://orcid.org/0000-0001-9511-7444>
<https://orcid.org/0000-0002-3390-7827>

Objetivo: Associar a aquisição de conhecimento de gestantes sobre os direitos no período gravídico-puerperal com recebimento de informações por profissionais de saúde. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, quantitativo, prospectivo, composto por 88 gestantes, no período de maio a agosto de 2018. Análise com teste de Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** Houve associação quanto a quem recebeu informação e acertou sobre o período de licença maternidade ($p=0.005722$), sobre o direito de abono de falta no trabalho mediante apresentação do atestado médico e comparecimento ($p=0.007903$), e a lei do acompanhante ($p=0.005869$). Houve associação de quem não recebeu informação e errou sobre o direito de realizar no mínimo 6 consultas e demais exames complementares no horário de trabalho ($p=0.02705$). **Conclusão:** É de suma importância que as gestantes recebam orientações sobre os direitos por parte dos profissionais de saúde e exijam seu cumprimento, melhorando sua assistência obstétrica.

Descritores: Gestantes; Conhecimento; Legislação; Mulheres.

PREGNANT WOMEN WHO RECEIVE INFORMATION FROM HEALTH PROFESSIONALS AND ARE MADE AWARE OF THEIR RIGHTS IN THE PREGNANCY-PUERPERAL PERIOD

Objective: To associate the pregnant women's knowledge regarding their rights in the pregnancy-puerperal period with the information received from health professionals. **Methodology:** A cross-sectional, descriptive, quantitative and prospective study, composed by 88 pregnant women, during the period of May to August of 2018. Analysis using chi square test and Fisher's Exact test. **Results:** An association of those who received information was found with those who got the right period of maternity leave ($p=0.005722$), in relation to the right to paid time off upon presentation of the medical certificate ($p=0.007903$), and the law of companionship ($p=0.005869$). There was an association of those who did not receive information and missed about their right of carrying out at least 6 doctor appointments and other complementary examinations during working hours ($p=0.02705$). **Conclusion:** It is extremely important that pregnant women receive guidance on their rights from health professionals, enforcing them and improving their obstetric care.

Descriptors: Pregnant Women, knowledge, Legislation, Women.

MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBEN INFORMACIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL CONOCIMIENTO DE SUS DERECHOS EN EL PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Objetivo: Asociar la adquisición de conocimiento de las mujeres embarazadas sobre los derechos en el período gravídico-puerperal con el recibimiento de informaciones por profesionales de salud. **Metodología:** Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, prospectivo, compuesto por 88 gestantes, en el periodo de mayo a agosto de 2018. Análisis con prueba de Chi-cuadrado y Exacto de Fisher. **Resultados:** Se observó asociación de quien recibió información y acertó sobre el periodo de licencia maternidad ($p=0.005722$), sobre el derecho de inasistencia al trabajo mediante la presentación del certificado médico ($p=0.007903$), y la ley del acompañante ($p=0.005869$). Se observó asociación de quien no recibió información y se equivocó sobre el derecho de realizar por lo menos 6 consultas y demás exámenes complementarios en el horario de trabajo ($p=0.02705$). **Conclusión:** Es de suma importancia que las mujeres embarazadas reciban orientaciones sobre los derechos por parte de los profesionales de salud y exijan su cumplimiento, mejorando su asistencia obstétrica.

Descriptoros: Mujeres Embarazadas; Conocimiento; Legislación; Mujeres.

¹Hospital Materno Infantil da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

²Universidade Federal de Goiás-UFG.

³Maternidade Nascer Cidadão.

Autor correspondente: Amanda Santos Fernandes Coelho. E-mail: amandasantosp@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal é um momento muito importante na vida da mulher, haja vista que neste período a mesma passa por inúmeras mudanças físicas, psicoafetivas e sociais, tais alterações provocam diversos sentimentos, como dúvidas, angústias, ansiedade, medo, entre outros, o que exigirá uma série de adaptações na vida da mulher, principalmente para a mulher trabalhadora, sendo fundamental um olhar profissional para atender esta mulher⁽¹⁾.

Nesse sentido, a mulher deve ser amparada por leis que asseguram dignidade e respeito no mercado de trabalho. Foi por meio das edições das Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que as questões relacionadas à participação feminina no mercado de trabalho tomaram uma proporção internacional de maior importância, isto é, nas Convenções 03 e 04 da OIT de 1919, sancionadas pelo Brasil em 1935 e 1937, concomitantemente⁽²⁾.

No ano de 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou um documento para melhorar a assistência à saúde das mulheres, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes (PAISM), com o objetivo de melhorar as condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, garantindo os direitos e ampliando os serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, bem como reduzir a morbidade e mortalidade da mulher no Brasil⁽³⁾. Além disso, a gestante tem diversos direitos assegurados na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) na seção V, artigo 391 a 400, e no artigo 7 da Constituição Federal, dentre outros⁽⁴⁻⁵⁾.

Diante disso, as gestantes necessitam ampliar seus conhecimentos e ter acesso aos direitos reprodutivos e humanos, assim como a respeito dos mesmos no processo gravídico-puerperal, através do profissional de saúde e mais especificamente pelos Enfermeiros, uma vez que os mesmos, em sua maioria, realizam a educação em saúde, abrindo muitas possibilidades de discussão entre o senso comum e a ciência⁽⁶⁾. O profissional de saúde tem como mérito o de encorajar a participação nos grupos de gestantes e a realização completa do pré-natal, possibilitando, assim, uma gravidez saudável e tranquila⁽⁷⁾.

Portanto, diante desse contexto o presente estudo objetiva associar a aquisição de conhecimento de gestantes sobre os direitos no período gravídico-puerperal com recebimento de esclarecimentos por profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo transversal, prospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A amostra foi composta por 88 gestantes que estavam participando do grupo de pré-natal de alto risco (PNAR) no ano de 2018. Os critérios de inclusão foram as gestantes presentes no grupo de PNAR, independentemente da idade gestacional e paridade. Foram considerados critérios de exclusão menores de 18 anos e analfabetas.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um grupo de PNAR de um hospital público de referência em média e alta complexidade na saúde da mulher e criança da região centro-oeste, no município de Goiânia.

Coleta dos dados

Para coleta dos dados primários utilizou um questionário estruturado, validado e autoaplicável, contendo perguntas abertas e fechadas. Na primeira parte os dados sociodemográficos e clínico-obstétricos, na segunda parte os direitos do período gravídico-puerperal. O período da coleta foi compreendido em 3 meses, de maio a agosto de 2018. A escolha deste período foi determinada pela saturação da amostra.

O estudo compreendeu as seguintes variáveis: características sociodemográficas (faixa etária, município, cor, situação conjugal, escolaridade, ocupação), dados clínico-obstétricos (número de gestações, via de parto, aborto, início do pré-natal, grupo de pré-natal, orientações no pré-natal sobre os direitos e identificação do profissional que a orientador) e direitos no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL,1943;1988; 2005).

Procedimentos

A primeira etapa iniciou-se ao convidar as gestantes que estavam aguardando consultas de pré-natal no ambulatório de obstetrícia para participar do grupo de PNAR que acontecia duas vezes por semana, no auditório do hospital estudado.

Na segunda etapa, as gestantes foram abordadas (correspondendo 94 gestantes, considerando 4 recusas e 2 que não atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa) novamente no grupo de PNAR, antes do início das atividades no grupo. Foi explicado os objetivos da pesquisa e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após os aceites, foram entregues os questionários, pela própria pesquisadora.

Procedimentos de análise dos dados quantitativos

Para a análise estatística foi elaborada uma planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel® 2017. As informações foram analisadas através do programa eletrônico SPSS versão 3.5. Os dados quantitativos foram

examinados descritivamente através de distribuição de frequências, médias e desvio padrão. Testes de significância adequados ao tamanho da amostra foram aplicados para verificar diferenças estatísticas entre as proporções, isto é, estas proporções foram comparadas pelo teste do χ^2 , acompanhado do Teste Exato de Fisher, Teste de Correção de Yates, Exato de Mid-P. Foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças em que p foi menor que 5% ($p < 0,05$).

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, com número do parecer: 2.616.912, CAAE: 80905817.8.0000.5080, conforme as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 466/2012, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Em relação às variáveis sociodemográficas houve predomínio da faixa etária de 18 a 35 anos (85%), com a média de $28,5 \pm 6,8$ anos, de gestantes procedentes da capital (53%), que se autodeclaram não brancas (85%), com companheiro (75%), mais de 8 anos de estudo (67%) e com ocupação (58%).

Em relação aos dados clínico-obstétricos, houve maior frequência de multigestas (75%), a via de parto foi a vaginal (50%), gestantes sem abortamento (77%), gestação única (98%), início de pré-natal no 1º trimestre (89%). Verificou-se ainda que, na gestação atual, 62% das gestantes estavam participando no grupo de pré-natal da pesquisa pela primeira vez.

Quanto ao conhecimento da gestante em relação aos seus direitos no período gravídico-puerperal, foi possível identificar que metade dos direitos abordados eram conhecidos (Tabela 1).

Tabela 1-Variáveis do conhecimento da gestante sobre os direitos no período gravídico-puerperal. (n=88). Goiânia, Goiás, 2019.

Direitos	n(%)	
	Acerto	Erro
Direito social: Atendimento em caixas especiais, prioridade na fila de bancos, supermercado, acesso a porta da frente em lotações e assento preferencial.	73 (83)	15 (17)
Direito trabalhista: Permanência no trabalho após 5 meses do parto.	17 (19)	71(81)

Direito trabalhista: Licença maternidade de 120 dias.	40 (45)	48 (55)
Direito trabalhista: Realizar 6 consultas mínimas e demais exames complementares no horário de trabalho.	15 (17)	73 (83)
Direito trabalhista: Para abono de falta é necessário a apresentação dos respectivos atestados médicos e de comparecimento.	60 (68)	28 (32)
Direito trabalhista: Ter dois períodos de 30 minutos para amamentar até que o filho complete 6 meses de idade.	29 (3)	59 (67)
Direito trabalhista: Transferência de função no trabalho quando este for prejudicial a gestação ou ao bebê.	57 (65)	31 (35)
Direito trabalhista: Licença-paternidade 5 dias e até 20 dias para o Programa Empresa Cidadã.	43 (49)	45 (51)
Direito de pré-natal: Pré-natal gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS).	70 (80)	18 (20)
Direito pré-natal: Conhecer antecipadamente o hospital o local do parto.	56 (64)	32 (36)
Direito no Parto: Escolher entre o parto vaginal ou cirúrgico.	44 (50)	44 (50)
Direito no Parto: Acompanhante no trabalho de parto e pós-parto imediato.	59 (67)	29 (33)
Direito no pós-parto: Ficar junto no mesmo quarto com seu filho.	66 (75)	22 (25)
Planejamento familiar: Fazer esterilização com maiores de 25 anos ou pelo menos, com dois filhos vivos.	12 (14)	76 (86)

Fonte: dados da pesquisa: n: número de casos. %: porcentagem

Em relação às informações fornecidas por algum profissional da saúde durante o pré-natal para as gestantes, apenas 23% foram informadas. Os profissionais que orientaram foram enfermeiros (50%), médicos (40%), outros profissionais (5%) e não souberam informar (5%).

Houve uma associação estatisticamente significativa quanto às mulheres que receberam informações no pré-natal terem acertado mais questões sobre o período de licença maternidade de 120 dias ($p=0.005722$), sobre a necessidade da apresentação dos respectivos atestados médicos e de

comparecimento para abono de falta ($p=0.007903$) e sobre a lei do acompanhante ($p=0.005869$) (Tabela 2).

Houve associação quanto a quem não recebeu informações e não acertou questões sobre o direito da gestante de realizar no mínimo 6 consultas e demais exames complementares no horário de trabalho ($p=0.02705$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação entre a gestante que recebeu informação do profissional de saúde no pré-natal e o conhecimento sobre os direitos no período gravídico-puerperal. (n=88) Goiânia, Goiás, 2019.

Houve associação quanto a quem não recebeu informações e não acertou questões Variáveis	Informação no pré-natal		Valor p*,**, ***
	Recebeu informação do profissional	Não recebeu informação do profissional	
	n(%)	n(%)	
Direito social: Atendimento em caixas especiais, prioridade na fila de bancos, supermercado, acesso a porta da frente em lotações e assento preferencial.	Acerto	19 (95)	0.1833**
	Erro	1 (5)	
Direito trabalhista: Permanência no trabalho após 5 meses do parto.	Acerto	4 (20)	<0.9999999**
	Erro	16 (80)	
Direito trabalhista: Licença maternidade de 120 dias.	Acerto	15 (75)	0.005722*
	Erro	5 (25)	
Direito trabalhista: Realizar 6 consultas mínimas e demais exames complementares no horário de trabalho.	Acerto	7 (35)	0.02705***
	Erro	13 (65)	
Direito trabalhista: Para abono de falta é necessária a apresentação dos respectivos atestados médicos e de comparecimento	Acerto	19 (95)	0.007903*
	Erro	1 (5)	

Tabela 3 - Associação entre a gestante que recebeu informação do profissional de saúde no pré-natal e o conhecimento sobre os direitos no período gravídico-puerperal. (n=88) Goiânia, Goiás, 2019.

Variáveis	Informação no pré-natal		Valor p*,**, ***
	Recebeu informação do profissional	Não recebeu informação do profissional	
	n(%)	n(%)	
Direito trabalhista: Transferência de função no trabalho quando este for prejudicial à gestação ou ao bebê.	Acerto	16 (80)	0.1754*
	Erro	4 (20)	
Direito trabalhista: Licença-paternidade 5 dias e até 20 dias para o Programa Empresa Cidadã.	Acerto	11 (55)	0.7113*
	Erro	9 (45)	
Direito pré-natal: Pré-natal gratuito pelo SUS.	Acerto	17 (85)	0.7340**
	Erro	3 (15)	
Direito pré-natal: Conhecer antecipadamente o hospital o local do parto.	Acerto	14 (70)	0.6828*
	Erro	6 (30)	
Direito no Parto: Escolher entre o parto vaginal ou cirúrgico.	Acerto	11 (55)	0.7992*
	Erro	9 (45)	
Direito no Parto: Acompanhante no trabalho de parto e pós-parto imediato.	Acerto	19 (95)	0.005869*
	Erro	1 (5)	
Direito no pós-parto: Ficar junto no mesmo quarto com seu filho.	Acerto	17 (85)	0.3782*
	Erro	3 (15)	
Planejamento familiar: Fazer esterilização com maiores de 25 anos ou pelo menos, com dois filhos vivos.	Acerto	3 (15)	>0.9999999**
	Erro	17 (85)	

Fonte: dados da pesquisa. *Qui-quadrado com correção de Yates, ** Exato de fisher, ***Exato de Mid-P, n: número de casos, %: porcentagem.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, ficou evidenciado que as gestantes não conhecem de forma significativa seus direitos, e verificou-se a importância do profissional de saúde em realizar orientações durante o pré-natal acerca desses direitos do período gravídico-puerperal, uma vez que as informações disseminadas por esses profissionais impactariam no conhecimento destas mulheres e no exercício de seus direitos.

No presente trabalho, a maioria das mulheres errou sobre o período de licença-maternidade de 120 dias (55%), tendo sido associado o acerto sobre o direito quando informadas por profissional de saúde ($p=0.005722$), dado este que diverge de estudo similar em que 72,2% das mulheres abordadas referiram conhecer este direito⁽⁸⁾. A licença-maternidade possibilita à mulher receber seu salário sem prejuízo durante o período e, para obtê-lo é necessário que a empregada apresente o atestado médico, sendo indispensável notificar o seu empregador com a data de início do afastamento do emprego. A licença poderá se iniciar a partir do 28º dia que antecede o parto, este direito consta na CLT⁽⁴⁾.

Quando questionadas sobre o direito da realização de, no mínimo, 6 consultas e demais exames complementares no horário de trabalho, a maioria errou (83%). Consequentemente, associou-se quem não recebeu informação durante o pré-natal a quem errou sobre este direito ($p=0.02705$). A CLT tem um capítulo dedicado à saúde da mulher que dispõe que a gestante tem o direito de ser dispensada do horário pelo tempo necessário para comparecimento de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares, sendo imprescindível que ela tenha este conhecimento para poder exigir o seu cumprimento, proporcionando um melhor acompanhamento de pré-natal⁽⁴⁾.

A maioria das gestantes acertou sobre o direito trabalhista da necessidade da apresentação dos respectivos atestados médicos e de comparecimento para abono de falta que está previsto em lei (68%). Salienta-se que houve associação quanto a quem recebeu informação e acertou sobre o direito ($p=0.007903$). A gestante empregada tem o direito de se ausentar do trabalho para realizar consultas médicas e exames, desde que apresente a declaração de comparecimento, para justificar a falta⁽⁹⁾.

Das mulheres que responderam ao questionário, a maioria acertou sobre o direito da presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (67%). Neste estudo, associou-se as mulheres que receberam informação de profissional de saúde às que responderam corretamente sobre a lei do acompanhante ($p=0.005869$). Dados desse estudo divergiram de outro trabalho de metodologia semelhante em que 57,5% das mulheres entrevistadas não conheciam a lei do acompanhante⁽¹⁰⁾.

A participação do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é muito importante, uma vez que está relacionada com a minimização do sentimento de solidão, medo e dor presentes nestes momentos. O acompanhante ajuda a assegurar os desejos da gestante em relação ao parto e, no pós-parto, auxilia no cuidado com a mulher e ao recém-nascido, salientando-se que é um direito previsto em lei⁽¹¹⁻¹²⁾.

Predominou neste estudo mulheres jovens adultas em período fértil (85%). Este dado corrobora com um estudo de gestantes de alto risco em que 82% se encontrava na mesma faixa etária⁽¹³⁾. Houve um predomínio das gestantes que se autodeclararam não brancas (85%). Constatou-se que mulheres de raças preta e parda apresentaram menor conhecimento sobre os direitos, pois realizaram menor número de consultas e exames durante o pré-natal, recebendo menos orientações e, também, se vinculando menos à maternidade onde seria realizado o parto⁽¹⁴⁾.

No presente estudo, em relação à situação conjugal, a maioria possuía companheiro (75%). O relacionamento conjugal saudável proporciona uma estabilidade emocional, física, financeira para a gestante saber enfrentar as modificações gestacionais apresentadas durante o processo gravídico, além de contribuir para a qualidade do pré-natal⁽¹⁵⁾.

A escolaridade que prevaleceu das gestantes neste trabalho foi maior que 8 anos de estudo (67%). O baixo grau de escolaridade pode ser um agravante para a saúde das mulheres, pois influencia diretamente nos seus conhecimentos e condutas acerca da gravidez, como o autocuidado e seus direitos⁽¹⁶⁾.

No que diz respeito à paridade, houve um predomínio de mulheres multigestas (75%). A literatura traz que as mulheres múltiplas e sem complicações obstétricas apresentam duas vezes maior risco para não aderir ao programa assistencial de pré-natal, comparadas às primíparas, podendo indicar que teriam menos chances de adquirir conhecimento⁽¹⁷⁾.

Em relação à via de parto em gestações anteriores, a metade foi vaginal (50%), dados divergentes da maioria dos estudos com gestante de alto risco, em que predominou a via cirúrgica (13,18,19). A escolha do tipo de parto é um direito, porém a gestante precisar receber informações do profissional de saúde sobre os riscos, benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras a respeito das duas vias de parto para decidir com autonomia e segurança, mesmo se tratando de gestação de alto risco⁽²⁰⁾.

Houve um predomínio de gestantes que iniciaram o pré-natal precocemente, no 1º trimestre de gestação (89%). O MS recomenda o início das consultas de pré-natal o mais antecipadamente, se possível no 1º trimestre de gestação, proporcionando assim a melhoria da assistência durante a gestação, e com a maior adesão na participação de grupo

de pré-natal, objetivando as intervenções preventivas ou terapêuticas oportunas no período gestacional⁽¹⁾.

Limitações do estudo

Poucos estudos foram encontrados na literatura com as mesmas semelhanças, o que limitou a comparação de resultados.

Contribuições para a prática

Através dos resultados dessa pesquisa evidencia-se uma necessidade premente de políticas públicas e protocolos voltados para um pré-natal de qualidade no que diz respeito a educação em saúde no período gravídico-puerperal pela equipe multiprofissional.

Sugere-se que mais pesquisas sejam voltadas para essa temática no intuito de agregar mais evidências, sanar lacunas para efetivação desses direitos, bem como para o direcionamento das políticas públicas de saúde da mulher e das diretrizes assistenciais para essa tônica no cuidado obstétrico.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar que apenas alguns dos direitos trabalhistas, sociais e do pré-natal são conhecidos pelas gestantes, salientando a importância das orientações prestadas pelos profissionais de saúde no decorrer das consultas de pré-natal. Uma vez orientadas, as mulheres teriam maior conhecimento, conseqüentemente, demandariam por assistência obstétrica qualificada, levando a repercussões positivas durante o período gravídico-puerperal.

Os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro obstetra, têm o papel fundamental na disseminação de informação durante o pré-natal. Um instrumento essencial para se trabalhar durante o pré-natal é a caderneta da gestante, sendo imprescindível incentivar sua leitura, pois há informações sobre o período gravídico-puerperal, dentre as quais destacam-se os principais direitos das gestantes.

A partir dessa temática estudada e analisada, percebeu-se que há uma necessidade urgente de os profissionais de saúde se engajarem na divulgação e orientação acerca dos direitos da mulher neste período. Deste modo, destaca-se a importância da educação em saúde para humanização, garantia dos direitos, qualificação da assistência obstétrica no país e cumprimento das Leis.

Agradecemos à instituição da pesquisa, e ao Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem Obstétrica da Secretaria de Estado da Saúde Goiás. Este estudo foi financiado pelo próprio pesquisador. Não houve conflitos de interesse entre os autores.

Contribuição dos autores

Os autores contribuíram com concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação do

artigo, revisão crítica e revisão final: Tainara Lucinda Junqueira, Amanda Santos Fernandes Coelho, Marília Cordeiro de Sousa, Nathalya da Silva Louro, Priscila Salomão da Silva, Nilza Alves Marques Almeida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1.ed. Brasília: Ministério da saúde [Internet] 2012. [cited 2018 Dez 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
2. Brasil. Decreto nº 423, de 12 de novembro de 1935. Convenção relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto; Convenção relativa ao trabalho noturno das mulheres; Convenção que fixa a idade mínima de admissão das crianças nos trabalhos industriais; Convenção relativa ao trabalho noturno das crianças na indústria. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF; 1935. [cited 2019 Jan 12]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-423-12-novembro-1935-532092-publicacaooriginal-14076-pe.html>
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 1º ed. Brasília: Ministério da saúde [Internet] 2004. [cited 2018 Dez 02]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
4. Brasil. Decreto-Lei nº 5452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF; 1943. [cited 2018 Nov 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De15452.htm
5. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988. [cited 2018 Nov 14]. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/.../CF88_Livro_EC91_2016.pdf
6. Quadros JS, Reis TLR, Colomé J S. Enfermagem obstétrica e educação em saúde: contribuições para vivência do processo de parturição. Rev Rene [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 12];17(4):451-458. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4929>
7. Tomaschewski-Barlem JG, Bordignon SS, Costa CFS, Costa CO, Barlem ELD. Promovendo a autoestima na gestação: foco no acolhimento. Enferm Foco [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 16];7(2):83-86. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/801/326>
8. Rodrigues ESRC, Torquato JA, Davim RMB, Oliveira LFM, Alves ESRC, Nóbrega MF. Percepção das mulheres sobre seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. Rev. Enfermagem UFPE Online [Internet]. 2016 [cited 2018 Ago 27];10(5):796-804. Available from: periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13559/16342
9. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. Brasília. 3º ed. eletrônica. Ministério da Saúde [Internet]. 2016 [cited 2018 Dez 03]. Available from: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf)
10. Santos ECP, Lima MR, Conceição LL, Tavares CS, Guimarães AMDN. Conhecimento e aplicação do direito do acompanhante na gestação e parto. Enferm Foco [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 16];7(3/4):61-65. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/918>
11. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, DF; 2005 [cited 2018 Nov 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
12. World Health Organization. Who recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 26]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=CA00A4F7CA827AD83FB0227CD25FBE08?sequence=1>
13. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Out 07];21(2):01-08. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>
14. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2018 Out 17]; 33 Supl.1:e00078816. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017001305004&script=sci_arttext&lng=pt
15. Prandini NR, Maciel KF, Vicensi MC. Perfil das gestantes atendidas na maternidade do hospital universitário santa terezinha, joaçaba, sc1. Unoesc & Ciência - ACBS [Internet]. 2016 [cited 2018 Out 07];7(1):105-110. Available from: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/9827/pdf>
16. Sousa DMO, Sales FAG, Oliveira JHM, Chagas ACF. Caracterização da gestantes de alto risco atendidas em um centro de atendimento à mulher e o papel do enfermeiro nesse período. Rev. Aten. Saúde [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 16];16(56):54-62. Available from: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5120
17. Rocha IMS, Barbosa VSS, Lima ALS. Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. Revista Recien. [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 16];7(21):21-29. Available from: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/239>
18. Furlan CS, Guerra FEC, Souza MD, Oliveira FLS, Fernandes CCDD, Buriola AA. Caracterização de gestantes de alto risco de um ambulatório do interior do Oeste Paulista. Colloq Vitae [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 16];10(2):24-34. Available from: <http://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/2086>
19. Guerra JVV, Valette COS, Alves VH. Perfil sóciodemográfico e de saúde de gestantes em um pré-natal de alto risco. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 16];2(1):249-261. Available from: <http://www.brijd.com.br/index.php/BJHR/article/view/911>
20. Feitosa RMM, Pereira RD, Souza TJCP, Freitas RJM, Cabral SAR, Souza LFF. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. Rev Fund Care Online [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 16];9(3):717-726. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5502>

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À HANSENÍASE

Thiaskara Ramile Caldas Leite¹

Maria do Socorro Vieira Lopes¹

Evanira Rodrigues Maia¹

Edilma Gomes Rocha Cavalcante¹

<https://orcid.org/0000-0002-0406-6109>

<https://orcid.org/0000-0003-1335-5487>

<https://orcid.org/0000-0001-9377-7430>

<https://orcid.org/0000-0002-6861-2383>

Objetivo: avaliar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto aos recursos materiais, medicamentos e insumos na atenção à hanseníase. **Metodologia:** estudo realizado em 45 UBS de um município da Região Metropolitana do Cariri, Ceará. Foi aplicado formulário, tipo checklist dividido nos blocos: recursos materiais, medicamentos e insumos. **Resultados:** materiais específicos como monofilamentos de Semmes-Weinstein não estavam disponíveis em todas as unidades. Quanto aos impressos, em 98% das UBS, havia ficha de notificação/ investigação de hanseníase. Sobre os medicamentos para o tratamento, as unidades possuíam apenas esquemas terapêuticos para adultos e a vacina BCG estava disponível em 38% delas. **Conclusão:** as UBS avaliadas possuem insuficiência de recursos, fragilizando o serviço oferecido pela atenção primária aos usuários.

Descritores: Estrutura dos Serviços; Atenção Primária à Saúde; Hanseníase.

EVALUATION OF THE STRUCTURE OF PRIMARY HEALTH CARE IN ATTENTION TO LEPROSY

Objective: To evaluate the structure of the Basic Health Units (UBS) regarding the material resources, drugs and supplies in leprosy care. **Methodology:** study conducted in 45 UBS of a municipality in the metropolitan region of Cariri, Ceará. It was applied form, type checklist divided into blocks: material resources, medicines and supplies. **Results:** Specific materials such as Semmes-Weinstein monofilaments were not available in all units. As for the printed form, in 98% of the UBS, there was a leprosy notification / investigation form. Regarding medicines for treatment, the units had only adult therapeutic regimens and BCG vaccine was available in 38% of them. **Conclusion:** the UBS evaluated have insufficient resources, weakening the service offered by primary care to users.

Descriptors: Structure of Services; Primary Health Care; Leprosy.

EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN LA ATENCIÓN A LA LEPROSA

Objetivo: Evaluar la estructura de las Unidades Básicas de Salud (UBS) con respecto a los recursos materiales, medicamentos y suministros en la atención de la lepra. **Metodología:** estudio realizado en 45 UBS de un municipio de la región metropolitana de Cariri, Ceará. Se aplicó formulario, tipo lista de verificación dividida en bloques: recursos materiales, medicamentos y suministros. **Resultados:** Materiales específicos como los monofilamentos Semmes-Weinstein no estaban disponibles en todas las unidades. En cuanto al formulario impreso, en el 98% de la UBS, había un formulario de notificación / investigación de lepra. Con respecto a los medicamentos para el tratamiento, las unidades solo tenían regímenes terapéuticos para adultos y la vacuna BCG estaba disponible en el 38% de ellos. **Conclusión:** las UBS evaluadas tienen recursos insuficientes, lo que debilita el servicio ofrecido por la atención primaria a los usuarios.

Descriptor: Estructura de los Servicios; Atención Primaria de Salud; Lepra.

¹Universidade Regional do Cariri -URCA/CE.

Autor correspondente: Thiaskara Ramile Caldas Leite. E-mail: thiaskaracaldas@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hanseníase ainda é considerada um importante problema de saúde pública pela magnitude de pessoas que atinge⁽¹⁾. Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um declínio no número de casos novos: em 2009 foram registrados 37.610 casos, e no ano de 2018, 28.660 casos. Apesar dessa diminuição, houve aumento no número de casos diagnosticados com Incapacidade de Grau 2⁽²⁾.

Visando a prevenção, o controle da hanseníase e a uniformização do atendimento ao paciente com a doença, o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) direcionam a adesão de algumas estratégias, como: medidas de educação em saúde, investigação e vigilância epidemiológica, tratamento até a cura, prevenção e tratamento das incapacidades, exames de contatos e vacinação com BCG⁽³⁾.

Salienta-se que a integração dessas ações deve ser organizada e envolver as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para garantir que as Ações de Controle da Hanseníase (ACH) sejam articuladas tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto nas unidades de referência ambulatorial/hospitalar⁽⁴⁾.

Na perspectiva estratégica de eliminação da hanseníase na APS, a organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é proposta de modo descentralizado, em conjunto com as diretrizes de regionalização, longitudinalidade e resolutividade, além de estarem alicerçadas nos princípios da integralidade. Esse cenário contribui para o acesso da população aos serviços de saúde e a ampliação da rede de atenção a pessoa com hanseníase⁽⁵⁾.

A realização e a qualidade das ações podem ser verificadas a partir do desenvolvimento de avaliações em saúde que são elementos capazes de fornecerem aos gestores subsídios para melhoria da assistência a partir da reorganização dos recursos para que as desvantagens sociais sejam superadas⁽⁶⁾.

Assim, identificar as fragilidades do serviço e sugerir modificações na gestão do cuidado nas ações de controle e eliminação da hanseníase supõe responder a seguinte questão: as unidades básicas de saúde possuem recursos para o atendimento às pessoas com hanseníase? Nesse estudo objetivou-se avaliar a estrutura das UBS quanto aos recursos materiais, medicamentos e insumos.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa e delineamento transversal.

Participantes da pesquisa

A população foi constituída por enfermeiros e médicos

atuantes em 45 UBS. Destes, foram participantes 41 enfermeiros e quatro médicos que atendiam aos critérios de inclusão: estar cadastrado na equipe de Saúde da Família, presente na unidade no momento da visita do pesquisador e atuassem na equipe há pelo menos três meses, por possuírem uma maior familiaridade com os serviços. Destaca-se que a participação de um dos profissionais, excluía o outro. Propôs-se a realização da coleta de dados em 100% das UBS, e, conforme critérios de inclusão e exclusão, a meta foi alcançada.

Local de estudo

Foi realizado em Juazeiro do Norte - CE, município-polo da Região Metropolitana do Cariri, escolhido pelo seu elevado contingente populacional. Ademais, durante a realização do estudo, possuía 67 equipes de Saúde da Família distribuídas em 45 UBS, com uma proporção de cobertura populacional estimada em 86,37%(7).

Coleta de dados

Os dados foram coletados de junho a dezembro de 2017. Para coleta de dados foi aplicado um formulário, tipo checklist, dividido em blocos: recursos materiais, medicamentos e insumos. A construção do instrumento obedeceu às recomendações descritas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde(8-9).

Procedimentos de análise de dados

Foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel®. Para o tratamento desses dados foi usado o programa RStudio, onde utilizou-se a análise descritiva, expressa em tabelas, e medidas de síntese caracterizadas por frequências relativas e absolutas.

Procedimentos éticos

Os profissionais convidados foram esclarecidos acerca dos objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, e, após, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Regional do Cariri sob o parecer nº 2.081.325.

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram que algodão e caneta esferográfica estavam disponíveis em todas as unidades de saúde e os materiais com menor disponibilidade eram aqueles específicos para avaliação dos pacientes com hanseníase, como fio dental sem sabor e monofilamentos de Semmes-

Weinstein (Tabela 1).

TABELA 1 – Materiais disponíveis para o diagnóstico e acompanhamento dos casos de hanseníase. Juazeiro do Norte, CE, 2017.

MATERIAL	N (%)	
	Sim	Não
Monofilamentos de Semmes-Weinstein	16 (36)	29 (64)
Tubos de ensaio	20 (44)	25 (56)
Fio dental sem sabor	7 (16)	38 (84)
Algodão	45 (100)	0 (0)
Caneta esferográfica	45 (100)	0 (0)
Tabela de Snellen	35 (78)	10 (22)
Lanterna clínica	37 (82)	8 (18)
Régua	42 (93)	3 (7)

Quanto aos impressos, verificou-se que em 98% das UBS havia ficha de notificação/investigação de hanseníase. Em contrapartida, nenhuma unidade possuía formulário de referência e contrarreferência. Observou-se também que os materiais educativos acerca da doença eram do tipo banner e cartazes (Tabela 2).

TABELA 2 – Disponibilidade de impressos e materiais sobre hanseníase. Juazeiro do Norte, CE, 2017.

MATERIAL	N (%)	
	Sim	Não
Ficha de notificação/investigação	44 (98)	1 (2)
Protocolo complementar para investigação Diagnóstica em menores de 15 anos (PCID < 15 anos)	10 (22)	35 (78)
Cartão de acompanhamento e aprazamento	11 (24)	34 (76)
Ficha de investigação de suspeita de recidiva	12 (27)	33 (73)
Formulário de avaliação de grau de incapacidade física	9 (20)	36 (80)
Formulário de avaliação neurológica simplificada	23 (51)	22 (49)
Formulário de referência/contrarreferência	0 (0)	45 (100)
Manuais sobre hanseníase	36 (80)	9 (20)
Materiais educativos sobre hanseníase	37 (82)	8 (18)
Materiais educativos sobre técnica de autocuidado	10 (22)	35 (78)

Ao avaliarmos os medicamentos disponíveis, apurou-se

que as unidades possuíam apenas esquemas terapêuticos de poliquimioterapia para adultos. Além desses, prednisona e albendazol, cálcio associado à vitamina D e o alendronato foram encontrados em muitas das unidades de saúde avaliadas. Verificou-se ainda, que a vacina BCG, não estava disponível em 62% das unidades (Tabela 3).

TABELA 3 – Medicamentos disponíveis para pacientes com hanseníase. Juazeiro do Norte, CE, 2017.

MEDICAMENTOS	N (%)	
	Sim	Não
Cartela Paucibacilar adulto	7 (16)	38 (84)
Cartela Multibacilar adulto	9 (20)	36 (80)
Cartela Paucibacilar criança	0 (0)	45 (100)
Cartela Multibacilar criança	0 (0)	45 (100)
Prednisona	44 (98)	1 (2)
Tiabendazol	12 (27)	33 (73)
Albendazol	44 (98)	11 (2)
Cálcio associado a vitamina D	42 (93)	3 (7)
Alendronato	42 (93)	3 (7)
Vacina BCG	17 (38)	28 (62)

DISCUSSÃO

Na avaliação dos materiais e insumos, destaca-se a restrição de elementos básicos para a execução de ações do programa de hanseníase. Verificou-se pouca disponibilidade dos kits para exame dermatoneurológico que são materiais utilizados para avaliação neurológica em diversos momentos, principalmente, no início do tratamento da hanseníase, a cada três meses e na alta⁽¹⁰⁾.

Os resultados de um estudo realizado em Floriano (PI), evidenciaram que em apenas 9,09% das unidades foram encontrados kits para exame dermatoneurológico⁽¹¹⁾. Esses dados sugerem uma ruptura na realização de ações direcionadas ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno da doença, bem como na identificação e prevenção de incapacidades.

Todas as UBS avaliadas dispunham de caneta esferográfica e algodão, materiais que substituem, eventualmente, os materiais dos kits. A ponta da caneta esferográfica poderá ser utilizada para avaliar sensibilidade, tocando levemente os pontos específicos das mãos e dos pés. O algodão, deverá ser usado seco e umedecido com álcool, para avaliação da sensibilidade térmica⁽¹⁰⁾.

Ressalta-se que os recursos adequados devem ser disponibilizados para que a avaliação seja executada corretamente, pois os estesiômetros do kit de monofilamentos possuem espessuras diferentes que permitem avaliações mais específicas e sensíveis para verificar a presença de

alterações.

Neste estudo, também se identificou que os materiais utilizados para realização do exame neurológico (fio dental, régua, lanterna clínica e tabela de Snellen) não estavam presentes em todas as unidades. No estudo realizado em Floriano (PI), apenas 21,74% das UBS possuíam a tabela de Snellen⁽¹¹⁾.

A ausência destes materiais para o exame neurológico reflete que cuidados específicos com a visão de pacientes com hanseníase não são priorizados e os pacientes poderão ter diminuição da acuidade visual e outras alterações oculares não identificados pela falta de avaliação específica.

Em relação a disponibilidade de fichas e formulários descritos nos guias nacionais sobre hanseníase, nenhuma unidade possuía todos os insumos apontados como fundamentais para o adequado acompanhamento dos usuários.

As fichas de notificação/investigação foram as mais encontradas nas UBS avaliadas. Dados satisfatórios também foram demonstrados em um estudo semelhante realizado no Pará⁽¹²⁾. Com a presença das fichas, diante de um caso suspeito e/ou confirmado atendido pela equipe de Saúde da Família, esse dado pode ser enviado diretamente para a Vigilância Epidemiológica e registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), havendo rapidez na notificação do caso.

Nas UBS avaliadas não havia formulário de referência/contrarreferência, apesar de ser o instrumento adequado para encaminhamentos⁽¹⁰⁾. É importante que os profissionais de todos os serviços de assistência ao paciente utilizem esses instrumentos específicos para uma comunicação formal e para garantir que as informações sejam transmitidas corretamente.

Avaliou-se também que poucas unidades possuíam cartões de acompanhamento e apazamento. Tratam-se de recursos importantes para os registros das datas de retorno às unidades de saúde e para o controle da adesão ao tratamento⁽⁹⁾. Na avaliação realizada em Canaã dos Carajás (PA), todas as unidades utilizavam esse cartão, inclusive com informações para referenciar os pacientes ao serviço especializado⁽¹²⁾.

Com a falta de disponibilidade destes cartões, suspeita-se de uma fragmentação da assistência, pois profissionais médicos e enfermeiros devem realizar consultas periódicas para avaliar o estado de saúde geral dos pacientes, observar a presença de reações, o surgimento de incapacidades e registrar estas informações em um documento que o paciente possa portar.

A ficha de investigação de suspeita de recidiva não foi encontrada em nenhuma das unidades avaliadas. Em Canaã

dos Carajás (PA) estavam disponíveis em apenas 37,5% das UBS⁽¹²⁾. Deve-se considerar que nos casos de suspeita de recidiva, os pacientes serão submetidos a avaliações minuciosas a fim de diferenciar o quadro de possíveis reações reversas hanseníase, insuficiência terapêutica ou falência terapêutica⁽⁹⁾.

O formulário de avaliação de grau de incapacidade física não estava amplamente disponível nas UBS avaliadas. O registro dessa avaliação possui sua importância particular, pois verifica a força muscular e a sensibilidade de mãos, pés e olhos do paciente, devendo ser preenchido pelo menos no diagnóstico e na alta⁽⁹⁾.

Associado a este, tem-se o formulário de avaliação neurológica simplificada. Sua disponibilidade nas UBS foi maior que o anteriormente citado. Trata-se de um instrumento que avalia a integridade da função neural dos pacientes de hanseníase que envolve a palpação de nervos, avaliação da força dos membros superiores e inferiores, e inspeção e avaliação sensitiva com uso do kit de monofilamentos⁽¹⁰⁾.

É oportuno afirmar que os profissionais da APS necessitam de materiais e subsídios para os atendimentos, mas devem ser sensíveis em relação às abordagens, comprometidos com a assistência e tecnicamente capacitados e atualizados para que ações de controle de hanseníase sejam desenvolvidas na APS⁽¹³⁾.

Na avaliação, também se constatou a presença de manuais sobre hanseníase em muitas unidades. Esse tipo de material contribui para a uniformização dos atendimentos direcionados e, ainda, trata de ações de vigilância⁽⁹⁾. Entretanto, não foi possível verificar as datas das publicações para identificar se os profissionais recebem materiais atualizados conforme o avanço das estratégias.

Nas dependências das UBS do presente estudo, os materiais informativos mais encontrados foram banners e cartazes com ilustrações e informações da sintomatologia da hanseníase. Na avaliação realizada no município de Floriano (PI), existia material informativo exposto em 47,83% das unidades⁽¹¹⁾.

Destaca-se que esses materiais nem sempre conseguem ser eficientes. Sua afixação nas paredes das unidades não garante que a informação seja interpretada, pois parte dos usuários das unidades de saúde possui baixa escolaridade e/ou não tem o hábito de ler⁽¹⁴⁾. Desse modo, sugere-se a distribuição de materiais ilustrativos como panfletos e cartilhas para aumentar a divulgação acerca da doença.

Menos frequente, outro material educativo encontrado foi o álbum seriado abordando técnicas de autocuidado. É um material que deve ser utilizado em momentos educativos para fortalecer a autonomia do usuário em benefício de sua saúde⁽¹⁵⁾.

Enfatiza-se que a ausência de materiais educativos não impossibilita a realização da educação em saúde. Diante de pacientes com hanseníase, os profissionais das UBS podem orientá-los através de simulações e práticas que podem ser conduzidas na unidade.

Quanto à disponibilidade dos medicamentos da poliquimioterapia (PQT) para hanseníase, evidenciou-se carência na maioria das UBS. Em Canaã dos Carajás (PA), apenas 50% das unidades de saúde possuía os medicamentos no próprio estabelecimento. Esta situação prejudica a assistência, pois atrasa o início do tratamento e oportuniza perda e/ou ausência do paciente pois terá de comparecer novamente à unidade de saúde⁽¹²⁾.

Para o início precoce do tratamento e problemas como a não adesão sejam minimizados, deve-se haver disponibilidade dos medicamentos de PQT nas UBS. No caso de vencimento ou alterações nos comprimidos, deverão ser substituídos pelo Centro de Assistência Farmacêutica (CAF).

Acerca dos demais medicamentos que podem ser utilizados durante o tratamento da hanseníase, viu-se que: havia disponibilidade de prednisona em todas as UBS; albendazol, cálcio associado a vitamina D e alendronato estavam disponíveis na maioria das unidades; e, o tiabendazol, foi o fármaco menos encontrado.

Apesar da disponibilidade desses fármacos nas unidades, estes não são exclusivos para pacientes em tratamento de hanseníase ou reações hansênicas, sendo entregues conforme a procura dos usuários na farmácia da UBS e isto pode comprometer seus tratamentos. É pertinente que as UBS possuam um estoque de retaguarda desses medicamentos para que diante da necessidade dos pacientes com hanseníase, não haja insuficiência.

Por fim, investigou-se a presença da BCG nas salas de vacinas das UBS, e os resultados apontam que na maioria das unidades esse imunobiológico não está disponível. Esse dado corrobora com o estudo realizado em Floriano (PI), onde somente 20,43% das unidades de saúde possuíam esse imunobiológico⁽¹¹⁾.

A vacinação com BCG é uma das ações específicas estabelecidas para proteção dos contatos e,

consequentemente, redução da carga da doença. Diante dos resultados desse estudo, a ausência da vacina pode atrapalhar o controle da hanseníase, pois os contatos intradomiciliares poderão não dispor de tempo e/ou interesse para buscar essa profilaxia.

Limitações do estudo

Como fatores limitantes apontam-se o fato de o município avaliado não possuir 100% de cobertura populacional de equipes de Saúde da Família e o déficit na produção científica sobre a temática.

Contribuição do estudo para a prática

Os estudos avaliativos podem apontar as dificuldades e potencialidades da prática cotidiana. Assim, esse estudo é um sinalizador, principalmente para os gestores, sobre a necessidade de aquisição e/ou melhor distribuição dos recursos para prevenção e controle da hanseníase.

CONCLUSÃO

Diante da avaliação da estrutura, constatou-se que as UBS avaliadas possuem insuficiência de recursos materiais e insumos, fragilizando o serviço oferecido pela APS aos usuários.

Pode-se afirmar que para melhoria da estrutura das UBS, o município deve revisar a disponibilidade de recursos e fomentá-los em quantidade suficiente para assistir adequadamente os pacientes de hanseníase dando o suporte e apoio para suas necessidades e implementando efetivamente o trabalho preventivo.

Contribuição dos autores

Thiaskara Ramile Caldas Leite contribuiu na concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Maria do Socorro Vieira Lopes e Evanira Rodrigues Maia contribuíram na revisão crítica e revisão final; Edilma Gomes Rocha Cavalcante contribuiu no desenho, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CS, Angelo M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2016 [cited 2019 Sep 27]; 50(4):672-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0675.pdf
2. Mello AL, Backes DS, Dal Ben LW. Protagonismo do Enfermeiro em Serviços de Assistência Domiciliar- Home Care. *Enferm Foco*. [Internet] 2016 [cited 2018 Apr 04]; 7(1):66-70. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/670/288>
3. Bellato R, Araújo LFS, Dolina JV, Musquim CA, Corrêa GHLST. Experiência familiar de cuidado na situação crônica. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2016 [cited 2018 Apr 05]; 50(esp):81-8. Available from: http://www.scielo.org.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0081.pdf
4. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Cienc Saude Colet*. [Internet] 2015 [cited 2018 Apr 02]; 20(5):1321-30. Available from: http://www.scielo.org.br/pdf/csc/v20n5/pt_1413-8123-csc-20-05-01321.pdf
5. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS. Redes para o cuidado tecidas por idosa e família que vivenciam situação de adoecimento crônico. *REME Rev Min Enferm*. [Internet] 2014 [cited 2018 May 03]; 18(2):346-55. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/932>
6. Cardoso CCL, Rosalini MHP, Pereira MTML. O Cuidar na Concepção dos Cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. *Serv Soc Rev*. [Internet] 2010 [cited 2018 May 03]; 13(1):24-42. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8732/9090>
7. Neumann SMF, Dias CMSB. Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador? *Rev Psicol Saude*. [Internet] 2013 [cited 2018 May 03]; 5(1):10-7. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a03.pdf>
8. Cruzeiro NF, Pinto MH, Cesarino CB, Pereira APS. Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura. *Rev Eletr Enferm*. [Internet] 2012 [cited 2018 Mar 10]; 14(4):913-21. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a20.pdf
9. Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gauch Enferm*. [Internet] 2008 [cited 2018 May 03]; 29(1):47-53. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5263/2997>
10. Dias TL, Leite LLG. Rede de apoio social e afetivo e estratégias de enfrentamento na doença falciforme: um olhar sobre a pessoa e a família. *Psicol Rev*. [Internet] 2014 [cited 2018 May 03]; 20(2):353-73. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n2/v20n2a10.pdf>
11. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca; 2015.
12. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2012.
14. Oliveira SG, Quintana AM, Budo MD, Kruse MH, Garcia RP, Wunsch S et al. Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. *Aquichan*. [Internet]. 2016 [cited 2018 May 03]; 16(3):359-69. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a07.pdf>
15. Araujo ES, Gerzson LR, Oliveira LO. Qualidade de vida e sobrecarga: perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Cinergis*. [Internet] 2016 [cited 2018 Mar 10]; 20(1):27-31. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/viewFile/7318/4955>
16. Nunes SFL, Alvarez AM, Costa MFBNA, Valcarenghi RV. Fatores determinantes na transição situacional de familiares cuidadores de idosos com doença de parkinson. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2019 [cited 2019 Sep 28]; 28:e20170438. Available from: http://www.scielo.org.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170438.pdf
17. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta Marisa Silvana. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet] 2018 [cited 2019 Sep 28]; 21(2):194-204. Available from: http://www.scielo.org.br/pdf/rbagg/v21n2/pt_1809-9823-rbagg-21-02-00194.pdf
18. Carvalho DP, Toso BRGO, Viera CS, Garanhani ML, Rodrigues RM, Ribeiro LFC. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2015 [cited 2019 Sep 28]; 24(2):450-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000782014>
19. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambient Soc*. [Internet] 2014 [cited 2018 May 03]; 17(3): 135-54. Available from: <http://www.scielo.org.br/pdf/asoc/v17n3/v17n3a09.pdf>
20. Souza ÍP, Bellato R, Araújo LFS, Almeida KBB. Genograma e ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adoecimento crônico de jovem. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2016 [cited 2018 May 03]; 25(4):e1530015. Available from: http://www.scielo.org.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-1530015.pdf
21. Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? a percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2017 [cited 2019 Sep 28]; (22)4:e49660. Available from: <https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/49660/pdf>
22. Garcia RP, Budó MLD, Viegas AC, Cardoso DH, Schwartz E, Muniz RM. Estrutura e Vínculos de uma Família após Infarto Agudo do Miocárdio. *Rev Cuid*. [Internet] 2015 [cited 2018 Mar 10]; 6(1):991-8. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/142>

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS EM CENTRO DE LAZER: ESTUDO TRANSVERSAL

Rafael André da Silva¹
Sabrina da Silva Brasil¹
Andryelli Aires de Moraes¹
Nébia Maria Almeida de Figueiredo¹
Aline Coutinho Sento Sé¹
Alexandre Sousa da Silva¹
Teresa Tonini¹
William César Alves Machado¹

<https://orcid.org/0000-0001-7183-8415>
<https://orcid.org/0000-0002-6820-3141>
<https://orcid.org/0000-0003-0447-1160>
<http://orcid.org/0000-0003-0880-687X>
<https://orcid.org/0000-0001-9301-0379>
<https://orcid.org/0000-0002-5573-4111>
<https://orcid.org/0000-0002-5253-2485>
<https://orcid.org/0000-0002-2880-0144>

Objetivo: Analisar a qualidade de vida de idosos que participam de atividades inclusivas em um centro de lazer na Cidade do Rio de Janeiro. **Metodologia:** estudo transversal, realizado no período de setembro de 2014 a julho de 2015, com 69 idosos cadastrados em Centro de Lazer da Cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Utilizou-se para coleta de dados os instrumentos WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD e questionário sócio demográfico. **Resultados:** No instrumento WHOQOL-BREF verificou-se que o domínio com a maior pontuação média foi o domínio Psicológico, já no WHOQOL-OLD foi à faceta Funcionamento do Sensorio. Constatou-se que as variáveis religião e uso de medicamentos exerceram influência de forma significativa sobre a qualidade de vida dos indivíduos estudados. **Conclusão:** Este estudo fornece subsídios para aprimorar a atuação dos profissionais de saúde interessados em executar práticas proativas de promoção de qualidade de vida e saúde dos idosos.

Descritores: Qualidade de vida; Assistência a Idosos; Atividades de Lazer; Centros de Convivência e Lazer.

QUALITY OF LIVE ELDERLY IN ASSISTED LEISURE CENTER: CROSS-SECTIONAL STUDY

Objective: To analyze the quality of life of elderly people who participate in inclusive activities in a leisure center in the city of Rio de Janeiro. **Methodology:** cross-sectional study, conducted from September 2014 to July 2015, with 69 elderly registered at the Leisure Center of the City of Rio de Janeiro, Brazil. For data collection, the instruments WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD and socio-demographic questionnaire were used. **Results:** In the WHOQOL-BREF instrument it was found that the domain with the highest average score was the Psychological domain, while in the WHOQOL-OLD it was the Sensory Functioning facet. It was found that the variables religion and drug use had a significant influence on the quality of life of the individuals studied. **Conclusion:** This study provides support to improve the performance of health professionals interested in performing proactive practices to promote quality of life and health of the elderly.

Descriptors: Quality of Life; Old Age Assistance; Leisure Activities; Centers of Convivance and Leisure.

CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS ATENDIDOS EN CENTRO DE OCIO: ESTUDIO TRANSVERSAL

Objetivo: analizar la calidad de vida de las personas mayores que participan en actividades inclusivas en un centro de ocio en la ciudad de Río de Janeiro. **Metodología:** estudio transversal, realizado entre septiembre de 2014 y julio de 2015, con 69 personas mayores registradas en el Centro de Ocio de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Para la recolección de datos, se utilizaron los instrumentos WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD y el cuestionario sociodemográfico. **Resultados:** en el instrumento WHOQOL-BREF se descubrió que el dominio con el puntaje promedio más alto era el dominio psicológico, mientras que en el WHOQOL-OLD era la faceta del funcionamiento sensorial. Se encontró que las variables religión y uso de drogas tuvieron una influencia significativa en la calidad de vida de los individuos estudiados. **Conclusión:** Este estudio brinda apoyo para mejorar el desempeño de los profesionales de la salud interesados en realizar prácticas proactivas para promover la calidad de vida y la salud de los ancianos.

Descriptores: Calidad de Vida; Asistencia a los Ancianos; Actividades Recreativas; Centros de Ocio y Convivencia.

¹Hospital Nossa Senhora da Conceição-GHC, Porto Alegre, RS.
Autor correspondente: Juliana Bessa Martins. E-mail: juliana.bessa@hotmail.com

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.
Autor correspondente: William César Alves Machado- E-mail: wilmachado@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Em 2012, um estudo do IBGE⁽¹⁾ revelou elevação no índice de envelhecimento da população: de 31,7%, no ano de 2001, para 51,8%, no ano de 2011. Este aumento da longevidade requer planejamento no âmbito das políticas públicas para atender às demandas por serviços e atendimentos das necessidades de saúde e inclusão social dos idosos no Brasil.

O processo de envelhecimento populacional⁽²⁾ está diretamente ligado ao aumento gradual da expectativa de vida. Entretanto, a saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem influência de fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais.

Contudo, o aumento na expectativa e qualidade de vida (QV) dos idosos, não estariam associadas exclusivamente à evolução tecnológica e das ciências de saúde, mas, sobretudo, na participação ativa no cuidado da própria saúde, tais como estimulados em grupos de convivência de idosos, que não se limita apenas às atividades físicas e de lazer⁽³⁾.

A criação de ambientes propícios ao desenvolvimento de atividades na modalidade centros de convivência e novas formas para envelhecer é uma realidade relativamente nova no contexto brasileiro. Esse movimento começou no início das décadas de 1960 e 1970, quando alguns teóricos e profissionais comprometidos com o processo de envelhecimento começaram a se propor a possibilidade de implementar programas de caráter sociocultural e lúdico para a população idosa⁽⁴⁾.

No final dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde - (OMS)⁽⁵⁾ substituiu a expressão envelhecimento saudável por envelhecimento ativo, definindo esse conceito como a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a QV na medida em que as pessoas ficam mais velhas.

Sabe-se que o envelhecimento é um fenômeno extremamente complexo^(2,3), causado por diversos fatores que produzem tendências e consequências das mais diversas. Faz mister destacar que a promoção do envelhecimento ativo envolve a conquista de elementos positivos para a QV, permitindo que os indivíduos percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades⁽⁶⁾.

Existem diversas mudanças que ocorrem de forma natural nesse processo de envelhecimento e que interferem de forma significativa na capacidade funcional dos indivíduos, tais como, modificações na adiposidade corporal, na força muscular, na capacidade aeróbica, na flexibilidade, entre outras⁽⁷⁾. Mudanças que devem ser monitoradas e postergados seus efeitos comprometedores da QV dos idosos que participam de atividades nos centros de lazer⁽⁸⁾.

Há entendimento de que a qualidade de vida é um construto definido de vários modos, pois aspectos culturais, éticos, religiosos e pessoais influenciam a forma como ela é percebida e suas consequências. Apesar das diferentes definições para o termo, existe concordância entre grande parte dos autores de que, para avaliar QV, é necessária a utilização de abordagem multidimensional⁽⁷⁻⁹⁾.

É importante ressaltar a complexidade de se avaliar a QV dos idosos, pois a mesma depende de diversos determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice⁽²⁾, tais como: Longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e de relações informais com amigos. No caso deste estudo, esses parâmetros serão coletados por meio dos instrumentos Whoqol-Bref e Whoqol-Old.

A participação em atividades grupais minimiza o sentimento de solidão dos idosos, mesmo que muitos deles vivam acompanhados de familiares. Nesse ponto, faz mister ressaltar que a idade é um fator determinante para o declínio cognitivo⁽¹⁰⁾. Em compensação, a atividade física regular contribui para melhora da qualidade e expectativa de vida do idoso, devendo ser estimulada ao longo da vida e desenvolvida em programas e ações públicas voltadas para a população idosa⁽¹¹⁾, a exemplo do instituído no cenário deste estudo.

Isto posto, considerando o aumento mundial da longevidade e a necessidade de que seja garantido envelhecimento saudável da população, o presente estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida de idosos que participam de atividades físicas, recreativas, de educação em saúde e intelectuais em centro de lazer.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com idosos que participam efetivamente de atividades inclusivas, oferecidas em programa público focado na promoção do bem-estar, qualidade de vida e envelhecimento saudável de idosos que residem no Município do Rio de Janeiro.

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada na Universidade Aberta da Terceira Idade-UnATI/UERJ que iniciou suas atividades no ano de 1993 como um núcleo da Sub-reitoria de assuntos comunitários da UERJ, tendo programações voltadas para o público com idade mínima de 60 anos, de forma totalmente gratuita, visando melhorar a qualidade de vida dessa parcela da população.

Caracterização da amostra

A amostra foi obtida por conveniência e contou com 69 idosos que realizam atividades no programa. A amostragem por conveniência foi utilizada devido ao fato de se tratar da aplicação de instrumentos extensos para um grupo de idosos.

As características da amostra foram: 50 participantes do sexo feminino (72,46%) e 19 do sexo masculino (27,54%); 21 participantes na faixa etária entre 60 e 69 anos (30%); 31 entre 70 e 79 anos (45%) e 17 participantes com 80 ou mais anos de idade (25%). Quanto ao estado conjugal, 23 participantes declararam-se casados (34%), já entre os 46 (66%) não casados, 24 são viúvos, 11 solteiros, 8 divorciados e 2 não informaram nenhuma das opções anteriores.

Com relação a escolaridade, 17 possuem ensino inferior ou equivalente ao fundamental completo (25%), 25 participantes com ensino médio completo (36%) e 27 com ensino superior completo (39%). Todos os participantes declararam ter uma religião, sendo 42 católicos (62,69%), 15 espíritas (22,39%), 5 evangélicos (7,46%) e 5 outras denominações religiosas (7,46%).

Quanto a presença de doenças crônicas não transmissíveis 42 (61%) declararam possuir, enquanto 27 negam, entretanto 55 informam fazer uso regular de medicamentos (79%).

Na coleta dos dados foram utilizados os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, que são instrumentos já validados e amplamente utilizados quando se objetiva pesquisar sobre a qualidade de vida, contudo o segundo instrumento aplica-se especificamente a idosos, além destes, foi utilizado um questionário estruturado com questões relacionadas aos aspectos demográficos e condições de saúde.

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, de ambos os sexos, que obrigatoriamente sejam usuários efetivos do Centro de Lazer selecionado.

Foram considerados usuários efetivos do centro de lazer todos aqueles indivíduos que estão devidamente matriculados na UnATI/UERJ, independente do tempo de participação nas atividades.

Foram excluídos do estudo os idosos que estavam frequentando as atividades do Centro de Lazer pela primeira vez, além daqueles que se recusarem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e os que possuíam alguma condição que os impedisse de responder as questões, como por exemplo déficit cognitivo que inviabilizava o entendimento adequado das questões dos instrumentos. Essa incapacidade era aferida por relato verbal do acompanhante.

Procedimentos de coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada durante o 2º semestre do ano de 2014 e 1º semestre do ano de 2015. A mesma foi realizada em ambiente reservado, que permitia o preenchimento dos formulários com a devida atenção e privacidade.

Iniciou-se a coleta de dados no dia 10/09/2014. As atividades na UnATI/UERJ ocorrem de segunda à sexta das 8 horas às 17 horas, sendo a coleta de dados realizada em dias e horários alternados. Na primeira semana ocorreu às segundas, quartas e sextas de 8 às 13 horas, na semana seguinte às terças e quintas de 13 às 17, na terceira semana às segundas, quartas e sextas de 13 às 17, na quarta semana terças e quintas de 8 às 13 horas, e assim sucessivamente na tentativa de abranger pessoas de todos os horários e atividades. No dia 06/07/2015 a coleta de dados foi finalizada.

Organização e análise dos dados

Os dados coletados pelos três instrumentos (WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD e questionário sociodemográfico) foram organizados em planilha eletrônica e posteriormente analisados no programa computacional R na versão 3.2.3.

Após análise exploratória, foram realizados testes de Kruskal-Wallis para comprovar a existência de diferenças estatisticamente significativas. Optou-se por este teste pois nem todas as facetas ou domínios apresentaram distribuição Gaussiana e este fato foi comprovado pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Em todas as análises adotou-se nível de significância de 5%.

Procedimentos éticos

O estudo foi desenvolvido consoante com as disposições da Resolução 466/2012 do CNS, e Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), aprovado pelo parecer nº 724.631, de 21 de julho de 2014, CAAE 33585214.6.0000.5285.

Foi trabalhado, junto com os participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após a sua assinatura e entrega de uma das vias para o participante, foram realizadas as entrevistas. No decorrer da pesquisa, todas as medidas em relação ao sigilo e confidencialidade dos participantes, assim como sua autonomia, foram asseguradas, conforme os princípios éticos das Resoluções já citadas.

RESULTADOS

Em complemento aos dados de caracterização da amostra, é importante destacar outros aspectos relevantes para a análise da qualidade de vida dos participantes deste estudo. Quanto à situação profissional, 96% estão fora do mercado de trabalho e declararam-se aposentados e/ou pensionistas e 2 estão empregados. Com relação a faixa de renda própria 20 recebem de 1 a 3 salários mínimos (29%), 14 recebem 4 ou mais (20%) e 35 recusaram-se a responder.

No que concerne ao tempo de participação nas atividades no grupo do centro de lazer, 9 informaram que participam a menos de 1 ano (13%), 36 afirmam ter tempo de participação no grupo entre 1 e 5 anos, 21 com mais de 6 anos (30,5%) e 3 não responderam.

Com relação à participação nas atividades oferecidas: 11 participam de atividades físicas (16%), enquanto outros 58 não as desenvolvem (84%); as atividades recreativas atraem a participação de 33 idosos (48%), porém, delas não participam outros 36 idosos (52%); 12 participantes desenvolvem atividades voltadas para a educação em saúde (17%), 57 não despertam interesse nelas (83%); 37 participam das atividades intelectuais (54%) e 32 participantes não as desenvolvem (46%). É importante ressaltar que os idosos podem participar de mais de uma atividade.

As Tabelas 1 e 2 apresentam os escores médios e o desvio-padrão (dp) dos 5 domínios do WHOQOL-BREF e das 6 facetas do WHOQOL-OLD, respectivamente. O domínio com maior escore médio no WHOQOL-BREF é o Psicológico (15,96) seguido da Autoavaliação da Qualidade de Vida (15,94). Já o menor escore médio foi o domínio Ambiental. No WHOQOL-OLD o maior escore médio foi o encontrado na faceta que trata do funcionamento do sensorio (15,85) e o menor escore médio é a Autonomia (14,44).

Ainda nas Tabelas 1 e 2 são apresentadas, também, a média e desvio-padrão dos grupos de cada variável sociodemográfica pelos domínios ou facetas e, em negrito as variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Optou-se por apresentar os resultados das variáveis sociodemográficas em que ao menos um domínio ou faceta apresentou diferença estatisticamente significativa.

Tabela 1 – Médias e desvios-padrão (dp) dos grupos das variáveis sociodemográficas nos domínios do WHOQOL-BREF. Rio de Janeiro, 2015.

		Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Autoavaliação
		15,20 (2,51)	15,96 (2,10)	15,33 (2,87)	14,25 (2,37)	15,94 (2,46)
Estado conjugal	Casados	15,48 (2,47)	16,2 (2,23)	15,9 (2,88)	14,27 (2,39)	16,09 (2,59)
	Não-casados	14,65 (2,57)	15,51 (1,82)	14,84 (2,85)	14,2 (2,39)	15,25 (2,23)
Escolaridade	< Fundamental	13,77 (2,57)	15,45 (2,57)	14,0 (3,54)	13,85 (2,32)	15,25 (2,62)
	Médio	15,74 (2,17)	15,92 (2,31)	15,73 (2,88)	13,78 (2,21)	16,08 (2,2)
	Superior	15,55 (2,54)	16,29 (1,85)	15,75 (2,22)	14,89 (2,49)	16,22 (2,62)
Renda Própria	1 - 3 SM	13,84 (2,44)	15,43 (2,12)	14,47 (2,88)	13,62 (1,99)	15,3 (2,36)
	4 + SM	14,67 (2,44)	15,03 (2,29)	15,08 (2,74)	14,35 (2,56)	15,54 (2,85)
	Não resposta	16,17 (2,21)	16,65 (1,82)	15,92 (2,85)	14,58 (2,51)	16,46 (2,33)
Religião	Católico	14,58 (2,56)	15,43 (2,2)	14,73 (2,83)	13,59 (2,18)	15,17 (2,28)
	Evangélico	16,53 (2,07)	17,01 (1,49)	17,07 (2,21)	15,76 (2,37)	17,2 (2,11)
	Espírita	15,89 (2,23)	16,91 (1,41)	14,93 (2,56)	15,1 (0,55)	16,8 (1,79)
	Outras	16,11 (2,66)	16,67 (2,49)	16,53 (2,92)	15,6 (1,92)	18 (3,46)
Medicamento	Sim	15,99 (2,66)	16,89 (1,86)	16,67 (2,49)	15,35 (1,85)	16,0 (2,83)
	Não	14,99 (2,46)	15,71 (2,11)	14,99 (2,88)	13,96 (2,43)	15,93 (2,39)

Na Tabela 1, que correspondem aos valores encontrados para o WHOQOL-BREF, não houve diferença estatisticamente significativa para entre os participantes Casados e Não-casados, com relação à Escolaridade apenas o domínio Físico apresentou diferença com maior escore médio (15,74) observado nos participantes que possuem ensino médio completo.

Ainda na Tabela 1, as faixas de renda própria apresentam diferenças nos domínios Físico e Psicológico com maiores escores médios entre os participantes que não responderam a que faixa pertenciam (NA), 16,17 e 16,65 respectivamente. Nos domínios Social, Ambiental e Autoavaliação os participantes que se dizem Espíritas apresentam as maiores médias e os menores escores médios são atribuídos aos que se declararam Católicos. Já com relação ao uso de medicamentos existe um escore médio maior do domínio Ambiental aos que afirmam

fazer uso de medicamento (15,35).

Tabela 2 – Médias e desvios-padrão (dp) dos grupos das variáveis sociodemográficas nos domínios do WHOQOL-OLD. Rio de Janeiro, 2015

		Sen- social	Auto- nomia	Passado, presente e futuro	Social	Morte e mor- rer	Intimi- dade
		15,85 (2,74)	14,44 (3,04)	14,96 (2,54)	14,77 (3,24)	14,83 (4,04)	14,99 (3,07)
Estado conju- gal	Casados	15,98 (2,62)	14,86 (3,44)	15,11 (2,64)	15,07 (3,43)	14,6 (4,37)	14,8 (3,25)
	Não-ca- sados	15,61 (3,01)	13,65 (1,97)	14,65 (2,35)	14,17 (2,82)	15,26 (3,4)	15,35 (2,76)
Escola- ridade	< Funda- mental	14,88 (3,08)	14,44 (2,34)	15,06 (2,36)	13,53 (3,66)	14,12 (4,35)	14,56 (2,31)
	Médio	16,42 (2,26)	14,42 (2,81)	14,68 (2,82)	15,12 (3,0)	15,84 (3,37)	15,36 (3,45)
	Superior	15,96 (2,85)	14,46 (3,69)	15,15 (2,44)	15,22 (3,11)	14,28 (4,39)	14,88 (3,18)
Renda Própria	1 - 3 SM	15,15 (2,85)	13,3 (2,77)	14,45 (2,58)	13,95 (3,25)	14,85 (3,15)	15,35 (2,66)
	4 + SM	15,36 (3,25)	13,75 (2,26)	14,57 (2,38)	14,36 (2,5)	13,62 (4,54)	15,15 (3,0)
	Não resposta	16,47 (2,38)	15,35 (3,22)	15,4 (2,57)	15,4 (3,45)	15,3 (4,33)	14,71 (3,38)
Religião	Católico	15,45 (2,63)	14 (3,33)	14,81 (2,57)	14,48 (3,28)	13,88 (4,11)	14,63 (2,8)
	Evangé- lico	15,8 (2,76)	15,2 (2,31)	15,6 (1,64)	15,53 (2,92)	16,79 (3,31)	16,29 (1,64)
	Espirita	17,75 (3,2)	15,25 (2,22)	14,8 (3,29)	15,2 (3,19)	17,8 (2,68)	13,4 (5,37)
	Outras	17,75 (2,95)	15,5 (3,87)	15,8 (3,7)	16,0 (3,81)	14,8 (4,55)	17,4 (3,58)
Medica- mento	Sim	17,0 (2,72)	14,29 (3,07)	15,79 (2,81)	16,07 (3,0)	15,79 (3,4)	16,0 (2,88)
	Não	15,56 (2,7)	14,48 (3,07)	14,75 (2,45)	14,44 (3,25)	14,58 (4,19)	14,72 (3,1)

Na Tabela 2 percebe-se que os casados apresentam maior escore médio (14,86) na faceta Autonomia. Não há diferença estatisticamente significativa entre os diferentes níveis de escolaridade. Os que não responderam a faixa de renda própria apresentam o maior escore médio (15,35). Já com relação à religião os Espíritas apresentam maior escore médio para a faceta Morte e Morrer, entretanto, para a faceta Intimidade este mesmo grupo apresenta o menor escore médio (13,4). O uso de medicamento não apresentou diferença significativa para nenhuma das facetas.

Com relação às variáveis sociodemográfica, a saber: Sexo, Idade e DCNT, bem como o tempo de participação nas atividades do centro de lazer não apresentaram diferenças estatisticamente significativa. Já para as atividades desenvolvidas no centro apenas as atividades Intelectuais apresentaram diferença estatisticamente significativa no domínio Ambiental, com escore médio de 14,84 (sd = 2,49) para os que afirmam participarem destas atividades contra 13,74 (sd = 2,18) para os que não fazem atividades Intelectuais.

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno universal

e poderá tornar o Brasil o sexto colocado no ranking dos países com mais idosos no mundo, quantificando, em 2025, cerca de 32 milhões de idosos⁽¹²⁾.

Nada obstante a reiteração censitária do envelhecimento da população, é importante destacar que a participação dos idosos em grupos de convivência tem aumentado no Brasil, considerando que esta favorece a promoção de saúde na terceira idade⁽¹³⁾.

Considerando o envelhecimento mundial da população e a importância de se concentrar esforços para atender as necessidades de saúde desse segmento, estudo realizado na Korea⁽¹⁴⁾ visou avaliar como a qualidade de vida está relacionada com sintomas comuns experimentados pelos idosos, incluindo fadiga, dor, distúrbios do sono, indigestão e depressão.

Na mesma sintonia de preocupação com o envelhecimento populacional, pesquisadores investem em estudos sobre promoção da qualidade de vida dos Idosos em Kuala Lumpur, Malásia⁽¹⁵⁾, na Austrália⁽¹⁶⁾, na Suíça⁽¹⁷⁾, no Canadá⁽¹⁸⁾ e no México⁽¹⁹⁾, como forma de elaborar diagnóstico situacional que viabilize o planejamento, implementação e avaliação de estratégias de ação condizentes com a crescente demanda por serviços especializados na área geriátrica.

Sabe-se que o envelhecimento populacional brasileiro está relacionado ao acúmulo de incapacidades progressivas nas atividades funcionais e de vida diárias, cuja mortalidade é substituída por comorbidades. A manutenção da capacidade funcional dos idosos⁽⁷⁾ surge como novo e relevante paradigma de saúde⁽²⁰⁾.

A propósito da relação funcionalidade e fragilidade na idade avançada, resultados do estudo realizado com 117 idosos cadastrados na Regional Norte da Prefeitura de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, no período de agosto de 2009 a junho de 2010, demonstraram maior número de idosos pré-frágeis e uma associação entre o perfil de fragilidade e a funcionalidade⁽¹²⁾.

A adoção de medidas preventivas às complicações no quadro de saúde dos idosos é fundamental⁽²¹⁾. Assim, as atividades de educação em saúde oferecidas nos centros de convivência devem ser da competência dos enfermeiros e demais profissionais da área de saúde, e focadas em oportunidades para que as pessoas idosas possam escolher por estilos de vida saudáveis, dentro de suas próprias expectativas e condições de saúde⁽²²⁾. Essa premissa pode ter faltado aos profissionais de saúde que atuam junto aos idosos deste estudo, considerando a baixa adesão dos participantes no programado pelas atividades de educação em saúde, apenas (17,39%). Além da ausência de significância estatística nos domínios e facetas entre os que participam das atividades do grupo de convivência.

Quanto à questão de gênero, estudo realizado com 85 idosos participantes de grupos de convivência, em cidade da região norte do Estado do Rio Grande do Sul, revelou predomínio de mulheres, como nesta investigação. O que confirma maior prevalência de mulheres em comparação ao número de homens idosos que frequentam programas similares⁽¹⁰⁾.

Estudo realizado em seis grupos de convivência da cidade de Cajazeiras-PB(20), Brasil, no período de setembro a outubro de 2010, identificou a predominância de mulheres em relação aos homens, o que pode estar relacionado à maior expectativa de vida por parte da população feminina. Identificou-se também a resistência masculina, que por sua vez foi um fator significativo, pois quando perguntadas pelos esposos, as casadas respondiam que os companheiros, por preconceito, não as acompanhavam aos encontros.

De acordo com estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul⁽¹⁰⁾, a motivação feminina em participar das atividades de lazer é diferente da masculina, uma vez que a maior parte das idosas atuais exerceu um papel restrito ao ambiente doméstico.

O envelhecimento não deve ser percebido como fase da vida em que as pessoas não mais estão aptas ao aprendizado, ao contrário, cabe enfatizar que anos adicionais de vida oferecem a oportunidade aos idosos de desenvolverem novas atividades, tais como a educação, uma nova carreira ou buscar desenvolver algo que tenha sido negligenciado ao longo da vida⁽²³⁾. Algo percebido entre importante contingente de participantes deste estudo, considerando que 53,62% prefere se dedicar às atividades intelectuais no centro de lazer, pelo que elas representam na ampliação do conhecimento sobre a vida, a saúde e o próprio processo de envelhecimento.

É essencial que os gestores públicos assumam que idosos participando efetivamente de atividades físicas orientadas por profissionais especializados, reduz gastos maiores em decorrência de complicações de doenças crônicas não transmissíveis, como informadas por 60,67% dos participantes deste estudo. Assim, faz mister difundir que a prática de exercícios físicos entre os idosos é uma estratégia simples, barata e eficaz, tanto para diminuir os custos relacionados à saúde, quanto para melhorar a qualidade de vida⁽²⁴⁾.

Qualidade de vida na idade avançada requer particularmente de equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e o alcance do que se almeja através de estratégias propostas pelos profissionais da saúde em parceria com a pessoa idosa, a família e a comunidade⁽²²⁾.

Similar aos resultados deste estudo, no referente as faixas etárias dos participantes em centros de lazer e convivência, a baixa participação de idosos entre 75 e 84 anos, percebida em

investigação realizada no interior do Estado da Paraíba pode estar relacionada ao grau de dependências e comorbidades, devido ao aumento da idade, pois esses fatores podem limitar o acesso e a participação dos idosos em encontros com o grupo⁽²⁰⁾.

Um achado importante do estudo realizado com 64 idosos da comunidade que desenvolvem atividades em grupos de convivência de Itabira-MG, está relacionado ao número de medicamentos usados. Constatou-se o uso regular de medicamentos por 60% dos idosos⁽¹³⁾, corroborando com os achados deste estudo, pois 79,71% participantes relataram fazer uso sistemático de algum medicamento para controle de doença crônica não transmissível.

A faceta Morte e Morrer apresentada por idosos Espíritas pode ser explicada por meio da própria religiosidade que, como sistemas de crenças, influi na percepção e compreensão dos idosos sobre as experiências com perdas, sofrimento e dor vivenciadas no envelhecimento. Como suporte para as questões existenciais, oferece mais sentido à vida e à morte pela compreensão da finitude do ser humano, contribuindo para promoção da sua saúde mental e física⁽²⁵⁾.

Apesar das dificuldades e da própria resistência para aprender as novas tecnologias de comunicação, os idosos têm frequentado aulas de informática com a finalidade de se tornarem usuários de computador, mostrando-se mais predispostos a se divertir, além de se relacionarem com os colegas e parentes através dos meios de socialização digitais mais comuns⁽²³⁾. No caso deste estudo, o atípico nível de escolaridade dos seus participantes constitui fator decisivo para que predomine habilidade de fazer uso desses recursos para melhor interação com o universo de informações disponíveis em seus computadores domésticos e equipamentos móveis de comunicação.

Acompanhando o fenômeno de envelhecimento da população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolve projetos que objetivam a sensibilização e a educação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para que estes possam atuar diante das necessidades dos idosos. Diante do atual quadro de envelhecimento populacional, o importante é que as equipes de saúde da APS estejam treinadas e preparadas para o implemento de ações preventivas de agravos e promoção da QV dessas pessoas⁽²⁶⁾.

Limitações do estudo

Por se tratar de um estudo transversal, realizado em único Centro de Lazer para Idosos, os resultados devem ser tratados com certa cautela. Apesar de o estudo ter revelado característica sociodemográficas e a mensuração da qualidade de vida dos idosos, carece de outras investigações em contextos afins para se considerar com maior grau de certeza se a relação entre eles é causal ou não.

Contribuições do estudo para a prática

Este estudo contribui para nortear as intervenções dos profissionais de saúde atuantes em programas institucionais de lazer e inclusão de idosos, sendo também de grande valia para a prática da assistência de Enfermagem focada na promoção da saúde e qualidade de vida dessas pessoas. Afinal, há que se considerar que vivemos no contexto de uma sociedade com crescentes taxas de longevidade.

CONCLUSÃO

O grupo de convivência de idosos é uma importante ferramenta de promoção da saúde e qualidade de vida desta população e no UnATI/UERJ são oferecidas atividades físicas, recreativas, intelectuais, de educação em saúde, entre outros.

A religião e a faixa de renda própria são variáveis sociodemográfica que alteram a percepção da qualidade de vida, isto pode ser observado nas médias dos domínios e facetas.

Os resultados deste estudo descrevem característica sociodemográficas e a mensuração da qualidade de vida dos idosos que participam de grupo de convivência e estas informações fornecem subsídios para aprimorar a atuação dos profissionais de saúde interessados em executar práticas proativas de promoção de qualidade de vida e saúde dos idosos.

Contribuição dos autores

RAS e WCAM, concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final. NMAF, ASS e TT, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica. SSB, AAM e ACSS redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, número 29. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 12]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv62715.pdf>
- Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Sci. med.* (Porto Alegre, Online) [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 14]; 21(4): 166-72. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientia-medica/article/download/9405/7237>
- Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: Estudo com idosos residentes em Juiz de fora/MG. *Rev. APS.* [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 18]; 14(1): 93-100. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/965/450>
- Yassuda MS, Silva HS da. Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estud. Psicol.* (Campinas, Online). [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 11]; 27(2): 207-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X201000020000889&lng=pt&nr=iso&tng=pt
- OMS. Organização mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde (Suzana Montijo, trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- Campos ACV, Cordeiro EC, Rezende GP de, Vargas AD, Ferreira EF e. Quality of life of elderly practitioners of physical activity in the context of the family health strategy. *Texto & contexto enferm.* (Online) [Internet]. 2014 [cited 2018 May 05]; 23(4): 889-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400889&lng=pt&nr=iso&tng=en
- Goês TM, Polaro SHI, Gonçalves LHT. Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 28]; 7(2): 47-51. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/794/319>
- Machado WCA, Figueiredo NMA, Miranda RS, Shubert CO. Domestic violence against the elderly: reflections on assistance and nursing care. *J Nurs UFPE* (Online) [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 18]; 7(12):6936-41. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12360/15094>
- Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev. latinoam. enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 03]; 21(n.esp): 3-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700002&lng=pt&nr=iso&tng=en
- Leite MT, Hilderbrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva AA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev. gaúcha enferm.* (Online) [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 14]; 33(4): 64-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-1447201200040000889&lng=pt&nr=iso
- Campos ACV, Cordeiro EC, Rezende GP de, Vargas AD, Ferreira EF e. Quality of life of elderly practitioners of physical activity in the context of the family health strategy. *Texto & contexto enferm.* (Online) [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 11]; 23(4): 889-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400889&lng=pt&nr=iso&tng=en
- Lustosa LP, Marra TA, Pessanha FPAS, Freitas JC, Guedes RC. Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* (Online). [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 09]; 16(2): 347-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200014&lng=pt&nr=iso
- Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMA. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Fisioter. Pesqui.* (Online). [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 21]; 18(1): 17-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502011000100004-0&lng=pt&nr=iso&tng=pt
- Mun S, Park K, Baek Y, Lee S, Yoo J. Interrelationships among common symptoms in the elderly and their effects on health-related quality of life: a cross-sectional study in rural Korea. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 18]; 14(146). Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0549-9>
- Onunkwor OF, Al-Dubai SAR, George PP, Arokiasamy J, Yadav H, Barua A, Shuibu HO. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 13]; 14(6). Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0408-8>
- Welsh J, Strazdins L, Charlesworth S, Kulik CT, Butterworth P. Health or harm? A cohort study of the importance of job quality in extended workforce participation by older adults. *Public Health BMC* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 18]; 16(1): 885. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5000457/?tool=pubmed>
- Bernard M, Braunschweig G, Fegg MJ, Borasio GD. Meaning in life and perceived quality of life in Switzerland: results of a representative survey in the German, French and Italian regions. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 19]; 13(160). Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0353-y>
- Davis JC, Bryan S, Best JR, Li LC, Hsu CL, Gomez et al. Mobility predicts change in older adults' health-related quality of life: evidence from a Vancouver falls prevention prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 19]; 13(101). Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0299-0>
- Loreda-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Veja G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enferm. univ.* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 16]; 13(3): 159-65. Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/56819/50422>
- Andrade NA, Nascimento MMP, Oliveira MMD, Queiroga RM, Fonseca FLA, Adami F. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* (Online) [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 14]; 17(1): 39-48. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100039&lng=pt&nr=iso
- Pagliosa LC, Renosto A. Effects of a health promotion and fall prevention program in elderly individuals participating in interaction groups. *Fisioter. Mov.* (Online). [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 20]; 27(1): 101-09. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502014000100101-0&lng=pt&nr=iso
- Ilha S, Argenta C, Silva MRS da, Cezar-Vaz MR, Pelzer MT, Backes DS. Active aging: necessary reflections for nurse/health professionals. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online). [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 18]; 8(2): 4231-42. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4242>
- Carvalho E, Arantes RC, Cintra ASR. The inclusion of elderly persons from the Instituto Henrique da Silva Semente (IHSS) in Indaiatuba, São Paulo, in the digital age: physio-gerontological contributions. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* (Online) [Internet]. 2016 [cited 2018 May 28]; 19(4): 567-75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400567
- Salin MS, Mazo GZ, Cardoso AS, Garcia GS. Atividade física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* (Online) [Internet]. 2011 [cited 2018 Jul 12]; 14(2): 197-208. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200002&lng=pt&nr=iso&tng=pt
- Machado WCA, Leite JL, Eros e Thanatos: A morte sob a ótica da enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão. 2004. 224 p.
- Witt RR, Roos MO, Carvalho NM, Silva AM, Rodrigues CDS, Santos MT dos. Professional competencies in primary health care for attending to older adults. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 15]; 48(6): 120-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601020&lng=pt&nr=iso&tng=en

SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE DO APRAZAMENTO DE MEDICAMENTOS

Mary Ane Lessa Etelvino¹
Noemi Duque dos Santos²
Beatriz Gerbassi Costa Aguiar³
Tamyris Garcia de Assis³

<https://orcid.org/0000-0003-3463-870X>
<https://orcid.org/0000-0003-0222-6030>
<https://orcid.org/0000-0001-6815-4354>
<https://orcid.org/0000-0002-6282-5484>

Objetivo: Analisar o aprazamento de medicamentos por enfermeiros no que se refere à ocorrência de potenciais interações medicamentosas. **Metodologia:** Estudo descritivo, retrospectivo, com análise documental e abordagem quantitativa. **Resultados:** Foram analisadas 62 prescrições medicamentosas e identificados 39 sub-grupos de medicamentos. Os medicamentos mais prevalentes foram os diuréticos, seguidos pelos anti-hipertensivos e beta-bloqueadores. Identificou-se 729 doses de medicamentos e 446 medicamentos em 62 prescrições analisadas. A média de doses por prescrição foi de 11,7 e a média de medicamentos por prescrição foi de 7,1. Foram identificadas 52 potenciais interações medicamentosas, de acordo com a biblioteca de fármacos Medscape Drug Interaction Checker®. **Conclusão:** Ocorreram potenciais interações medicamentosas decorrentes do aprazamento de medicamentos. No entanto, está prática pode ser uma importante barreira em prol da segurança do paciente, quando aliada ao conhecimento científico do profissional, equipe multidisciplinar e tecnologia efetiva que dê suporte a uma prática mais segura.

Descritores: Segurança do Paciente; Interações Medicamentosas; Enfermeiras e Enfermeiros; Cardiologia.

PATIENT SAFETY: AN ANALYSIS OF THE PRESCRIPTION OF MEDICINES

Objective: To analyze the use of drugs to prevent drug interference. **Methodology:** Descriptive cross study, retrospective, with quantitative documentary and mental analysis. **Results:** Sixty-two drug prescriptions were analyzed and 39 sub-drug groups were identified. The most prevalent drugs were diuretics, followed by antihypertensives and beta-blockers. We identified 729 doses of medications and 446 medications in 62 prescriptions analyzed. The mean number of doses per prescription was 11.7 and the average number of prescription medications was 7.1. Medication Drug Interaction Checker®, Medscape Drug Interaction Checker®. **Conclusion:** Potential drug interactions occurred to make drug treatment. However, the role can be an important barrier to patient safety when it comes to a knowledge scientist, multidisciplinary team, and technology that supports a safer routine.

Descriptors: Patient safety; Drug Interactions; Nurses; Cardiology.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN ANÁLISIS DEL APRAZAMIENTO DE MEDICAMENTOS

Objetivo: Analizar el uso de medicamentos para prevenir la interferencia medicamentosa. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, con análisis documental y mental cuantitativo. **Resultados:** Se analizaron 62 prescripciones medicamentosas e identificadas 39 subgrupos de medicamentos. Los medicamentos más prevalentes fueron los diuréticos, seguidos por los antihipertensos y beta-bloqueadores. Se identificaron 729 dosis de medicamentos y 446 medicamentos en 62 prescripciones analizadas. La media de dosis por prescripción fue de 11,7 y la media de medicamentos por prescripción fue de 7,1. Medicamento de drogas Interacción Checker®, Medscape Drug Interaction Checker®. **Conclusión:** Se produjeron las posibles interacciones medicamentosas para el tratamiento de los medicamentos. Sin embargo, la función puede ser una importante barrera en la seguridad de la paciente, cuando se trata de un científico del conocimiento, el equipo multidisciplinario y la tecnología que realiza el soporte a una rutina más segura.

Descritores: Seguridad del paciente; Interacciones Medicamentosas; Enfermeros; Cardiología.

¹Instituto Nacional de Cardiologia-INC, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

²INC.

³UNIRIO

Autor correspondente: Mary Ane Lessa Etelvino. E-mail: maryane-lessa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”^(1,14). Sendo assim, deve ser inserida no processo de cuidar dos profissionais de saúde, com vista a garantir um cuidado de qualidade, que favoreça a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do usuário em todos os níveis de atenção⁽²⁾.

O processo de medicação é uma das funções assistenciais da equipe de enfermagem. Para consolidação dessa assistência, o enfermeiro deve realizar o aprazamento da prescrição medicamentosa, prescrita pelo profissional médico, garantindo a continuidade e a segurança da terapia medicamentosa⁽³⁾.

O aprazamento é o momento em que o enfermeiro analisa a prescrição medicamentosa e utiliza seus conhecimentos de farmacologia para estipular os horários de administração dos medicamentos, de acordo com os intervalos prescritos pelo profissional médico, evitando interações medicamentosas (IMs) e identificando possíveis falhas que possam comprometer a segurança medicamentosa e a segurança do paciente⁽³⁾.

Além disso, para a realização de uma terapêutica segura, o conhecimento de farmacologia, engloba aspectos relacionados ao tipo do medicamento, mecanismos de atuação nos sistemas orgânicos, conhecimentos de semiologia e semiotécnica, e avaliação clínica da saúde do paciente⁽⁴⁾.

Tal prática é responsabilidade do enfermeiro, pois este processo inclui uma avaliação clínica e laboratorial diária do paciente, com intuito de minimizar incidentes e eventos adversos relacionados à administração e/ou toxicidade dos medicamentos⁽³⁾.

Um dos principais eventos adversos que podem ocorrer é a interação medicamentosa, que se define, como “evento clínico em que os efeitos de um fármaco são alterados pela presença de outro fármaco, alimento, bebida ou algum agente químico do ambiente”^(5,484) e contribui significativamente para maiores incidências de reações adversas no âmbito hospitalar, ocasionando uma maior permanência do paciente no hospital e aumento de custos com a saúde⁽⁶⁾.

Devido à complexidade das prescrições medicamentosas, tornou-se um desafio reconhecer previamente as Potenciais Interações Medicamentosas (PIMs), que são aquelas em que há a possibilidade de um medicamento alterar os efeitos farmacológicos de outro medicamento quando administrado concomitantemente⁽⁵⁾. Os resultados destas PIMs podem ser tanto benéficos (ex: aumento da efetividade), quanto prejudiciais (ex: diminuição da efetividade e toxicidade)⁽⁷⁾.

Diante do exposto, torna-se relevante estudar o aprazamento dos medicamentos. Visto que a meta 3 do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) preconiza a segurança medicamentosa. E o Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos orienta sobre a necessidade de evitar interações medicamentosas ao realizar o aprazamento de medicamentos⁽⁸⁾.

Sendo assim, considerando a responsabilidade envolvida no aprazamento de prescrições medicamentosas e o risco de IMs, que podem prejudicar o processo terapêutico do paciente levantou-se o seguinte questionamento: O aprazamento de medicamentos por enfermeiros é realizado de forma segura no que se refere à ocorrência de potenciais interações medicamentosas?

Esta pesquisa tem por objetivo: Identificar as classes de medicamentos mais prevalentes, de acordo com a classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC)⁽⁹⁾; Descrever o perfil do aprazamento dos medicamentos; e Analisar o aprazamento de medicamentos por enfermeiros no que se refere à ocorrência de potenciais interações medicamentosas.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo, retrospectivo, com análise documental e abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

O estudo foi realizado utilizando as prescrições medicamentosas contidas nos prontuários de pacientes.

Neste estudo, foram analisadas as PIMs fármaco-fármaco, administrados por via oral. Os critérios de inclusão incluem as prescrições medicamentosas que contenham no mínimo dois medicamentos por via oral. E os critérios de exclusão foram às prescrições medicamentosas não aprazadas por enfermeiros, sem assinatura e/ou sem carimbo do profissional.

A amostragem do estudo foi não probabilística por conveniência. Foram consideradas as prescrições medicamentosas, do primeiro dia de internação, dos pacientes que internaram entre os meses de abril a junho de 2018.

Local do estudo

Setor de insuficiência cardíaca e transplante cardíaco, de um hospital do município do Rio de Janeiro referência em cardiologia, com nove leitos de internação.

A rotina nessa unidade consiste em, após a liberação da prescrição medicamentosa eletrônica pelo profissional médico, que acontece até as 12:00h, as prescrições são aprazadas manualmente pelo enfermeiro. Através de um

sistema informatizado, a farmácia recebe as prescrições medicamentosas, apenas digitadas e não aprazadas, e até as 14:00h encaminha os medicamentos para as próximas 24:00h.

O aprazamento de todos os medicamentos é realizado pelo enfermeiro e o técnico de enfermagem é o responsável pelo preparo e administração.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados próprio, que continha a classificação ATC (9) dos medicamentos, o nome do medicamento (genérico) e o aprazamento do medicamento realizado pelo enfermeiro.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram organizados em planilha do Excel 2016. Os medicamentos aprazados para o mesmo horário foram filtrados quanto à possíveis interações medicamentosas, com auxílio da base de dados Medscape Drug Interaction Checker® e posteriormente classificados quanto à gravidade.

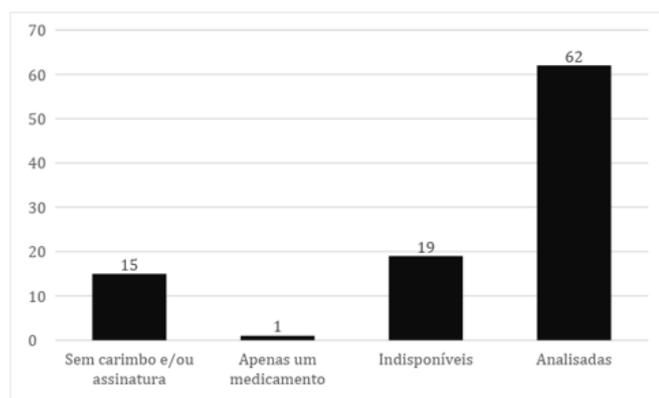
Procedimentos éticos

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) N^o 2.989.771 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar N^o 2.832.376 obtendo parecer favorável.

RESULTADOS

Foram selecionadas 97 (100%) prescrições medicamentosas, sendo excluídas 15 (15,4%) prescrições que estavam sem assinatura e/ou carimbo do enfermeiro responsável pelo aprazamento, 1 (1,0%) prescrição que continha apenas um medicamento prescrito, sendo descartada devido ao critério de inclusão e 19 (19,5%) prescrições que não estavam disponíveis para análise. Resultando em 62 (63,9%) prescrições medicamentosas analisadas. O gráfico 1 apresenta a distribuição das prescrições medicamentosas.

Gráfico 1 - Distribuição das prescrições medicamentosas no setor de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

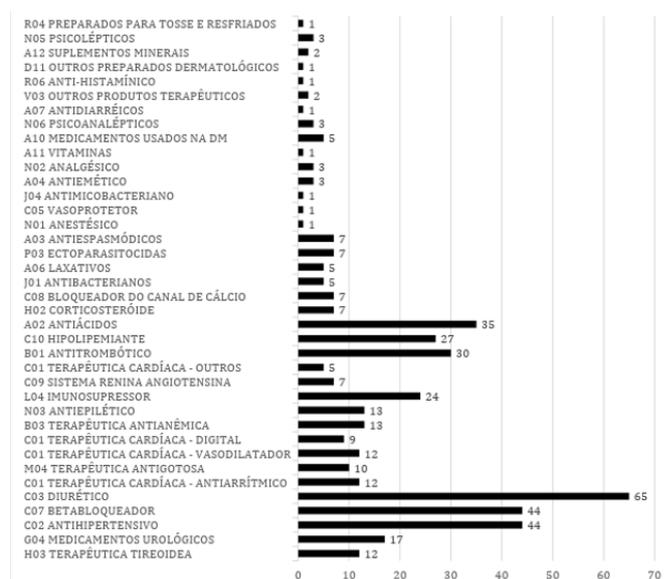


Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Foram prescritos 39 sub-grupos de medicamentos, de acordo com a Classificação ATC (Gráfico 2). Esta classificação consiste na divisão dos fármacos em diferentes grupos e subgrupos, de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual atuam e segundo as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas (9). Nesse estudo foi utilizado o sub-grupo I, que classifica os fármacos de acordo com seu grupo terapêutico.

Os sub-grupos de medicamentos mais prevalentes foram os diuréticos (14,5%), seguidos pelos anti-hipertensivos e beta-bloqueadores ambos (9,8%).

Gráfico 2 - Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC), de acordo com o sub-grupo I. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

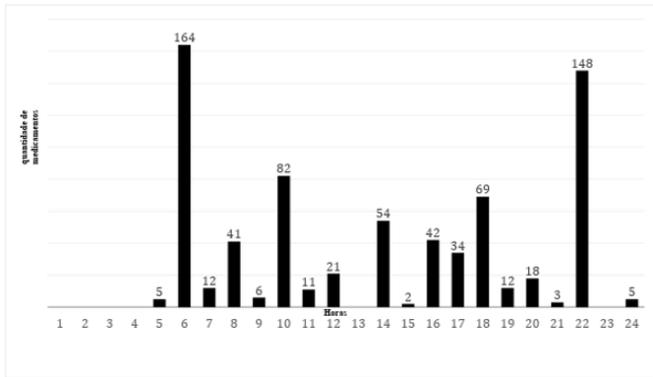


Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Identificou-se 729 doses de medicamentos e 446 medicamentos em 62 prescrições analisadas. A média de doses por prescrição foi de 11,7 e a média de medicamentos por prescrição foi de 7,1.

Houve predomínio de doses aprazadas no plantão noturno. Com concentração nos horários das 06h (22,5%), 22h (20,3%), 10h (11,2%) e 18h (9,4%). E ausência de medicações nos horários de 01h às 04h (0%). Foram verificadas poucas doses no período das 15h (0,2%), 21h (0,4%), 24h e 05h (0,6%) e 9h (0,8%). O gráfico 3 apresenta a distribuição de doses por horários na unidade.

Gráfico 3 - Distribuição das doses aprazadas por horários no setor de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco. Rio de Janeiro, RJ, 2019



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Das 62 prescrições, 83,8% continham possíveis IMs. Foram identificadas 52 PIMs (Tabela1) com os medicamentos aprazados para mesmo horário de acordo com a biblioteca de fármacos Medscape Drug Interaction Checker ®.

Quanto à classificação das IMs, adotou-se a preconizada por esse software. Sendo elas, contra-indicada n = 1 (1,9%); sério - necessário usar outra alternativa n = 61(1,5%); requer monitoramento de perto n = 38 (73,0%); e gravidade menor n = 7 (13,4%).

Este trabalho abordou as principais PIMs que apresentam gravidade elevada (13,4%), ou seja, as PIMs classificadas, de acordo com o software, em contra-indicada e em sério - necessário usar outra alternativa.

Tabela 1 - Potenciais Interações Medicamentosas (PIMs), classificadas com gravidade elevada, no setor de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco. Rio de Janeiro, RJ, 2019

MEDICAMENTO 1	MEDICAMENTO 2	GRAVIDADE MEDSCAPE®	EFEITOS CAUSADOS MEDSCAPE®
CICLOSPORINA	SINVESTATINA	CONTRAIN-DICADO	Ciclosporina pode aumentar o nível ou efeito da sinvastatina afetando o metabolismo das enzimas hepáticas / intestinais
SILDENAFIL	ATORVASTATINA	SÉRIO - USAR OUTRA ALTERNATIVA	Sildenafil pode aumentar a toxicidade da atorvastatina
SILDENAFIL	SINVESTATINA	SÉRIO - USAR OUTRA ALTERNATIVA	sildenafil pode aumentar a toxicidade da sinvastatina
ENALAPRIL	ALOPURINOL	SÉRIO - USAR OUTRA ALTERNATIVA	Mecanismo indefinido, porém há relatos de anafilaxia e Síndrome de Stevens Johnson
DILTIAZEM	CLONIDINA	SÉRIO - USAR OUTRA ALTERNATIVA	Mecanismo indefinido, porém há relatos de bradicardia sinusal resultando em hospitalização e inserção de marca-passo relacionados com uso concomitante
DILTIAZEM	SINVESTATINA	SÉRIO - USAR OUTRA ALTERNATIVA	Diltiazem pode aumentar o nível ou o efeito da sinvastatina, afetando o metabolismo das enzimas hepáticas / intestinais
SINVESTATINA	AMIODARONA	SÉRIO - USAR OUTRA ALTERNATIVA	Amiodarona pode aumentar a toxicidade da sinvastatina devido a diminuição do metabolismo.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Registro profissional

O aprazamento das prescrições medicamentosas é atividade do enfermeiro, pois é ele o profissional responsável pelo planejamento dos horários de administração dos medicamentos e intervalos prescritos pelo profissional médico⁽³⁾.

No entanto, ressalta-se que de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o uso do carimbo é obrigatório pelo profissional de Enfermagem, em todo documento firmado, quando em exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽⁴⁾.

Essa obrigatoriedade é um respaldo legal para os profissionais e a legitimação de uma função do enfermeiro. Os resultados deste estudo demonstraram que 15,4% prescrições medicamentosas aprazadas estavam sem assinatura e/ou carimbo, sendo excluídas da análise devido à impossibilidade de identificação do profissional que realizou o aprazamento.

Este resultado corrobora com um estudo realizado em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) que identificou ausência do carimbo do responsável pelo aprazamento em 46% das prescrições medicamentosas analisadas⁽¹⁰⁾.

Prescrições medicamentosas

A polifarmácia está cada vez mais presente na rotina hospitalar. Quando hospitalizados, os pacientes acabam fazendo uso de diversos medicamentos, em média 7 fármacos por dia. Tal fato propicia, que esses indivíduos apresentem maior risco de desenvolver IMs à medida que aumentem a quantidade de medicamentos⁽⁵⁾.

Estudo relata que “os pacientes que utilizam cinco ou mais medicamentos têm 50% de probabilidade de desenvolver uma interação medicamentosa, e quando esse número de medicamentos aumenta para sete, a probabilidade passa a ser de 100%” (11:727).

A média de medicamentos por prescrição neste estudo foi de 7.1 se equiparando a outros estudos que também demonstraram polifarmácia (11-12). O alto número de medicamentos prescritos é diretamente proporcional ao desenvolvimento de IMs e efeitos adversos, aumentando o tempo de internação⁽¹³⁾.

Diante de uma grande variedade de fármacos, tornou-se um desafio, realizar um aprazamento seguro. No entanto, compreende-se a complexidade de se conhecer todos os medicamentos, mecanismos, IMs etc... para isso é essencial a equipe multidisciplinar, em especial a presença do farmacêutico clínico. Para que a prática do aprazamento

seja feita de forma racional, assim como todo o processo que envolve o medicamento.

Prevalência de medicamentos

Por ser tratar de uma enfermaria de cardiologia (insuficiência cardíaca e transplante cardíaco) percebe-se a prevalência de medicamentos que atuam no sistema cardiovascular e renal. Inclusive, sabe-se que algumas classes podem apresentar alta probabilidade de PIMs, como diuréticos que são uns dos responsáveis por 89% das IMs⁽¹¹⁾.

Esses resultados corroboram o perfil epidemiológico de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil e a alta prevalência de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica, sedentarismo, etc...⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O campo da farmacologia é um importante subsídio para a atuação do enfermeiro, pois a identificação dos medicamentos mais comumente utilizados auxilia na compreensão da farmacocinética e a farmacodinâmica, além de promover o pensamento crítico e reflexivo, acerca das necessidades de cada paciente⁽¹⁶⁾.

A partir do conhecimento dos medicamentos, o enfermeiro tem competência e autonomia para transformar rotinas em processos de trabalhos sistematizados, que irão fundamentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fornecendo dados para a realização dos diagnósticos e condutas de enfermagem, com base na terapêutica medicamentosa prescrita⁽¹³⁾.

Perfil de aprazamento

Não houve doses aprazadas nos horários de 23h e 01h às 04h, o que se justifica por ser um setor de enfermaria, onde os pacientes na grande maioria ficam acordados durante o dia e mantém o padrão de sono e vigília durante a noite.

No horário de 13h também não houve aprazamento de doses, entende-se como horário de almoço e conseqüentemente redução da equipe. Também foram verificadas poucas doses nos horários de 7h e 19h, o que se explica por ser o período de troca de plantão, diurno pelo noturno.

Neste estudo, identificou-se períodos com concentração de doses nos horários de 06h, 22h, 10h e 18h. Constatou-se padrão de aprazamento semelhante em um estudo realizado nos setores de Emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que também demonstrou predomínio de doses aprazadas no período noturno e concentração de doses nos horários de 06h e 22h⁽¹¹⁾.

A concentração de doses aumenta as chances de PIMs e permite a reflexão acerca da prática mecanizada, que mantém o padrão de horários, na maioria das vezes, dependentes de organização do setor e não da individualidade do paciente.

Entende-se que tal prática contribui para a rotina do trabalho, porém, os protocolos devem nortear as práticas, tendo em vista que, cada paciente é único e necessita de uma assistência individualizada^(11,16).

Em contrapartida, os horários de 9h, 11h, 12h, 13h, 15h, 20h, 21h poderiam ser mais bem aproveitados, favorecendo a distribuição de doses ao longo do dia, utilizando os horários ímpares e diminuindo as chances de PIMs.

Potenciais interações medicamentosas (PIMs)

A literatura científica apresenta diversos estudos acerca das PIMs que ocorrem a partir do aprazamento de prescrições medicamentosas. Nesse estudo em 83,3% das prescrições foram identificadas PIMs, sendo 13,4% de gravidade elevada.

Um estudo brasileiro relata que das prescrições analisadas, 32,8% apresentaram pelo menos uma interação medicamentosa contraindicada ou de gravidade maior considerando-se as evidências científicas boas ou excelente⁽⁵⁾.

Já estudos realizados em hospitais de ensino demonstraram taxas mais altas, encontraram IMs classificadas como contraindicadas ou de gravidade importante em uma variação de 41 a 51%⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

O aprazamento dos medicamentos em horários adequados, estipulados de forma crítica é importante para minimizar as IMs. Aspecto complexo e que demanda atenção dentro da prática clínica, pois se faz necessário o conhecimento aprofundado dos enfermeiros sobre a farmacologia⁴.

Um estudo brasileiro revela que " até 30% dos erros na administração sejam referentes ao horário ou a um aprazamento inadequado. " (19:1661) E uma barreira efetiva para se prevenir esse tipo de erro é aprazamento eletrônico, por evitar horários padronizados, concentração de doses no mesmo horário e identificarem potenciais interações medicamentosas favorecidas pelo aprazamento⁽¹⁹⁾.

A tecnologia é uma grande aliada para contribuir efetivamente para a segurança medicamentosa. Diversos programas informatizados têm sido desenvolvidos e são utilizados como importantes ferramentas na revisão de prescrições médicas e aprazamentos de enfermagem, sendo capazes de contribuir com a redução das IMs⁽²⁰⁾. Há relatos ainda de vantagens como, agilidade na análise das prescrições medicamentosas, redução de erro de medicação, tempo de internação e custos hospitalares⁽¹⁷⁾.

A segurança do paciente deve ser prioridade, os profissionais envolvidos na assistência hospitalar devem disseminar uma cultura de segurança estabelecida através da alta gestão, com subsídios necessários para evitar os eventos adversos desde o ato do aprazamento das prescrições, contribuindo de forma eficiente com a Segurança do Paciente⁽⁵⁾.

Limitações do estudo

Destaca-se como limitação do estudo o uso de uma base de fármacos específica, Medscape Drug Interaction Checker®, que pode limitar os achados perante a gama de medicamentos e PIMs que existem.

Contribuições do estudo para a prática

Sendo assim, esse estudo contribui não só para a valorização desta prática pelo enfermeiro, como alerta para a necessidade de tais profissionais se manterem atualizados acerca da farmacologia e reforça a necessidade de ter um sistema informatizado e interligado para os processos de medicação. Para que haja efetividade e corresponsabilização de todos os profissionais envolvidos.

CONCLUSÃO

A partir da análise do aprazamento de medicamentos, realizado por enfermeiros, ocorreram potenciais interações medicamentosas. No entanto, está prática pode ser uma importante barreira em prol da segurança do paciente, quando aliada ao conhecimento científico do profissional, equipe multidisciplinar e tecnologia efetiva que dê suporte a uma prática mais segura.

A identificação das IMs no momento do aprazamento possibilita evitar situações de falha terapêutica ou minimização dos eventos adversos causados pela interação entre medicamentos.

REFERÊNCIAS

- 1 - Organização Mundial de Saúde (OMS). Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Direção Geral da Saúde; 2011.
- 2 - Azevêdo O, Silva CMB, Araújo LJD, Oliveira E, Fernandes MDC, Lira ALBC. Dificuldades vivenciadas por técnicos de enfermagem no preparo de medicamentos. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.2014;15(4):585-95.
- 3 - Karam MA, Ferreira RA, Souza DG. Segurança do paciente: O enfermeiro diante do aprazamento das prescrições. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2014;8(3):14.
- 4 - Waltemberg MS, Dodt RCM, Carvalho REFL, Nogueira AO, Fariais LGO, Chaves EMC. Implicações dos aprazamentos de antibacterianos em recém-nascidos na prática clínica do enfermeiro. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2015;16(6):809-16.
- 5 - Garske CCD, Brixner B, Freitas AP, Schneider APH. Avaliação das interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes em unidade de terapia intensiva. Revista Saúde e Pesquisa. 2016;9(3):483-90.
- 6 - Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 0545 de 09 de maio de 2017. Estabelece Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais. Conselho Federal de Enfermagem: Brasília (DF); 2017.
- 7 - Pereira FGF, Melo GAA, Neto NMG, Carvalho REFL, Néri EDR, Caetano JÁ. Interações medicamentosas induzidas pelo aprazamento e os erros no preparo de antibacterianos. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2018;19:e3322:1-8.
- 8 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos. ANVISA. Brasília;2013.
- 9 - World Health Organization (WHO). Anatomic Therapeutic and Chemical Classification of Drugs. WHO: Genebra;2003.
- 10 - Ribeiro, GSR, Almeida LF, Henrique DM, Camerini FG, Pereira LMV, Macedo. Análise do aprazamento de enfermagem em uma UTI: foco na segurança do paciente. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2018;10(2):510-15.
- 11 - Silva LD, Matos GC, Barreto BG, Albuquerque DC. Aprazamento de medicamentos por enfermeiros em prescrições de hospital sentinela. Texto contexto - enferm.2013;22(3):722-30.
- 12 - Piedade DV, Silva LAF, Lemos GS, Júnior GLV, Lemos LB. Interações medicamentosas potenciais em prescrições medicamentosas contendo antimicrobianos de uso restrito, de pacientes internados em um hospital no interior da Bahia. Medicina (Ribeirão Preto).2015; 48,(3):295-307.
- 13 - Cedraz KN, Junior MCdosS. Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas da unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA. Rev Soc Bras Clin Med.2014;12(2).
- 14 - Silveira EA, Dalastra L, Pagotto V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. Rev Bras Epidemiol. 2014;17(4):818-29.
- 15 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro;2014.
- 16 - Amorim FDB, Flores PVP, Bosco PS, Menezes AHB, Alóchio KV. O aprazamento de medicamentos pautado na segurança do paciente: um alerta para prática de enfermagem. Rev enferm UFPE on line.2014;8(1):224-28.
- 17 - Alvim MM, Silva LAd, Leite ICG, Silvério MS. Eventos adversos por interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. Rev. bras. ter. intensiva. 2015;27(4):353-59.
- 18 - Paula GHO, Pereira F, Pacoola MT, Junior AdaCM, Costa EMOD. Interações medicamentosas potenciais em unidades de terapia intensiva de um hospital do Sul do Brasil. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.2014;35(2):21-30.
- 19 - Camerini FG, Silva LD; Mira, AJM. Ações de enfermagem para administração segura de medicamentos: uma revisão integrativa. R de Pesq: cuidado é fundamental Online. 2014;6(4): 1655-65.
- 20 - Queiroz KCBde, Nascimento MFdaS, Fernandes V, Miotto FA. Análise de Interações Medicamentosas Identificadas em Prescrições da UTI Neonatal da ICU-HGU. Cient Ciênc Biol Saúde.2014;16(3):203-7.

O IMPACTO DA APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL NA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO: IMPLEMENTAÇÃO DE BUNDLES EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Arielle Ferreira Pinto Coelho¹

Raquel Aparecida Monteiro e Vieira²

Monica Aparecida Leite²

Thabata Coaglio Lucas¹

<https://orcid.org/0000-0002-2662-1273>

<https://orcid.org/0000-0001-6946-9884>

<https://orcid.org/0000-0001-8361-9244>

<https://orcid.org/0000-0001-7850-8494>

Objetivo: verificar o impacto dos bundles e o aprendizado interprofissional na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica de uma unidade de terapia intensiva (UTI). **Método:** estudo quasi-experimental realizado em uma UTI de um hospital público de Diamantina, Minas Gerais. Foram incluídos neste estudo 56 profissionais que prestavam assistência direta a pacientes em ventilação mecânica. A coleta de dados ocorreu em três fases: pré-intervenção, que consistiu em observação direta e entrevista; intervenção, na qual o treinamento foi realizado por meio de simulações clínicas; e pós-intervenção, na qual foi avaliado o impacto das estratégias implementadas por observação direta. As diferenças entre os grupos pré- e pós-intervenção foram avaliadas pelo teste de McNemar. Foi utilizado um nível alfa de 0,05 definido a priori, e a correção de Bonferroni determinou significância estatística para o caso de comparações múltiplas. **Resultados:** após a intervenção, houve aumento da adesão à pressão endotraqueal do cuff (8,10%), interrupção diária da sedação (16,67%), e aspiração subglótica (18,75%). As associações entre categoria profissional versus ausência de aspiração, posicionamento da cabeceira da cama, frequência de higiene bucal, e tipo de higiene das mãos após a intervenção foram significativas ($p < 0,0083$). **Conclusões:** ainda existe uma lacuna a ser detectada na implementação do bundle e o impacto positivo gerado pelo conhecimento interprofissional, principalmente porque não é imediato, mas a longo prazo, para obter o feedback desejado.

Palavras-chave: Pneumonia Associada a Ventilação; Bundles de Assistência ao Paciente; Controle de infecção; Melhoria da qualidade; Vigilância em saúde pública; Unidades de Terapia Intensiva.

THE IMPACT OF THE INTERPROFESSIONAL LEARNING IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA: BUNDLES IMPLEMENTATION IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Objective: to verify the impact of the bundles and the interprofessional learning for the prevention of mechanical ventilation-associated pneumonia of an intensive care unit (ICU). **Method:** This was a quasi-experimental study performed in an ICU of a public hospital in Diamantina, Minas Gerais. Were included in this study 56 professionals who provided direct assistance to patients in mechanical ventilation. The data collection took place in three phases: pre-intervention, which consisted of direct observation and interview; intervention, in which training was performed through clinical simulations; and post-intervention, in which the impact of the strategies implemented through direct observation, was evaluated. Differences between pre and post groups were assessed using McNemar's test. An alpha level of 0.05 set a priori was used, and a Bonferroni correction determined statistical significance for the case of multiple comparisons. **Results:** After the intervention, there was increased adherence to endotracheal cuff pressure (8.10%), daily interruption of sedation (16.67%) and subglottic aspiration (18.75%). It was significant ($p < 0,0083$) in the associations between the professional category versus non-aspiration, bed head positioning, oral hygiene frequency and the type of hand hygiene after intervention. **Conclusions:** There is still a gap to be detected in the bundle implementation and the positive impact generated by the inter-professional knowledge, mainly because it is not immediate but in the long term to obtain the desired feedback.

Keywords: Pneumonia, Ventilator-Associated; Patient Care Bundles; Infection Control; Quality Improvement; Public health surveillance; Intensive Care Units.

EL IMPACTO DEL APRENDIZAJE INTERPROFESIONAL EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADORES: APLICACIÓN DE PAQUETES EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN INTENSIVA

Objetivo: verificar el impacto de los bundles y el aprendizaje interprofesional para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica de una unidad de cuidados intensivos (UCI). **Método:** Este fue un estudio cuasi experimental realizado en una UCI de un hospital público en Diamantina, Minas Gerais. Se incluyeron en este estudio 56 profesionales que prestaron asistencia directa a los pacientes en ventilación mecánica. La recolección de datos se realizó en tres fases: pre-intervención, que consistió en observación directa y entrevista; intervención, en la cual se realizó entrenamiento por medio de simulaciones clínicas; y post-intervención, en que se evaluó el impacto de las estrategias de observación directa. Las diferencias entre los grupos pre y post se evaluaron mediante la prueba de McNemar. Se usó un nivel alfa de 0,05 a priori, y se usó una corrección de Bonferroni para determinar la significación estadística en el caso de comparaciones múltiples. **Resultados:** Después de la intervención, hubo aumento de la adhesión al monitoreo de la presión del cuff endotraqueal (8,10%), interrupción diaria de la sedación (16,67%) y aspiración subglótica (18,75%). Fue significativa ($p < 0,0083$) las asociaciones entre la categoría profesional frente a la no aspiración, la posición de la cabecera de la cama, la frecuencia de higiene oral y el tipo de higiene de las manos después de la intervención. **Conclusiones:** Aún existe una laguna a ser detectada en la implantación del bundle y el impacto positivo generado por el conocimiento interprofesional, principalmente por no ser inmediato, pero a largo plazo, para obtener el feedback deseado.

Descriptores: Neumonía Asociada al Ventilador; Paquetes de Atención al Paciente; Control de Infecciones; Mejoramiento de la Calidad; Vigilancia en Salud Pública; Unidades de Cuidados Intensivos

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM/MG.

²Santa Casa de Caridade de Diamantina, MG/Brazil.

Autor correspondente: Thabata Coaglio Lucas. E-mail: thabataclucas@gmail.com

INTRODUÇÃO

O uso prolongado de ventilação mecânica (VM) predispõe os pacientes a desenvolver eventos adversos como sepse, síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), embolia pulmonar, barotrauma, edema pulmonar e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM)¹.

A PAVM pode ocorrer em pacientes submetidos à VM por mais de 48 horas⁽²⁻³⁾. A presença do tubo endotraqueal interfere nos reflexos fisiológicos protetores das vias aéreas superiores, resultando em menor depuração de microrganismos, como bactérias Gram-negativas, que se acumulam acima do cuff nas secreções orofaríngeas³. Tal complicação no trato respiratório pode levar a ventilação prolongada, longa internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e aumento dos custos de saúde¹. Estima-se que a mortalidade após a ocorrência de PAVM seja de 20,2% em 14 dias e 25,1% em 28 dias⁴.

O Instituto para Melhora da Assistência Médica (Institute for Healthcare Improvement - IHI) introduziu em 2004 a noção de bundle para a prevenção da PAVM. O bundle consiste em um conjunto de intervenções baseadas em evidências científicas que, quando implementadas, podem melhorar os resultados de saúde e o atendimento ao paciente⁵. Desde a sua implementação, houve um declínio nas taxas de PAVM nos Estados Unidos, com 3,6 casos por 1.000 dias em ventilação⁶.

No Brasil, o informe de dados de PAVM não era obrigatório até 2016, de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; sua incidência mostrou uma redução de 4,9% em relação a 2015⁷⁻⁸.

Diretrizes internacionais e brasileiras estabelecem recomendações para detecção e prevenção da PAVM, mas de difícil controle institucional^{1-2,8}. Essas recomendações incluem higiene das mãos (HM), elevação do leito a 30-45°, interrupções diárias da sedação, testes diários de respiração espontânea, profilaxia do tromboembolismo, cuidados de higiene bucal com gluconato de clorexidina, drenagem de secreção subglótica, monitoramento constante da pressão do cuff e treinamento em equipe^{1,2,8}.

O cumprimento dessas recomendações inclui, acima de tudo, medidas diárias de vigilância e treinamento educacional, uma vez que a vigilância limitada pode impedir a avaliação do impacto positivo que um bundle pode ter nas UTIs⁸. Embora o sucesso da redução das taxas de PAVM com bundles tenha sido demonstrada nos últimos anos, ainda não há efeito sustentado das medidas preventivas na prática clínica⁹⁻¹⁰. Tais fatos foram confirmados pela ausência de melhora substancial nas taxas de PAVM na última década¹¹.

Nesse contexto, monitorar o feedback da equipe multidisciplinar sobre as medidas para prevenir a PAVM pode

ser uma estratégia que aponta lacunas e indicadores de saúde para subsidiar os investimentos na melhoria das práticas de assistência médica com base no treinamento e na educação continuada. Com base no exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar o impacto dos bundles e o aprendizado interprofissional na prevenção de PAVM em uma Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODOLOGIA

Tipo de estudo

Este foi um estudo quase experimental.

Local do estudo

Este estudo foi realizado em uma UTI de 20 leitos de um hospital público em Diamantina, Minas Gerais, entre agosto de 2017 e maio de 2018.

Participantes da pesquisa

Foram incluídos neste estudo todos os 62 profissionais da UTI (8 fisioterapeutas, 9 enfermeiros e 45 técnicos de enfermagem) que prestavam assistência direta aos pacientes em VM. Foram excluídos os profissionais que estavam em licença médica, licença de maternidade ou férias, assim como aqueles que não foram encontrados após a terceira tentativa de abordagem.

Coleta de dados

As coletas de dados foram divididas em três fases:

Fase 1 - Período pré-intervenção: consistiu na observação direta das equipes durante a manutenção e manipulação do paciente em VM. Participaram desta fase 9 enfermeiros, 6 fisioterapeutas e 41 técnicos de enfermagem. Foram observadas as seguintes variáveis: alto decúbito de 30° a 45° (o ângulo da cabeceira foi medido com um dispositivo eletrônico presente na cama), verificação da pressão do cuff, higiene bucal com gluconato de clorexidina 0,12%, sedação minimizada, aspiração subglótica (indicado se o lúmen de drenagem subglótica estivesse conectado à parede de sucção com a pressão negativa intermitente apropriada), e HM antes e após a aspiração.

A observação foi realizada por três pesquisadores devidamente calibrados, que já atuam na UTI, buscando amenizar o efeito Hawthorne, ou seja, para evitar que os profissionais da assistência não associassem o motivo da presença do observador a este estudo. Além disso, os sistemas eletrônicos aplicados na UTI mediram as taxas de conformidade da PAVM, eliminando muitos dos efeitos de Hawthorne inerentes à observação direta.

O efeito Hawthorne é definido como mudanças no comportamento dos participantes da pesquisa quando envolvidos em um estudo por causa do aumento do conhecimento ou interesse ou devido ao sentimento de ser observado no estudo. De acordo com a definição mencionada acima, o efeito Hawthorne refere-se à percepção de estar sendo estudado e à subsequente mudança de comportamento para produzir resultados consistentes com as expectativas dos pesquisadores. O efeito Hawthorne provavelmente é o maior para ensaios de curto prazo e praticamente inexistente durante longos períodos de observação de vários anos.

As sessões de observação foram distribuídas por turnos diurnos e noturnos, toda segunda e terça-feira, com duração média de três horas por turno.

Nessa mesma fase, foram realizadas entrevistas sobre medidas para prevenir a PAVM com base nas Diretrizes dos seguintes instituições: os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) (2018)¹, a Sociedade de Epidemiologia dos Serviços de Saúde da América (Society for Healthcare Epidemiology of America - SHEA) (2014)², o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (National Institute for Health and Care Excellence -NICE) (2016)¹⁰, e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2017)⁷. As intervenções ocorreram individualmente, mantendo a confidencialidade e evitando o constrangimento do participante, e quatro enfermeiros, cinco fisioterapeutas e 30 técnicos de enfermagem aceitaram participar dessa etapa.

Fase 2 - Período de intervenção: foi realizado por três pesquisadores do presente estudo em local pré-agendado, por meio de "simulações clínicas panorâmicas", com treinamento de habilidades em medidas de prevenção para PAVM¹¹. Esse treinamento permitiu que os profissionais de saúde relacionassem teoria e prática, e os próprios pesquisadores atuaram como pacientes e profissionais, como indicado em uma simulação cênica¹¹. O treinamento foi realizado com todos os 56 profissionais da UTI durante quinze dias e durou 1 hora/cada turno. Assim todos os profissionais de saúde puderam participar de todos os diferentes cenários reunidos.

Durante o treinamento, diferentes cenários foram construídos com os seguintes temas: HM, higiene bucal, aspiração traqueal e subglótica, a importância da retirada precoce da sedação, verificação do cuff, e elevação da cama de 30° a 45°. Para a montagem do cenário, foram utilizados recursos físicos e materiais da UTI, tais como: luvas estéreis e procedimentais, máscara cirúrgica, óculos de proteção, sabonete líquido, álcool 70%, tubo endotraqueal com cuff, manômetro, sonda de aspiração, aspirador, gaze, espátula de madeira, escova de dente e gluconato de clorexidina 0,12%.

Fase 3 - Período pós-intervenção: teve como objetivo avaliar o impacto das estratégias implementadas na fase 2 do estudo na adesão às medidas de prevenção da PAVM. Foi realizada 30 dias após a intervenção, também realizada por observação direta dos profissionais, utilizando o mesmo método de observação e instrumento da fase 1.

Análise de dados

As análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20. Para a comparação dos dados, foi realizado um teste qui-quadrado de Pearson quando o valor esperado era > 5 e o teste exato de Fisher quando o valor esperado foi < 5. A significância foi de nível 5% ($p = 0,05$) e o intervalo de confiança foi de 95%. As diferenças entre os grupos pré- e pós-intervenção foram avaliadas pelo teste de McNemar. Um nível alfa de 0,05 definido a priori foi usado e a correção de Bonferroni foi aplicada para determinar a significância estatística no caso de comparações múltiplas. Considerando a correção de Bonferroni, as diferenças significativas foram apenas com $p < 0,0083$.

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFVJM sob parecer número 2.417.012 e conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque de 1975, revisada em 2013. Os profissionais que concordaram em participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

No presente estudo, 56 profissionais participaram da fase de observação direta, sendo 9 (16,0%) enfermeiros, 6 (11,0%) fisioterapeutas, e 41 (73,0%) técnicos de enfermagem. A Tabela 1 mostra a distribuição das medidas de prevenção da PAVM após observação direta nos períodos pré- e pós-intervenção.

Tabela 1: Distribuição das medidas para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica no período pré e pós-intervenção. Diamantina, MG, Brasil, 2018.

Prevenção de PAVM	Pré-intervenção N(%)	Pós-intervenção N(%)	Valor p†
Decúbito elevado (30°-45°)			
Sim	47 (90,4)	49 (90,4)	0,218
Não	5 (9,6)	3 (5,8)	
Verificação da pressão do cuff			
Sim	34(66,7)	37(72,5)	0,335
Não	17 (33,3)	14 (27,5)	
Higiene bucal			
Sim	30 (57,7)	41 (78,8)	0,598
Não	11 (21,2)	22 (42,3)	
Interrupção diária da sedação			
Sim	35 (67,3)	42 (80,8)	0,439
Não	17 (32,7)	10 (19,2)	
Aspiração subglótica			
Sim	13 (28,9)	16 (35,6)	0,170
Não	32 (71,1)	29 (64,5)	
HM‡ antes da aspiração			
Sim	1 (2,3)	8 (18,2)	0,040‡
Não	43 (97,7)	36 (81,9)	
HM‡ após a aspiração			
Sim	19 (38,8)	37 (94,9)	0,037‡
Não	30 (61,2)	2 (5,1)	

*Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; † Teste de significância a partir do cálculo de Mc Nemar; ‡HM Higiene das mãos; § (p < 0,05) estatisticamente significativo.

A Tabela 2 mostra as medidas para PAVM apresentadas no período pré-intervenção durante a entrevista por categoria profissional. Nesta etapa, apenas 4 (44,0%) enfermeiros, 5 (83,0%) fisioterapeutas e 30 (73,0%) técnicos de enfermagem aceitaram responder ao roteiro da entrevista

Tabela 2: Distribuição das medidas de cuidado para a prevenção de pneumonia associada à ventilação, conforme apresentado por categoria profissional. Diamantina, MG, Brasil, 2018.

Medidas de cuidado para prevenção de PAVM *	Categoria			Valor p†
	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Técnico de enfermagem N (%)	
HM‡				
Não	2 (50,0)	4 (80,0)	29 (97,0)	0,002‡
Sim	2 (50,0)	1(20,0)	1 (33,0)	
Cabeceira elevada				
Não	1 (25,0)	0 (0,0)	3 (10,0)	0,644
Sim	3 (75,0)	5 (100,0)	27 (90,0)	
Diminuição da sedação				
Não	4 (100,0)	2 (40,0)	28 (93,0)	0,008‡
Sim	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (7,0)	
Aspiração das vias aéreas				
Não	1 (25,0)	1(20,0)	7 (23,0)	0,953
Sim	3 (75,0)	4 (80,0)	23 (77,0)	
Higiene bucal				
Não	2 (50,0)	2 (40,0)	9 (30,0)	0,740
Sim	2 (50,0)	3 (60,0)	21 (70,0)	
Monitoramento do cuff				
Não	4 (100,0)	2 (40,0)	20 (67,0)	0,247
Sim	0 (0,0)	3 (60,0)	10 (33,0)	

*Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; † Teste de significância a partir do cálculo do teste exato de Fisher; ‡ HM Higiene das mãos; § (p < 0,0083) estatisticamente significativo com correção de Bonferroni.

A Tabela 3 apresenta os fatores de risco para PAVM apresentados por cada categoria profissional durante a entrevista associada ao tempo de trabalho e treinamento da equipe multidisciplinar.

Tabela 3: Distribuição do nível de significância das medidas de prevenção associadas à categoria profissional, tempo de trabalho e formação profissional na Unidade de Terapia Intensiva. Diamantina, MG, Brasil, 2018.

Fatores de risco associados a PAVM*	Enfermeiro N(%)	Fisioterapeuta N (%)	Técnico de enfermagem N (%)	Valor p†	Tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva (anos)			Tempo de formação profissional (anos)			Valor p†
					Até 5 N (%)	5 a 10 N(%)	> 10 N(%)	Até 5 N (%)	5 a 10 N (%)	>10 N (%)	
Não mantém a cabeceira da cama elevada entre 30 e 45°	3 (75)	4 (80)	19 (63)	0,758	8(57)	9 (69)	9 (90)	7 (50)	15 (75)	3 (100)	0,003‡
Sim	1 (25)	1 (20)	11(3)		6 (43)	4 (31)	1(10)	7 (50)	5 (25)	0 (0)	
Não realiza higiene bucal	2 (50)	0 (0)	10 (33)	0,322	4 (26)	5 (38)	3 (30)	5 (36)	5 (25)	2 (40)	0,772
Sim	2 (50)	5 (100)	20 (67)		10 (74)	8 (62)	7 (70)	9 (64)	15(75)	3 (60)	
Não realiza aspiração com técnica asséptica	1 (20)	4 (80)	7 (23)	0,002‡	4 (29)	5 (38)	3 (30)	3 (21)	7 (35)	1 (20)	0,348
Sim	3 (80)	1 (20)	23 (77)		10 (71)	8 (62)	7 (70)	11 (79)	13 (65)	4 (80)	
Posicionamento ideal (30° a 45°)	2 (50)	5 (100)	2 (7)	0,006‡	4 (29)	0 (0)	0 (0)	10 (71)	19 (95)	3 (60)	0,245
Sim	2 (50)	0 (0)	28 (93)		10(71)	13(100)	10(100)	4 (29)	1(5)	2 (40)	

* Pneumonia associada à ventilação; †Teste de significância a partir do teste exato de Fisher; ‡(p < 0,0083) estatisticamente significativo com correção de Bonferroni.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das medidas de prevenção de PAVM associadas à categoria profissional na Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 4: Distribuição das medidas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em relação à categoria profissional na Unidade de Terapia Intensiva. Diamantina, MG, Brasil, 2018.

Variáveis	Medidas de prevenção	Categoria profissional			Valor p*
		Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Técnico de enfermagem N (%)	
Função do cuff	Prevenir aspiração	3 (75)	5(100)	7(23)	0,0043‡
	Fixar o tubo	0 (0)	0(0)	7(23)	
Frequência da higiene bucal	12/12h	4(100)	2(40)	25(83)	0,0037‡
	8/8h	0(0)	3(60)	2(7)	
HM‡ antes da intervenção	Álcool 70%	0(0)	1(20)	2(7)	0,928
	Higiene simples	1(25)	1(20)	3(1)	
HM‡ após a intervenção	Higiene simples + álcool 70%	3(75)	3(60)	25(83)	0,015‡
	Álcool 70%	0(0)	1(20)	1(3)	
HM‡ após a intervenção	Higiene simples	0(0)	1(20)	2(7)	0,015‡
	Higiene simples + álcool 70%	4 (100)	3(60)	27(90)	

*Teste de significância a partir do cálculo exato de Fisher, com correção de Bonferroni; † (p < 0,0083) estatisticamente significativo; HM‡ Higiene das mãos.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das medidas de prevenção de pneumonia associada à ventilação associadas ao tempo de trabalho e treinamento na Unidade de Terapia Intensiva.

Tabela 5: Distribuição das medidas de prevenção de pneumonia associada à ventilação em relação à categoria profissional na Unidade de Terapia Intensiva. Diamantina, MG, Brasil, 2018.

Variáveis	Medidas de prevenção	Tempo trabalhando na Unidade de Terapia Intensiva (anos)			Valor p*	Tempo de formação profissional (anos)			Valor p*
		Até 5 N(%)	5 a 10 N(%)	>10 N(%)		Até 5 N(%)	5 a 10 N(%)	> 10 N(%)	
Função do cuff	Prevenir a aspiração	5(36)	4(31)	6(60)	0,347	3(21)	9(45)	2(40)	0,599
	Fixar o tubo	1(7)	4(31)	1(10)		2(14)	4(20)	1(20)	
Frequência da higiene bucal	12/12h	13(93)	9(69)	7(70)	0,620	12(86)	16(80)	3(60)	0,337
	8/8h	1(7)	2(15)	2(20)		0(0)	4(20)	1(20)	
	70% álcool	0(0)	1(8)	2(20)	0,004†	0(0)	3(15)	0(0)	0,214
HM‡ antes da intervenção	Higiene simples	2(14)	0(0)	3(30)		1(7)	4(20)	0(0)	
	Higiene simples + 70% álcool	12(86)	12(92)	5(50)		13(93)	13(65)	5(100)	
	70% álcool	0(0)	1(8)	1(10)	0,05†	0(0)	1(5)	1(20)	0,0048*
HM‡ após a intervenção	Higiene simples	1(7)	0(0)	1(10)		1(7)	2(10)	0(0)	
	Higiene simples + 70% álcool	13(93)	12(92)	8(80)		13(93)	17(85)	4(80)	

* Teste de significância a partir do cálculo exato de Fisher, correção de Bonferroni; † (p < 0,0083) estatisticamente significativo; ‡ HM Higiene das mãos.

Discussão

Considerando os períodos pré- e pós-intervenção, verificamos que a adesão à verificação da pressão do cuff aumentou 8,10% (Tabela 1), sendo citada por 60% dos fisioterapeutas e 33% dos técnicos de enfermagem (Tabela 2). A medida da pressão do cuff verifica o valor da pressão que deve ser alto o suficiente para evitar vazamentos que tornariam a VM ineficaz, impedindo a progressão de secreções da orofaringe para as vias aéreas inferiores^{4,12}.

Um estudo observacional prospectivo demonstrou que esse critério reduziu significativamente a incidência de PAVM (p < 0,05)¹². Por outro lado, uma meta análise mostrou que o controle contínuo da pressão do cuff não teve impacto significativo nos desfechos secundários, como duração e dias livres de VM, tratamento antimicrobiano ou permanência ou mortalidade na UTI (p > 0,05)¹³.

Os pacientes com VM recebem infusão contínua de sedação para aliviar o desconforto e a dor. Assim, correm o risco de sedação prolongada e, conseqüentemente, tornam-se suscetíveis à PAVM devido ao alto risco de aspiração e redução do reflexo da tosse¹⁴. No presente estudo, houve um aumento de 16,67% em relação à adesão à interrupção diária da sedação (Tabela 1), e sabe-se que essa medida reduz o número de dias passados no ventilador e o número de infecções associadas ao uso prolongado de VM(14-15). Além disso, a diminuição da sedação versus categoria foi significativa (p = 0,008) mesmo após a correção de Bonferroni. Duração reduzida dos pacientes com interrupções diárias da sedação até o despertar resultou em menor tempo de ventilação

mecânica (4,9 versus 7,3 dias, P = 0,004) e menor tempo de permanência na UTI¹⁶. A analgesia adicional isolada sem a sedação associada pode proporcionar benefícios de durações mais curtas de ventilação mecânica e tornou-se parte das diretrizes da Sociedade de Epidemiologia dos Serviços de Saúde da América (SHEA) para prevenção de PAVM².

Outra medida recomendada é a aspiração de secreção subglótica, que neste estudo teve a adesão aumentada em 18,75% após a intervenção. Um estudo prospectivo de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca demonstrou que a aspiração de secreção subglótica reduziu a incidência de PAVM, dias em VM e custos antimicrobianos¹⁷.

Outra estratégia importante para reduzir e prevenir a PAVM é a HM. A HM é reconhecida como a mais eficaz na prevenção de Infecções Relacionadas à Atenção à Saúde (IRAS), mas ainda apresenta baixa adesão no serviços de saúde, com taxas mundiais de 38,7% e nacionais de aproximadamente 43,7%¹⁸⁻¹⁹.

A HM antes e após aspiração da secreção subglótica apresentou valor significativo (p < 0,05). Houve uma taxa de 88,81% no período pós-intervenção para HM antes do procedimento e 94,88% após. Essas taxas são semelhantes às relatadas pelo Hospital Distrital de Lake Of The Woods, no Canadá, com 87,7% de adesão ao HM antes da intervenção e 93,2% após a intervenção educacional²⁰.

No presente estudo, o HM apresentou baixo percentual na entrevista, sendo citado por 50% dos enfermeiros, 33% dos técnicos de enfermagem e 20% dos fisioterapeutas. Um estudo transversal de observação direta em Unidade de Terapia Intensiva mostrou maior adesão por fisioterapeutas (53,5%), seguido por enfermeiros (47,5%) e técnicos de enfermagem (29,8%)¹⁹.

Em relação à medida da elevação do leito entre 30 e 45°, a taxa de adesão permaneceu em 90,38% no período pré- e pós-intervenção (Tabela 1) e foi citada pela maioria dos profissionais no período da entrevista. O objetivo desta intervenção é evitar o posicionamento do paciente em decúbito dorsal, que é um fator de risco para o desenvolvimento de PAVM, a fim de prevenir o refluxo gastroesofágico e a aspiração para as vias aéreas inferiores²¹. Uma meta-análise de 10 ensaios clínicos randomizados com 878 participantes comparou a posição semi-inclinada e a posição supina. O primeiro reduziu significativamente (p < 0,05) o risco de suspeita clínica de PAVM em comparação com a posição supina (14,3 versus 40,2%)²².

Em relação à higiene bucal com o uso de gluconato de clorexidina 0,12%, houve um aumento de 26,89% no período pós-intervenção. Uma revisão com ensaios clínicos randomizados descobriu que enxaguatório bucal ou gel reduziu o risco de PAVM em comparação com o placebo de

25% para cerca de 19% ($p < 0,05$)²². Além disso, não houve evidência significativa ($p < 0,05$) entre o uso de gluconato de clorexidina na higiene bucal versus a duração da VM mecânica e a permanência na UTI²². Vários fatores podem contribuir para variações nos cuidados bucais, incluindo educação, prática de enfermagem e disponibilidade de recursos²³⁻²⁴.

Entretanto, o uso correto do gluconato de clorexidina, utilizado diariamente de 12 a 12 horas após a higiene bucal e mecânica, evita a formação de biofilme e reduz a colonização de bactérias gram-negativas e, conseqüentemente, o risco de PAVM²⁴.

Em relação às respostas obtidas durante a entrevista (Tabela 2), o nível de conhecimento das medidas de prevenção da PAVM entre as categorias profissionais variou. Esse resultado pode indicar pouco conhecimento e trabalho fragmentado de cada profissional de saúde, além da necessidade de treinamento da equipe²⁵⁻²⁶.

Um estudo transversal apresentou significância ($p < 0,05$) entre experiência profissional e adesão às medidas de prevenção da PAVM²⁵. Neste estudo, houve um valor significativo ($p < 0,05$) entre o tempo de treinamento profissional versus ausência de elevação do leito como fator de risco associado à PAVM (Tabela 3) e o tipo de HM após a intervenção (Tabela 4 e 5).

A categoria profissional apresentou significância ($p < 0,0083$) quando associada à aspiração asséptica e à posição do paciente em VM (Tabela 3). Também houve significância ($p < 0,0083$) quando a categoria profissional esteve associada à função do cuff, frequência de higiene bucal e tipo de HM após a intervenção (Tabela 4).

Tais resultados podem indicar diferentes conhecimentos entre as categorias profissionais, o que aumenta a necessidade de implementar medidas educacionais e uma vigilância efetiva das taxas de PAVM na UTI. Um estudo do tipo caso-controle demonstrou que, por meio do treinamento com feedback da equipe, os enfermeiros aumentaram seu conhecimento e adesão às medidas de prevenção da PAVM²⁶. O aumento da adesão à elevação do leito aumentou de 79,2% para 100% após a intervenção educativa, a interrupção da sedação aumentou de 62,5% para 70,85%, e o uso de gluconato de clorexidina para higiene bucal aumentou significativamente ($p < 0,05$), de 50% para 100%²⁶.

No presente estudo, o tempo de trabalho foi significativo ($p < 0,05$) quando associado ao posicionamento da cabeceira da cama (30-45°). Até a presente data, os autores pensam que a elevação da cabeceira para 30° a 45° fornece o posicionamento mais seguro para a prevenção da PAVM em pacientes hemodinamicamente estáveis²⁴⁻²⁷.

Constatamos que 100% dos profissionais que trabalhavam há mais de cinco anos responderam corretamente. O tipo de

HM realizado antes e após a intervenção também apresentou valor significativo ($p < 0,05$) quando associado ao tempo de trabalho na UTI. Segundo um estudo de revisão, a sobrecarga de trabalho, a falta de profissionais de saúde, e a frequência de internações são aspectos que influenciam como e quando os profissionais realizarão a HM²⁷.

A implementação do bundle fornece assistência multiprofissional segura e baseada em evidências que envolve uma abordagem multidisciplinar²⁸. Um dos obstáculos à adesão às diretrizes baseadas em evidências é a falta de informações. Embora não seja a única solução, informações teóricas são inevitavelmente necessárias para o desenvolvimento de abordagens de prevenção²⁸.

Estudos têm demonstrado a eficiência das medidas recomendadas em bundles para a prevenção da PAVM^{10, 29-30}. Neste trabalho, a incidência de PAVM diminuiu de 12,4 para 9,11 por 1000 dias de ventilação no período do estudo. Outro estudo quasi-experimental que também utilizou bundle de PAVM encontrou que a taxa de infecção diminuiu de 15,9/1000 dias de ventilação antes da intervenção para 8,5/1000 dias de ventilação após a intervenção³⁰. A implementação do bundle pode reduzir significativamente a duração da ventilação mecânica e reduzir a incidência de PAVM. No entanto, todas as medidas associadas a essa diminuição precisam ser de longo prazo para serem efetivas e gerar impactos positivos geralmente dependentes da realidade cultural e institucional. O bundle é um pré-requisito para a prevenção da PAVM, mas não é suficiente, pois deve ser realizado coletivamente, com treinamento sistemático e constante associado à vigilância prospectiva das taxas de PAVM.

Limitação do estudo

Uma limitação importante pode ser considerada: a chance relativamente pequena de um efeito Hawthorne, pois o estudo não foi cego. No entanto, a equipe foi informada do estudo durante o período de observação e durante o período de intervenção, minimizando assim a probabilidade de um efeito Hawthorne.

Outra limitação do nosso estudo inclui a interpretação da taxa de PAVM; não foi considerada a probabilidade de aspiração com intubação ou pneumonia adquirida na comunidade.

Contribuições do estudo para a prática

O bundle para a PAVM contribuiu para melhorar o entendimento da equipe sobre o protocolo de desmame da ventilação mecânica; aumento da adesão; e iniciada uma tendência na redução da taxa de PAVM, na duração da ventilação mecânica, e na construção de uma cultura de segurança do paciente.

Conclusão

Os resultados do presente estudo apontaram que o desempenho adequado da equipe para cumprir as medidas do bundle na prevenção da PAVM depende do treinamento, tempo de trabalho, e categoria profissional.

A observação direta dos profissionais apontou que houve aumento significativo ($p < 0,05$) da HM de 88,81% para 94,88% após a aspiração. A aspiração subglótica, embora não significativa ($p = 0,170$), também aumentou 18,75%, comparando os períodos pré- e pós-intervenção. Essa taxa pode indicar o conhecimento fragmentado da equipe sobre as medidas de HM e aspiração subglótica. Intuitivamente, todas as medidas que diminuem a duração da intubação e diminuem a transmissão de micróbios resistentes devem impactar positivamente as taxas de PAVM.

No entanto, existe uma lacuna a ser detectada na implementação do bundle e no impacto positivo gerado pelo conhecimento interprofissional, principalmente porque não é imediato, mas em longo prazo, para obter o feedback desejado.

Finalmente, mesmo com o conhecimento de toda a equipe multiprofissional, é necessário um monitoramento contínuo para apoiar a melhoria das taxas de infecção associadas ao PAVM a partir da implementação do bundle.

Potenciais conflitos de interesse

Todos os autores relatam ausência de conflitos de relevância para este artigo.

Contribuições

Todos os autores contribuíram para o desenho, aquisição e análise estatística dos dados. Além disso, todos os autores revisaram criticamente o manuscrito e aprovaram a versão final. Além disso, este estudo contribuiu para a implementação de um programa educacional como instrumento para disseminar conceitos de segurança do paciente e fornecer informações detalhadas sobre a implementação de medidas de prevenção de PAVM bem conhecidas.

REFERÊNCIAS

1 Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event. Device-associated module PNEU/VAP. [Internet]. 2018[cited 2018 Jul 23]; 6(1):1-29. Available from: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/10-vae_final.pdf

2 Klompas M, Branson R, Eichenwald E, Greene L, Howell M, Lee G, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2014[cited 2018 Jun 2];35(2):133-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25376073>

3 Khan R, Al-Dorzi H, Al-Attas K, Ahmed F, Marini A, Mundekkan S, et al. The impact of implementing multifaceted interventions on the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Am J Infect Control* [Internet]. 2016[cited 2018 Nov 4];44(3):320-6. Available from: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(15\)01026-3/pdf](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(15)01026-3/pdf)

4 Karakuzu Z, Iscimen R, Akalin H, Girgin NK, Kahveci F, Sinirtas M. Prognostic risk factors in ventilator-associated pneumonia. *Med Sci Monitor* [Internet]. 2018[cited 2019 Jun 4]; 24(1):1321-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29503436>

5 Tsakiridou E, Mega AM, Zakynthinos E, Melissopoulou T, Stamos G, Argyriou K, et al. Pre-intensive care unit intubation and subsequent delayed intensive care unit admission is independently associated with increased occurrence of ventilator-associated pneumonia. *Clin Respir J* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 23]; 8(2). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/crj.12944>

6 Al-Dorzi H, El-Saed A, Rishu A, Balkhy H, Memish Z, Arabi Y. The results of a 6-year epidemiologic surveillance for ventilator-associated pneumonia at a tertiary care intensive care unit in Saudi Arabia. *Am J Infect Control* [Internet]. 2012[cited 2019 Jun 2]; 40(9):794-99. Available from: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(11\)01258-2/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(11)01258-2/fulltext)

7 Ministry of Health (BR). National Health Surveillance Agency. Measures to prevent infection related to health care. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 22]; 1:15-32. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fcc9220c373>

8 Speck K, Rawat N, Weiner N, Tujuba H, Farley D, Berenholtz S. A systematic approach for developing a ventilator-associated pneumonia prevention bundle. *Am J Infect Control* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan

23]; 44(6):652-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26874407>

9 Timsit J, Esaied W, Neuville M, Bouadma L, Mourvillier B. Update on ventilator-associated pneumonia. *F1000 Res* [Internet]. 2019[cited 2019 Jun 12]; 6(1):1-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29225790>

10 Ambaras KR, Aziz Z. The methodological quality of guidelines for hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: A systematic review. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 12]; 43(4):450-59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29722052>

11 Mazzo A, Miranda FBG, Meska MHG, Bianchini A, Bernardes RM, Junior GAP. Teaching of pressure injury prevention and treatment using simulation. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 3]; 22(1):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0182.pdf>

12 Lorente L, Lecuona M, Jiménez A, Lorenzo L, Roca I, Cabrera J, et al. Continuous endotracheal tube cuff pressure control system protects against ventilator-associated pneumonia. *Crit Care* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 2]; 18(2):2-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057071/>

13 Rouzé A, Jaillette E, Poissy J, Préau S, Nseir S. Tracheal tube design and ventilator-associated pneumonia. *Resp Care* [Internet]. 2017[cited 2019 Mar 23];62(10):1316-1323. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28720674>

14 Shahabi M, Yousefi H, Yazdannik A, Alikiaii B. The effect of daily sedation interruption protocol on early incidence of ventilator-associated pneumonia among patients hospitalized in critical care units receiving mechanical ventilation. *Iran J Nurs A Midwifery Res* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 4]; 21(5):541-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27904641>

15 Hellyer T, Ewan V, Wilson P, Simpson A. The Intensive care society recommended bundle of interventions for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *J Intensive Care Soc* [Internet]. 2016[cited 2019 Mar 4];17(3):238-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28979497>

16 Guillamet CV, Kollef, MH. Is Zero Ventilator-associated Pneumonia achievable? Practical approaches to ventilator-associated pneumonia prevention. *Clin Chest Med* [Internet]. 2018[cited 2018 Nov 5];39(4):809-

822. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272523118300923?via%3Dihub>

17 Pérez GM, Barrio J, Hortal J, Muñoz P, Rincón C, Bouza E. Routine aspiration of subglottic secretions after major heart surgery: impact on the incidence of ventilator-associated pneumonia. *J Hosp Infect*[Internet]. 2013[cited 2018 Nov 9]; 85(4): 312-15. Available from: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(13\)00306-X/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(13)00306-X/fulltext)

18 Su KC, Kou YR, Lin FC, Wu CH, Feng JY, Huang SF, et al. A simplified prevention bundle with dual hand hygiene audit reduces early-onset ventilator-associated pneumonia in cardiovascular surgery units: an interrupted time-series analysis. *PLoS One*[Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 1]; 12(8): 1-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28767690>

19 De Souza, LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. *Rev Gaúcha Enferm*[Internet]. 2015[cited Nov 23]; 36(4): 21-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26735754>

20 Mogyoródi B, Dunai E, Gál J, Iványi Z. Ventilator-associated pneumonia and the importance of education of ICU nurses on prevention - preliminary results. *Interv Med Appl Sci*[Internet]. 2016[cited 2019 Jun 4]; 8(4):147-51. Available from: <https://akademai.com/doi/full/10.1556/1646.8.2016.4.9>

21 Álvarez-Lerma F, Palomar-Martínez M, Sánchez-García M, Martínez-Alonso M, Álvarez-Rodríguez J, Lorente L et al. Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: The Multimodal Approach of the Spanish ICU "Pneumonia Zero" Program. *Crit Care Med*[Internet]. 2018[cited 2019 Jun 6]; 46(2):181-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5770104/>

22 Wang L, Li X, Yang Z, Tang X, Yuan Q, Deng L, et al. Semi-recumbent position versus supine position for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults requiring mechanical ventilation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016[cited 2019 Feb 10]; 8(1): 1-62. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009946.pub2/full>

23 Diaz T, Zanone S, Charro-Smith C, Kamoun H, Barraís A. Oral care in ventilated intensive care unit patients: observing nursing behavior through standardization of oral hygiene tool placement. *Am J Infect Control*[Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 4]; 45(5): 559-61. Available from: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(16\)31105-1/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(16)31105-1/fulltext)

24 Silva GS, Gonçalves FAF, Bueno BRM, Ferreira GKSF, Silva LP, Bueno BRMB, et al. Cuidados bucais em pacientes ventilados mecanicamente: conhecimento de enfermeiros de um hospital escola. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 2]; 8(4):13-9. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/932/410>

25 Nofal M, Subih M, Al-Kalaldeh M. Factors influencing compliance to the infection control precautions among nurses and physicians in Jordan: a cross-sectional study. *J Infect Prev*[Internet]. 2017[cited 2019 Jan 4]; 18(4):182-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28989525>

26 Ismail R, Zahran E. The effect of nurses training on ventilator-associated pneumonia (VAP) prevention bundle on VAP incidence rate at a critical care unit. *J Nurs Educ Pract*[Internet]. 2015[cited 2019 Mar 9]; 5(12):43-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/journal/index.php/jnep/article/view/6887>

27 Rigby R, Pegram A, Woodward S. Hand decontamination in clinical practice: a review of the evidence. *Br J Nurs*[Internet]. 2017[cited 2019 Mar 4]; 26(8):448-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28453321>

28 Yazici G, Bulut H. Efficacy of a care bundle to prevent multiple infections in the intensive care unit: a quasi-experimental pretest-posttest design study. *Appl Nurs Res*[Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 4]; 39:4-10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716303731?via%3Dihub>

29 Batra P, Mathur P, John N, Nair S, Aggarwal R, Soni K, et al. Impact of multifaceted preventive measures on ventilator-associated pneumonia at a single surgical centre. *Intensive Care Med*[Internet]. 2015[cited 2019 Jan 4]; 4(12):2231-32. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-015-4047-z>

30 Okgün AA, Demir KF, Uyar M. Prevention of ventilator-associated pneumonia: use of the care bundle approach. *Am J Infect Control*[Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 3]; 44(10):173-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27388264>

THE IMPACT OF THE INTERPROFESSIONAL LEARNING IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA: BUNDLES IMPLEMENTATION IN AN INTENSIVE CARE UNIT

Ariele Ferreira Pinto Coelho¹
Raquel Aparecida Monteiro e Vieira²
Monica Aparecida Leite²
Thabata Coaglio Lucas¹

<https://orcid.org/0000-0002-2662-1273>
<https://orcid.org/0000-0001-6946-9884>
<https://orcid.org/0000-0001-8361-9244>
<https://orcid.org/0000-0001-7850-8494>

Objective: to verify the impact of the bundles and the interprofessional learning for the prevention of mechanical ventilation-associated pneumonia of an intensive care unit (ICU). **Methodology:** This was a quasi-experimental study performed in an ICU of a public hospital in Diamantina, Minas Gerais. Were included in this study 56 professionals who provided direct assistance to patients in mechanical ventilation. The data collection took place in three phases: pre-intervention, which consisted of direct observation and interview; intervention, in which training was performed through clinical simulations; and post-intervention, in which the impact of the strategies implemented through direct observation, was evaluated. Differences between pre and post groups were assessed using McNemar's test. An alpha level of 0.05 set a priori was used, and a Bonferroni correction determined statistical significance for the case of multiple comparisons. **Results:** After the intervention, there was increased adherence to endotracheal cuff pressure (8.10%), daily interruption of sedation (16.67%) and subglottic aspiration (18.75%). It was significant ($p < 0,0083$) in the associations between the professional category versus non-aspiration, bed head positioning, oral hygiene frequency and the type of hand hygiene after intervention. **Conclusions:** There is still a gap to be detected in the bundle implementation and the positive impact generated by the inter-professional knowledge, mainly because it is not immediate but in the long term to obtain the desired feedback.

Descriptors: Pneumonia, Ventilator-Associated; Patient Care Bundles; Infection Control; Quality Improvement; Public Health Surveillance; Intensive Care Units.

O IMPACTO DA APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL NA PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILADORES: IMPLEMENTAÇÃO DE BUNDLES EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Objetivo: verificar o impacto dos bundles e o aprendizado interprofissional para a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** estudo quase-experimental realizado em uma UTI de um hospital público de Diamantina, Minas Gerais. Foram incluídos neste estudo 56 profissionais que prestaram assistência direta aos pacientes em ventilação mecânica. A coleta de dados ocorreu em três fases: pré-intervenção, que consistiu em observação direta e entrevista; intervenção, na qual foi realizado treinamento por meio de simulações clínicas; e pós-intervenção, em que foi avaliado o impacto das estratégias de observação direta. As diferenças entre os grupos pré e pós foram avaliadas pelo teste de McNemar. Um nível alfa de 0,05 a priori foi usado, e a correção de Bonferroni determinou significância estatística para o caso de comparações múltiplas. **Resultados:** Após a intervenção, houve aumento da adesão ao monitoramento da pressão do cuff endotraqueal (8,10%), interrupção diária da sedação (16,67%) e aspiração subglótica (18,75%). Foi significativa ($p < 0,0083$) as associações entre a categoria profissional versus a não aspiração, posicionamento da cabeceira da cama, frequência de higiene bucal e o tipo de higienização das mãos após a intervenção. **Conclusões:** Ainda existe uma lacuna a ser detectada na implantação do bundle e o impacto positivo gerado pelo conhecimento interprofissional, principalmente por não ser imediato, mas a longo prazo, para obtenção do feedback desejado.

EL IMPACTO DEL APRENDIZAJE INTERPROFESIONAL EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADORES: APLICACIÓN DE PAQUETES EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN INTENSIVA

Objetivo: verificar el impacto de los bundles y el aprendizaje interprofesional para la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica de una unidad de cuidados intensivos (UCI). **Método:** Este fue un estudio cuasi experimental realizado en una UCI de un hospital público en Diamantina, Minas Gerais. Se incluyeron en este estudio 56 profesionales que prestaron asistencia directa a los pacientes en ventilación mecánica. La recolección de datos se realizó en tres fases: pre-intervención, que consistió en observación directa y entrevista; intervención, en la cual se realizó entrenamiento por medio de simulaciones clínicas; y post-intervención, en que se evaluó el impacto de las estrategias de observación directa. Las diferencias entre los grupos pre y post se evaluaron mediante la prueba de McNemar. Se usó un nivel alfa de 0,05 a priori, y se usó una corrección de Bonferroni para determinar la significación estadística en el caso de comparaciones múltiples. **Resultados:** Después de la intervención, hubo aumento de la adhesión al monitoreo de la presión del cuff endotraqueal (8,10%), interrupción diaria de la sedación (16,67%) y aspiración subglótica (18,75%). Fue significativa ($p < 0,0083$) las asociaciones entre la categoría profesional frente a la no aspiración, la posición de la cabecera de la cama, la frecuencia de higiene oral y el tipo de higiene de las manos después de la intervención. **Conclusiones:** Aún existe una laguna a ser detectada en la implantación del bundle y el impacto positivo generado por el conocimiento interprofesional, principalmente por no ser inmediato, pero a largo plazo, para obtener el feedback deseado.

Descriptores: Neumonía Asociada al Ventilador; Paquetes de Atención al Paciente; Control de Infecciones; Mejoramiento de la Calidad; Vigilancia en Salud Pública; Unidades de Cuidados Intensivos

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM/MG.

²Santa Casa de Caridade de Diamantina, MG/Brazil.

Autor correspondente: Thabata Coaglio Lucas. E-mail: thabataclucas@gmail.com

INTRODUCTION

Prolonged use of mechanical ventilation (MV) predisposes patients to develop adverse events such as sepsis, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), pulmonary embolism, barotrauma, pulmonary edema and mechanical ventilation-associated pneumonia (VAP)⁽¹⁾.

The VAP may occur in patients submitted to MV for more than 48 hours⁽²⁻³⁾. The presence of the endotracheal tube all interferes in the protective physiological reflexes of the upper airways, resulting in less clearance of microorganisms, such as Gram-negative bacteria, that accumulate above the cuff in the oropharyngeal secretions³. Such a complication in the respiratory tract may lead to prolonged ventilation, long stay in the Intensive Care Unit (ICU) and increased health costs¹. It is estimated that the mortality after occurrence of VAP is 20.2% in 14 days and 25.1% in 28 days⁴.

The Institute for Healthcare Improvement (IHI) introduced in 2004 the notion of bundle for the prevention of VAP. The bundle consists of a set of interventions based on scientific evidence that, when implemented, may improve health outcomes and patient care⁵. Since its implementation, there has been a decline in VAP rates in the United States, with 3.6 cases per 1000 days in the ventilator⁶.

In Brazil, reporting VAP data did not used to be mandatory until 2016, according to the National Program for Prevention and Control of Health Care-Related Infections its incidence showed a reduction of 4.9% in relation to 2015-8.

International and Brazilian guidelines establish recommendations for detection and prevention of VAP, but difficult institutional control^{1-2,8}. These recommendations include hand hygiene (HH), bedhead elevation at 30-45°, daily interruptions of sedation, daily spontaneous breathing trials, thromboembolism prophylaxis, oral hygiene care with chlorhexidine gluconate, subglottic secretion drainage, constant monitoring of cuff pressure and team training^{1-2,8}.

Compliance with such recommendations includes, above all, daily surveillance and educational training measures, since limited surveillance may prevent assessment of the positive impact a bundle can have on ICUs⁸. Although successful reduction of VAP rates with bundles has been demonstrated in recent years, there is still no sustained effect of preventive measures in clinical practice⁹⁻¹⁰. Such facts have been confirmed by the absence of substantial improvement in VAP rates in the last decade⁽¹¹⁾.

In this context, monitoring the feedback from the multidisciplinary team regarding the measures to prevent VAP can be a strategy that points out gaps and health indicators that subsidize investments in improving care practices based on training and continuing education. Based on the above, the aim of the present study was to verify the impact of the

bundles and the interprofessional learning for the prevention of mechanical ventilation-associated pneumonia of an Intensive Care Unit.

METHODOLOGY

Type of study

This was a quasi-experimental study.

Local of study

This study was performed in a 20-bed ICU of a public hospital in Diamantina, Minas Gerais, conducted between August 2017 and May 2018.

Research participants

Were included in this study all 62 professionals from ICU (8 physiotherapists, 9 nurses and 45 nursing technicians) who provided direct assistance to patients in MV. Professionals who were on medical leave, maternity leave or vacations were excluded, as well as those who were not found after the third attempt to approach them.

Data collect

The data collections were divided into three phases:

Phase 1 - Pre-intervention period: consisted of the direct observation of the teams during the maintenance and manipulation of the patient under MV. A total of 9 nurses, 6 physiotherapists and 41 nursing technicians participated in this phase. The following variables were observed: high decubitus from 30° to 45° (The angle of the head of bed was measured with an electronic device present on the bed), cuff pressure verification, oral hygiene with chlorhexidine gluconate 0.12%, sedation minimized, subglottic aspiration (Indicated whether the subglottic drainage lumen was connected to the wall suctional the appropriate intermittent negative pressure), and HH before and after aspiration.

The observation was made by three researchers, duly calibrated, that already working in the UTI, seeking to soften the Hawthorne effect, that is, so that care professionals did not associate the reason for the presence of the observer with this study. Furthermore, electronic systems applied in the UTI measured the compliance rates of PAV, eliminating many of Hawthorne effect inherent to direct observation.

The Hawthorne effect is defined as changes of the research participants behaviour when involved in a trial because of increased knowledge or interest or else due to feeling observed in the trial. According to the definition mentioned above, the Hawthorne effect refers to the awareness of being studied and the subsequent change in behaviour to

produce outcomes consistent with the expectations of the researchers. The Hawthorne effect is likely to be the greatest for short-term trials and practically non-existent during long observation periods of several years.

The observation sessions were distributed by the day and night work shifts, every Monday and Tuesday, with an average duration of three hours per shift.

In this same phase, interviews were conducted about measures to prevent VAP based on the Guidelines: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2018)¹, Society for Healthcare Epidemiology of America and Cambridge University (SHEA) (2014)², National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2016)¹⁰ and Brazilian Health Surveillance Agency (ANVISA) (2017)⁷. Interventions occurred individually, maintaining the confidentiality and non-embarrassment of the participant, and 4 nurses, 5 physiotherapists and 30 nursing technicians accepted to participate in this stage.

Phase 2 - Intervention period: it was carried out by three researchers of the present study in a pre-scheduled place through "scenic clinical simulations" with skill training on prevention measures for VAP¹¹. Such training allowed the healthcare workers to relate theory and practice, and the researchers themselves acted as patients and professionals, as indicated in a scenic simulation¹¹. The training was carried out with all 56 professionals from ICU during fifteen days and lasted 1 hour/each shift. So that all healthcare workers could participate in all the different scenarios assembled.

During the training, different scenarios were constructed with the following themes: HH, oral hygiene, tracheal and subglottic aspiration, the importance of early sedation withdrawal, cuff check and bedhead elevation from 30° to 45°. In order to set up the scenario, physical and material resources of the ICU were used, such as: sterile and procedural gloves, surgical mask, goggles, liquid soap, 70% alcohol, endotracheal tube together with cuff, cuffometer, aspiration probe, aspirator, gauze, wooden spatula, tooth brush and 0.12%chlorhexidine gluconate.

Phase 3 - Post-intervention period: aimed to evaluate the impact of the strategies implemented in phase 2 of the study on the adherence to measures for preventing VAP. It was performed 30 days after the intervention, also conducted through direct observation of the professionals, using the same observation method and instrument of phase 1.

Data analysis

The analyzes were performed with the aid of the statistical software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20. For the data comparison was performed a Pearson chi-square test when the expected value was > 5 and Fisher's exact test when the expected value was <5. The significance

was level 5% (p = 0.05) and the confidence interval was 95%. Differences between pre and post groups were assessed using McNemar's test. An alpha level of 0.05 set a priori was used, and a Bonferroni correction was used to determine statistical significance in the case of multiple comparisons. Considering the Bonferroni correction, significant differences were only with p < 0,0083.

Ethical procedures

The present study was approved by the Research Ethics Committee/UFVJM under the opinion number 2,417,012 and conducted according to the Declaration of Helsinki of 1975, revised in 2013. The professionals who agreed to participate of this study signed the Informed Consent Term (ICT).

RESULTS

In the present study, 56 professionals participated in the direct observation phase, with 9 (16.0%) nurses, 6 (11.0%) physiotherapists and 41 (73.0%) nursing technicians. Table 1 shows the distribution of VAP prevention measures after direct observation in the pre- and post-intervention periods.

Table 1: Distribution of measures to prevent mechanical ventilation-associated pneumonia in the pre and post-intervention period. Diamantina, MG, Brazil, 2018.

High decubitus (30°-45°)			
Yes	47 (90.4)	49 (90.4)	0.218
No	5 (9.6)	3 (5.8)	
Cuff pressure verification			0.335
Yes	34(66.7)	37(72.5)	
No	17 (33.3)	14 (27.5)	
Oral hygiene			0.598
Yes	30 (57.7)	41 (78.8)	
No	11 (21.2)	22 (42.3)	
Daily interruption of sedation			0.439
Yes	35 (67.3)	42 (80.8)	
No	17 (32.7)	10 (19.2)	
Subglottic aspiration			0.170
Yes	13 (28.9)	16 (35.6)	
No	32 (71.1)	29 (64.5)	
HH[†] before aspiration			0.040 [§]
Yes	1 (2.3)	8 (18.2)	
No	43 (97.7)	36 (81.9)	
HH[†] after aspiration			0.037 [§]
Yes	19 (38.8)	37 (94.9)	
No	30 (61.2)	2 (5.1)	

*Ventilation-Associated Pneumonia; †Significance test from Mc Nemar calculation; ‡HH-Hand Hygiene; §(p<0.05) statistically significant.

Table 2 shows the measures for VAP presented in the pre-intervention period during the interview by professional category. In this stage, only 4 (44.0%) nurses, 5 (83.0%) physiotherapists and 30 (73.0%) nursing technicians accepted to answer the interview script

Table 2: Distribution of care measures for ventilation-associated pneumonia prevention as presented by professional category. Diamantina, MG, Brazil, 2018.

Care measures for VAP* prevention	Category			P-value†
	Nurse N (%)	Physiotherapist N (%)	Nursing Technician N (%)	
HH‡				
No	2 (50.0)	4 (80.0)	29 (97.0)	0.002‡
Yes	2 (50.0)	1 (20.0)	1 (33.0)	
Elevated bed head				0.644
No	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (10.0)	
Yes	3 (75.0)	5 (100.0)	27 (90.0)	
Decrease sedation				0.008‡
No	4 (100.0)	2 (40.0)	28 (93.0)	
Yes	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (7.0)	
Aspiration of the airways				0.953
No	1 (25.0)	1 (20.0)	7 (23.0)	
Yes	3 (75.0)	4 (80.0)	25 (77.0)	
Oral hygiene				0.740
No	2 (50.0)	2 (40.0)	9 (30.0)	
Yes	2 (50.0)	3 (60.0)	21 (70.0)	
Monitoring cuff				0.247
No	4 (100.0)	2 (40.0)	20 (67.0)	
Yes	0 (0.0)	3 (60.0)	10 (33.0)	

*Ventilation-Associated Pneumonia; †Significance test from Fisher's exact calculation; ‡HH-Hand Hygiene; §(p < 0,0083) statistically significant with Bonferroni correction.

Table 3 presents the risk factors for VAP presented by each professional category during the interview associated with working and training time of the multidisciplinary team.

Table 3: Distribution of the level of significance of prevention measures associated with the professional category, working time and professional training in the Intensive Care Unit. Diamantina, MG, Brazil, 2018.

Risk factors associated with VAP*	Professional category			P-value†	Intensive care unit working time (years)			P-value†	Professional training time (years)			P-value†
	Nurse N(%)	Physiotherapist N (%)	Nursing Technician N (%)		Up to 5 N(%)	5 to 10 N(%)	> 10 N(%)		Up to 5 N(%)	5 to 10 N(%)	> 10 N(%)	
Not keeping bed head elevated between 30 and 45°	Yes 3 (75)	Yes 4 (80)	Yes 19 (63)	0.758	Yes 8 (57)	Yes 9 (69)	Yes 9 (90)	Yes 7 (50)	Yes 15 (75)	Yes 5 (100)	0.003‡	
No	No 1 (25)	No 1 (20)	No 11 (3)		No 6 (43)	No 4 (31)	No 1 (10)	No 7 (50)	No 5 (25)	No 0 (0)		
Not performing oral hygiene	Yes 2 (50)	Yes 0 (0)	Yes 10 (33)	0.322	Yes 4 (26)	Yes 5 (38)	Yes 3 (30)	Yes 5 (36)	Yes 5 (25)	Yes 2 (40)	0.772	
No	No 2 (50)	No 5 (100)	No 20 (67)		No 10 (74)	No 8 (62)	No 7 (70)	No 9 (64)	No 15 (75)	No 3 (60)		
Not performing aspiration with aseptic technique	Yes 1 (20)	Yes 4 (80)	Yes 7 (23)	0.002‡	Yes 4 (29)	Yes 5 (38)	Yes 3 (30)	Yes 3 (21)	Yes 7 (35)	Yes 1 (20)	0.348	
No	No 3 (80)	No 1 (20)	No 23 (77)		No 10 (71)	No 8 (62)	No 7 (70)	No 11 (79)	No 13 (65)	No 4 (80)		
Ideal positioning (30° to 45°)	Yes 2 (50)	Yes 5 (100)	Yes 2 (7)	0.006‡	Yes 4 (29)	Yes 0 (0)	Yes 0 (0)	Yes 10 (71)	Yes 19 (95)	Yes 3 (60)	0.245	
No	No 2 (50)	No 0 (0)	No 28 (93)		No 10 (71)	No 13 (100)	No 10 (100)	No 4 (29)	No 1 (5)	No 2 (40)		

*Ventilation-Associated Pneumonia; †Significance test from Fisher's exact test; ‡(p < 0,0083) statistically significant with Bonferroni correction.

Table 4 presents distribution of ventilation-associated pneumonia prevention measures associated to the professional category in the Intensive Care Unit.

Table 4: Distribution of ventilation-associated pneumonia prevention measures associated to the professional category in the Intensive Care Unit. Diamantina, MG, Brazil, 2018.

Variables	Prevention measures	Professional category			P-value*
		Nurse N (%)	Physiotherapist N (%)	Nursing Technician N (%)	
Function of cuff	Prevent aspiration	3 (75)	5 (100)	7 (23)	0.043†
	Fix the tube	0 (0)	0 (0)	7 (23)	
Frequency of oral hygiene	12/12h	4 (100)	2 (40)	25 (83)	0.037†
	8/8h	0 (0)	3 (60)	2 (7)	
HH‡ before Intervention	70% Alcohol	0 (0)	1 (20)	2 (7)	0.928
	Simple Hygiene	1 (25)	1 (20)	3 (1)	
HH ‡after Intervention	Simple Hygiene + 70% alcohol	3 (75)	3 (60)	25 (83)	0.015†
	70% Alcohol	0 (0)	1 (20)	1 (3)	
HH ‡after Intervention	Simple Hygiene	0 (0)	1 (20)	2 (7)	0.015†
	Simple Hygiene + 70% alcohol	4 (100)	3 (60)	27 (90)	

*Significance test from Fisher's exact calculation Bonferroni correction; † (p < 0,0083) statistically significant; ‡HH-Hand Hygiene.

Table 5: Distribution of ventilation-associated pneumonia prevention measures associated to the professional category in the Intensive Care Unit. Diamantina, MG, Brazil, 2018.

Variables	Prevention measures	Intensive care unit working time (years)				Professional training time (years)			
		Up to 5 N(%)	5 to 10 N(%)	> 10 N(%)	P-value*	Up to 5 N(%)	5 to 10 N(%)	> 10 N(%)	P-value*
Function of cuff	Prevent aspiration	5 (36)	4 (31)	6 (60)	0.347	3 (21)	9 (45)	2 (40)	0.599
	Fix the tube	1 (7)	4 (31)	1 (10)		2 (14)	4 (20)	1 (20)	
Frequency of oral hygiene	12/12h	13 (93)	9 (69)	7 (70)	0.620	12 (86)	16 (80)	3 (60)	0.337
	8/8h	1 (7)	2 (15)	2 (20)		0 (0)	4 (20)	1 (20)	
HH‡ before Intervention	70%Alcohol	0 (0)	1 (8)	2 (20)	0.004†	0 (0)	3 (15)	0 (0)	0.214
	Simple Hygiene	2 (14)	0 (0)	3 (30)		1 (7)	4 (20)	0 (0)	
HH ‡after Intervention	Simple Hygiene + 70%alcohol	12 (86)	12 (92)	5 (50)	0.05†	13 (93)	13 (65)	5 (100)	0.048†
	70%Alcohol	0 (0)	1 (8)	1 (10)		0 (0)	1 (5)	1 (20)	
HH ‡after Intervention	Simple Hygiene	1 (7)	0 (0)	1 (10)	0.05†	1 (7)	2 (10)	0 (0)	0.048†
	Simple Hygiene + 70% alcohol	13 (93)	12 (92)	8 (80)		13 (93)	17 (85)	4 (80)	

DISCUSSION

Considering the pre and post-intervention periods, we found that adherence to cuff pressure check increased by 8.10% (Table 1), being cited by 60% of physiotherapists and 33% of nursing technicians (Table 2). The cuff pressure measurement verifies the pressure value that should be high enough to avoid leakage that would make mechanical MV ineffective, thus preventing the progression of secretions from the oropharynx to the lower airways⁽⁴⁻¹²⁾.

A prospective observational study demonstrated that such a criterion significantly reduced the incidence of VAP (p < 0.05)¹². On the other hand, a meta-analysis showed that continuous control of cuff pressure had no significant impact on secondary outcomes, such as duration and days free of MV, antimicrobial treatment, permanence or mortality in the ICU (p > 0.05)¹³.

MV patients receive continuous infusion of sedation so that their discomfort and pain are relieved. Thus, they are at risk of prolonged sedation and, consequently, become susceptible to VAP due to the high risk of aspiration and reduction of the cough reflex¹⁴. In the present study there was an increase of 16.67% in relation to adherence to daily interruption of sedation (Table 1), and it is known that this measure reduces the number of days spent in the ventilator and the number of infections associated with prolonged use of MV⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Further the decrease sedation versus category was significant ($p=0.008$) even after bonferroni correction. Reduced duration of patients to daily sedation interruptions until awake, resulting in shorter duration of mechanical ventilation (4.9 versus 7.3 days, $P = 0.004$) and shorter stays in the ICU¹⁶. Further analgesia alone without accompanying sedation may provide benefit of shorter durations of mechanical ventilation and has become part of the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) guidelines for VAP prevention⁽²⁾.

Another recommended measure is the aspiration of subglottic secretion, which in this study increased adherence in 18.75% after the intervention. A prospective study of patients undergoing cardiac surgery demonstrated that aspiration of subglottic secretion reduced the incidence of VAP, days in MV and antimicrobial costs⁽¹⁷⁾.

Another important strategy for reducing and preventing VAP is the HH. HH is recognized as the most effective in the prevention of Health Care-Related Infections (HCRI), but still presents with low adherence in the health services, with worldwide rates of 38.7% and national rated of approximately 43.7%¹⁸⁻¹⁹.

HH before and after aspiration of subglottic secretion presented a significant value ($p < 0.05$). There was a rate of 88.81% in the post-intervention period for HH before the procedure and 94.88% after. These rates are similar to those reported by Lake Of The Woods District Hospital in Canada with 87.7% of adherence to HH before the intervention and 93.2% after the educational intervention⁽²⁰⁾.

In the present study, HH presented a low percentage in the interview, being mentioned by 50% of the nurses, 33% of the nursing technicians and 20% of the physiotherapists. A cross-sectional study of direct observation in an Intensive Care Unit showed greater adherence by physical therapists (53.5%), followed by nurses (47.5%) and nursing technicians (29.8%)⁽¹⁹⁾.

Regarding the measure of bedhead elevation between 30 and 45°, the adherence rate remained at 90.38% in the pre and post-intervention period (Table 1) and it was cited by most professionals during the interview period. The purpose of this intervention is to avoid the patient's positioning in the supine

position, a risk factor for the development of VAP, in order to prevent gastroesophageal reflux and aspiration to the lower airways²¹. A meta-analysis of 10 randomized clinical trials with 878 participants compared the semi-sloping position and the supine position. The former has significantly reduced ($p < 0.05$) the risk of clinical suspicion of VAP compared with the supine position (14.3 versus 40.2%)²².

Regarding oral hygiene with the use of 0.12% chlorhexidine gluconate, there was an increase of 26.89% in the post-intervention period. Review with randomized clinical trials found that mouthwash or gel reduced the risk of VAP compared with placebo from 25% to about 19% ($p < 0.05$)²². Furthermore, there was no significant ($p < 0.05$) evidence between the use of chlorhexidine gluconate in oral hygiene versus duration of mechanical MV and ICU stay²². Several factors may contribute to variations in oral care, including education, nursing practice and availability of resources²³⁻²⁴.

However, the correct use of chlorhexidine gluconate, used daily from 12 to 12 hours after oral and mechanical hygiene, prevents the formation of biofilm and reduce the colonization of gram-negative bacteria and, consequently the risk of VAP⁽²⁴⁾.

Regarding the answers obtained during the interview (Table 2), the level of knowledge among the professional categories varied over the VAP prevention measures. This result may indicate poor knowledge and fragmented work of each health professional, and the need for staff training²⁵⁻²⁶.

A cross-sectional study presented significance ($p < 0.05$) between professional experience and adherence to VAP prevention measures⁽²⁵⁾. In this study, there was a significant value ($p < 0.05$) between professional training time versus absence of bedhead elevation as a risk factor associated with VAP (Table 3) and type of MH after intervention (Table 4 and 5).

The professional category presented significance ($p < 0.0083$) when associated with aseptic aspiration and the position of the patient in MV (Table 3). There was also significance ($p < 0.0083$) when the professional category was associated with cuff function, oral hygiene frequency and type of HH after intervention (Table 4).

Such results may indicate different knowledge between professional categories, which raises the need to implement educational measures and effective surveillance of the VAP rates in the ICU. A case-control study demonstrated that through training with team feedback nurses increased their knowledge and adherence to VAP prevention measures²⁶. The increase in adherence to bedhead elevation increased from 79.2% to 100% after the educational intervention, interruption of sedation increased from 62.5% to 70.85%, and the use of chlorhexidine gluconate for oral care increased significantly ($p < 0.05$), from 50% to 100%²⁶.

In the present study, the working time was significant ($p < 0.05$) when associated with the bedhead positioning ($30-45^\circ$). To date, the authors think that head of bed elevation to 300 to 450 provides the safest positioning for the prevention of VAP in hemodynamically stable patients⁽²⁴⁻²⁷⁾.

We found that 100% of the professionals who had been working more than five years answered it correctly. The type of HH performed before and after intervention also had a significant value ($p < 0.05$) when associated to ICU work time. According to a review study a work overload, lack of healthcare workers and frequency of hospitalizations are issues that influence how and when professionals will perform HH⁽²⁷⁾.

The bundle implementation provides safe multi-professional evidence-based assistance that involves a multidisciplinary approach²⁸. One of the obstacles to adherence to evidence-based guidelines is the lack of information. Although it is not the only solution, theoretical information is inevitably required to develop prevention approaches⁽²⁸⁾.

Studies have demonstrated the efficiency of the measures recommended in bundles for VAP prevention^{10, 29-30}. In this present work the incidence of VAP decreased from 12.4 to 9.11 per 1000 days of ventilation in the period of study. Another quasi-experimental study that also used bundle of VAP found that the infection rate decreased from 15.9/1000 days of ventilation before the intervention to 8.5/1000 days of ventilation after the intervention³⁰. Implementation of bundle can significantly shorten the duration of mechanical ventilation and reduce the incidence of VAP. However, all the measures associated with this decrease need to be long-term to be effective and generate positive impacts generally dependent on the cultural and institutional reality. The bundle is a prerequisite for VAP prevention, but it is not an enough condition since it must be carried out collectively, with systematic and constant training associated with the prospective surveillance of VAP rates.

Study limitation

An important limitation can be considered: relatively small chance of a Hawthorne effect was possible, as the study was unblinded. However, the staff was informed of the study during the observation period as well as during the intervention period, thus minimizing the probability of a Hawthorne effect.

Another Limitation of our study include the when interpreting the rate of VAP, the probability of aspiration with intubation or community-acquired pneumonia was not considered.

Study contributions to practice

The bundle for VAP contributed to improve the staff's understanding of the mechanical ventilation weaning protocol; increased adherence; and started a trend in reducing the rate of VAP, reducing the duration of mechanical ventilation, and constructing a culture of patient safety.

CONCLUSION

The results of the present study pointed out that the adequate performance of the team to comply with the bundle measures for VAP prevention depends on the training, work time and professional category.

The direct observation of the professionals pointed out that there was a significant increase ($p < 0.05$) of HH from 88.81% to 94.88% after aspiration. Subglottic aspiration, although not significant ($p = 0.170$) also increased by 18.75%, comparing the pre- and post-intervention periods. Such a rate may indicate the team's fragmented knowledge about HH measures and subglottic aspiration. Intuitively, all measures that shorten the duration of intubation and decrease the transmission of resistant microbes should positively impact rates of VAP.

However, there is a gap to be detected in the bundle's implementation and in the positive impact generated by inter-professional knowledge, mainly because it is not immediate but in the long term to obtain the desired feedback. Finally, even in the knowledge of the entire multi-professional team, continuous monitoring is required to support the improvement of infection rates associated with VAP from the bundle implementation.

Contributors

All authors contributed to design, acquisition and statistical analysis of data. Further, all authors critically revised the manuscript and approved the final version. Furthermore, this study contributed to the implementation of an educational program as the instrument for disseminating patient safety concepts and providing detailed information about the implementation of well-known VAP prevention measures.

REFERÊNCIAS

- 1 Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event. Device-associated module PNEU/VAP. [Internet]. 2018[cited 2018 Jul 23]; 6(1):1-29. Available from: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/10-vae_final.pdf
- 2 Klompas M, Branson R, Eichenwald E, Greene L, Howell M, Lee G, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2014[cited 2018 Jun 2];35(2):53-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25376073>
- 3 Khan R, Al-Dorzi H, Al-Attas K, Ahmed F, Marini A, Mundekkan S, et al. The impact of implementing multifaceted interventions on the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Am J Infect Control* [Internet]. 2016[cited 2018 Nov 4];44(3):320-6. Available from: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(15\)01026-3/pdf](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(15)01026-3/pdf)
- 4 Karakuzu Z, Iscimen R, Akalin H, Girgin NK, Kahveci F, Sinirtas M. Prognostic risk factors in ventilator-associated pneumonia. *Med Sci Monitor* [Internet]. 2018[cited 2019 Jun 4]; 24(1):1321-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29503436>
- 5 Tsakiridou E, Mega AM, Zakynthinos E, Melissopoulou T, Stamos G, Argyriou K, et al. Pre-intensive care unit intubation and subsequent delayed intensive care unit admission is independently associated with increased occurrence of ventilator-associated pneumonia. *Clin Respir J* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 23]; 8(2). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/crj.12944>
- 6 Al-Dorzi H, El-Saed A, Rishu A, Balkhy H, Memish Z, Arabi Y. The results of a 6-year epidemiologic surveillance for ventilator-associated pneumonia at a tertiary care intensive care unit in Saudi Arabia. *Am J Infect Control* [Internet]. 2012[cited 2019 Jun 2]; 40(9):794-99. Available from: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(11\)01258-2/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(11)01258-2/fulltext)
- 7 Ministry of Health (BR). National Health Surveillance Agency. Measures to prevent infection related to health care. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 22]; 1:15-32. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>
- 8 Speck K, Rawat N, Weiner N, Tujuba H, Farley D, Berenholtz S. A systematic approach for developing a ventilator-associated pneumonia prevention bundle. *Am J Infect Control* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 23]; 44(6):652-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26874407>
- 9 Timsit J, Esaied W, Neuville M, Bouadma L, Mourvillier B. Update on ventilator-associated pneumonia. *F1000 Res* [Internet]. 2019[cited 2019 Jun 12]; 6(1):1-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29225790>
- 10 Ambaras KR, Aziz Z. The methodological quality of guidelines for hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: A systematic review. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 12]; 43(4):450-59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29722052>
- 11 Mazzo A, Miranda FBG, Meska MHG, Bianchini A, Bernardes RM, Junior GAP. Teaching of pressure injury prevention and treatment using simulation. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 3]; 22(1):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0182.pdf>
- 12 Lorente L, Lecuona M, Jiménez A, Lorenzo L, Roca I, Cabrera J, et al. Continuous endotracheal tube cuff pressure control system protects against ventilator-associated pneumonia. *Crit Care* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 2]; 18(2):2-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4057071/>
- 13 Rouzé A, Jaillette E, Poissy J, Préau S, Nseir S. Tracheal tube design and ventilator-associated pneumonia. *Resp Care* [Internet]. 2017[cited 2019 Mar 23];62(10):1316-1323. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28720674>
- 14 Shahabi M, Yousefi H, Yazdannik A, Alikiaii B. The effect of daily sedation interruption protocol on early incidence of ventilator-associated pneumonia among patients hospitalized in critical care units receiving mechanical ventilation. *Iran J Nurs A Midwifery Res* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 4]; 21(5):541-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27904641>
- 15 Hellyer T, Ewan V, Wilson P, Simpson A. The Intensive care society recommended bundle of interventions for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *J Intensive Care Soc* [Internet]. 2016[cited 2019 Mar 4];17(3):238-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28979497>
- 16 Guillamet CV, Kollef, MH. Is Zero Ventilator-associated Pneumonia achievable? Practical approaches to ventilator-associated pneumonia prevention. *Clin Chest Med* [Internet]. 2018[cited 2018 Nov 5];39(4):809-822. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272523118300923?via%3Dihub>
- 17 Pérez GM, Barrio J, Hortal J, Muñoz P, Rincón C, Bouza E. Routine aspiration of subglottic secretions after major heart surgery: impact on the incidence of ventilator-associated pneumonia. *J Hosp Infect* [Internet]. 2013[cited 2018 Nov 9]; 85(4): 312-15. Available from: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(13\)00306-X/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(13)00306-X/fulltext)
- 18 Su KC, Kou YR, Lin FC, Wu CH, Feng JY, Huang SF, et al. A simplified prevention bundle with dual hand hygiene audit reduces early-onset ventilator-associated pneumonia in cardiovascular surgery units: an interrupted time-series analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 1]; 12(8): 1-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28767690>
- 19 De Souza, LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015[cited Nov 23]; 36(4): 21-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26735754>
- 20 Mogyoródi B, Dunai E, Gál J, Iványi Z. Ventilator-associated pneumonia and the importance of education of ICU nurses on prevention - preliminary results. *Interv Med Appl Sci* [Internet]. 2016[cited 2019 Jun 4];8(4):147-51. Available from: <https://akademai.com/doi/full/10.1556/1646.8.2016.4.9>
- 21 Álvarez-Lerma F, Palomar-Martínez M, Sánchez-García M, Martínez-Alonso M, Álvarez-Rodríguez J, Lorente L, et al. Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: The Multimodal Approach of the Spanish ICU "Pneumonia Zero" Program. *Crit Care Med* [Internet]. 2018[cited 2019 Jun 6];46(2):181-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5770104/>
- 22 Wang L, Li X, Yang Z, Tang X, Yuan Q, Deng L, et al. Semi-recumbent position versus supine position for the prevention of ventilator-associated pneumonia in adults requiring mechanical ventilation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016[cited 2019 Feb 10]; 8(1): 1-62. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009946.pub2/full>
- 23 Diaz T, Zanone S, Charro-Smith C, Kamoun H, Barraís A. Oral care in ventilated intensive care unit patients: observing nursing behavior through standardization of oral hygiene tool placement. *Am J Infect Control* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 4]; 45(5): 559-61. Available from: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(16\)31105-1/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(16)31105-1/fulltext)
- 24 Silva GS, Gonçalves FAF, Bueno BRM, Ferreira GKS, Silva LP, Bueno BRMB, et al. Cuidados bucais em pacientes ventilados mecanicamente: conhecimento de enfermeiros de um hospital escola. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 2];8(4):13-9. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/932/410>
- 25 Nofal M, Subih M, Al-Kalaldehy M. Factors influencing compliance to the infection control precautions among nurses and physicians in Jordan: a cross-sectional study. *J Infect Prev* [Internet]. 2017[cited 2019 Jan 4]; 18(4):182-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28989525>
- 26 Ismail R, Zahran E. The effect of nurses training on ventilator-asso-

ciated pneumonia (VAP) prevention bundle on VAP incidence rate at a critical care unit. *J Nurs Educ Pract*[Internet]. 2015[cited 2019 Mar 9]; 5(12):43-8. Available from: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/6887>

27 Rigby R, Pegram A, Woodward S. Hand decontamination in clinical practice: a review of the evidence. *Br J Nurs*[Internet]. 2017[cited 2019 Mar 4]; 26(8):448-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28453321>

28 Yazici G, Bulut H. Efficacy of a care bundle to prevent multiple infections in the intensive care unit: a quasi-experimental pretest-posttest design study. *Appl Nurs Res*[Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 4]; 39:4-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29882644>

[tps://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716303731?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716303731?via%3Dihub)

29 Batra P, Mathur P, John N, Nair S, Aggarwal R, Soni K, et al. Impact of multifaceted preventive measures on ventilator-associated pneumonia at a single surgical centre. *Intensive Care Med*[Internet]. 2015[cited 2019 Jan 4]; 4(12):2231-32. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-015-4047-z>

30 Okgün AA, Demir KF, Uyar M. Prevention of ventilator-associated pneumonia: use of the care bundle approach. *Am J Infect Control*[Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 3]; 44(10):173-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27388264>

ESTRESSE OCUPACIONAL DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Jeane Lima Cavalcante¹

Antonio Germane Alves Pinto¹

Francisco Elizau do Brito Júnior¹

Maria Rosilene Cândido Moreira²

Maria do Socorro Vieira Lopes¹

Edilma Gomes Rocha Cavalcante¹

<https://orcid.org/0000-0001-9074-8263>

<https://orcid.org/0000-0002-4897-1178>

<https://orcid.org/0000-0002-3585-8467>

<https://orcid.org/0000-0002-9821-1935>

<https://orcid.org/0000-0003-1335-5487>

<https://orcid.org/0000-0002-6861-2383>

Objetivo: Avaliar o nível de estresse ocupacional em funcionários de uma universidade pública. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado no Núcleo de Práticas Integrativas à Saúde da Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, nos meses de setembro a novembro/2016. Participaram 130 funcionários, que responderam o questionário autoaplicável Escala de estresse do trabalho com 23 itens analisados por escala do tipo Likert de cinco pontos. Os dados foram organizados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0, submetidos à estatística descritiva e apresentados em tabelas. **Resultados:** A maioria dos funcionários apresentou nível baixo de estresse nas três categorias, porém 25,0% dos vigilantes apresentaram nível médio de estresse e 22,5% dos terceirizados, nível alto. No instrumento, das 23 afirmativas constatou-se que a maioria apresentou nível médio de estresse (média=2,16, DP=1,27); apenas um item de nível alto estava relacionado ao incomodo em relação à capacitação profissional. **Conclusão:** Identificaram-se números expressivos de nível médio de estresse entre os funcionários, o que se faz necessário discutir os processos de gestão e recursos humanos com vistas à diminuição do estresse no ambiente de trabalho.

Descritores: Estresse; Ambiente de trabalho; Saúde do trabalhador.

OCCUPATIONAL STRESS OF A PUBLIC UNIVERSITY EMPLOYEES

Objective: To evaluate the level of occupational stress in employees of a public university. **Methodology:** a descriptive study of a quantative approach, carried out at the Center for Integrative Practices in Health at the Regional University of Cariri, Crato, Ceará, from September to November / 2016. A total of 130 employees participated, who answered the self-administered questionnaire of the Work Stress Scale with 23 items analyzed by a five-point Likert scale. The data were organized in the Statistical Package for the Social Sciences, version 23.0, submitted to descriptive statistics and presented in graphs and tables.

Results: Most of the employees had a low level of stress in the three categories, but 25.0% of the caretakers presented medium stress level and 22.5% of the high level outsourced workers. In the instrument, of the 23 affirmations, it was verified that the majority had average level of stress (mean = 2.16, SD = 1.27); only one high-level item was related to the discomfort in relation to professional qualification. **Conclusion:** Significant numbers of mean level of stress were identified among employees, which makes it necessary to discuss management processes and human resources with a view to reducing stress in the work environment.

Descriptors: Stress; Desktop; Worker's Health.

ESTRÉS OCUPACIONAL DE UN TRABAJADORES DE UNIVERSIDAD PÚBLICA

Objetivo: Evaluar el nivel de estrés laboral en empleados de una universidad pública. **Metodología:** estudio descriptivo de un enfoque cuantitativo, realizado en el Centro de Prácticas Integrativas en Salud de la Universidad Regional de Cariri, Crato, Ceará, de septiembre a noviembre / 2016. Participaron un total de 130 empleados, que respondieron a la autoevaluación. cuestionario administrado de la Escala de estrés laboral con 23 ítems analizados por una escala de Likert de cinco puntos. Los datos se organizaron en el paquete estadístico para las ciencias sociales, versión 23.0, se enviaron a estadísticas descriptivas y se presentaron en gráficos y tablas. **Resultados:** la mayoría de los empleados tenían un bajo nivel de estrés en las tres categorías, pero el 25,0% de los cuidadores presentaban un nivel de estrés medio y el 22,5% de los trabajadores subcontratados de alto nivel. En el instrumento, de las 23 afirmaciones, se verificó que la mayoría tenía un nivel promedio de estrés (media = 2.16, SD = 1.27); solo un elemento de alto nivel se relacionó con la incomodidad en relación con la calificación profesional. **Conclusión:** Se identificaron números significativos de nivel medio de estrés entre los empleados, lo que hace necesario discutir los procesos de gestión y los recursos humanos con el fin de reducir el estrés en el entorno laboral.

Descriptores: Estrés; Escritorio; Salud del Trabajador.

¹Universidade Regional do Cariri - URCA.

²Universidade Federal do Cariri - UFCA.

Autor correspondente: Jeane Lima Cavalcante - Email:jeanecavalcante2009@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional é o esforço do organismo para adaptar-se às diferentes situações que lhe são postas, resultante de relações entre demanda psicológica e controle, associado ao processo laboral⁽¹⁾. A legislação previdenciária brasileira (Lei n. 3048 de 06/05/1999) reconhece o estresse desde 1999, como doença ocupacional, tornando-se um grave problema de saúde pública⁽²⁾.

Nessa perspectiva, a portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 traz como objetivos e estratégias: A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador; o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Essas medidas são de suma importância para resguardar a saúde do trabalhador e evitar futuros agravos à saúde, como a HAS⁽³⁾.

O estresse ocupacional é um dos principais fatores que comprometem a saúde do trabalhador, com prevalência associada à menor escolaridade, pior estrutura de trabalho, menor apoio social e alta exigência, que devem ser foco de intervenções por parte dos gestores da universidade, com o intuito de reduzir tanto o nível de estresse como de adoecimento⁽⁴⁾.

No Brasil, dados do boletim epidemiológico apontam que os transtornos mentais relacionados ao trabalho, entre 2006 e 2017, apresentam incapacidade temporária, impacto na vida laboral e social, no bem-estar com consequente notificação, custos aos sistemas de saúde e previdência⁽⁵⁾. Assim, as respostas do organismo frente ao estresse no trabalho são ocasionadas pela carga de trabalho elevada e o quadro dimensional que não corresponde à realidade. Essas condições repercutem na saúde do trabalho e pode ser identificado pelo número de afastamento e absenteísmo, estresse, desgastes físicos e emocionais, além do risco para acidente de trabalho^(6,7).

Diante de tais problemas, surge a necessidade da avaliação do estresse no trabalho. Desta forma, encontram-se na literatura alguns instrumentos, bem como, a Escala de Estresse no Trabalho (EET) que avalia os níveis de estresse no ambiente de trabalho⁽⁸⁾.

A EET é um questionário que avalia o estresse ocupacional, baseado em indicadores que foram elaborados a partir da análise da literatura sobre estressores organizacionais de natureza psicossocial e sobre reações psicológicas ao estresse ocupacional. A EET possui características psicométricas satisfatórias e pode contribuir, tanto para pesquisas sobre o tema, quanto para o diagnóstico do ambiente organizacional⁽⁸⁾.

Nesse sentido, este instrumento classifica o nível de estresse e apresenta-se como uma ferramenta importante para este estudo.

Frente à problemática, o interesse pelo estudo surgiu a partir da experiência como bolsista no Centro Universitário de Práticas Integrativas à Saúde (CUPIS), que atualmente tem a denominação de Núcleo Interdisciplinar de Apoio aos Servidores (NIAS). Neste contexto, observou-se que grande parte dos funcionários que procurava o ambulatório, apresentava-se cansados, sobrecarregados e muitas vezes sem motivação para realizar suas tarefas. Assim, percebeu-se a necessidade de se investigar o nível de estresse dos funcionários, tendo em vista ser um ambiente de trabalho com grande fluxo de pessoas e diversos trabalhos de cunho administrativos. Diante do exposto, teve-se o seguinte questionamento: Qual o nível de estresse ocupacional apresentado pelos funcionários?

Objetivou-se com este estudo, avaliar o nível de estresse ocupacional em funcionários de uma universidade pública, por meio das características dos participantes segundo variáveis sócio-demográficas e identificação dos níveis de estresse apontado pelos funcionários.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e prospectivo de abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

Dos 188 funcionários do Departamento pessoal da universidade, distribuídos em 84 efetivos, 86 terceirizados e 18 vigilantes; participaram do estudo 130 funcionários que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser funcionário, com idade entre 18 a 70 anos e estar realizando suas atividades laborais. Foram excluídos cinco funcionários que se encontravam de férias, três estavam de licença e 50 não compareceram.

Local do estudo

O estudo foi realizado no Núcleo Interdisciplinar de Apoio aos Servidores (NIAS) da Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará, Brasil, de uma instituição pública. O núcleo é voltado para o acompanhamento dos aspectos ocupacionais, sociais e psicológicos para os servidores da universidade. Realiza atividades preventivas e terapêuticas, sendo essencial para a promoção da saúde mental e bem estar do trabalhador.

Coleta de dados

Para coleta de dados, utilizou-se um formulário contendo na primeira parte as variáveis sociodemográficas e uma Escala de Estresse no trabalho (EET)⁽⁸⁾.

A versão da EET conta com 23 itens, que possuem características psicométricas satisfatórias ($\alpha=0,91$) e proporciona uma visão geral sobre o cotidiano dos funcionários dentro da instituição e envolvem afirmativas sobre: atribuições de trabalho; distribuição das tarefas, forma como ocorrem às comunicações durante o expediente; relações de poder entre funcionários e patrões, aspectos emocionais concernentes à rotina de trabalho; relacionamentos impessoais por parte da chefia e lacunas deixadas por falta de capacitações e estímulos dentro dos setores de serviço⁽⁸⁾.

O EET possui uma escala de concordância do tipo Likert de cinco pontos (1- discordo totalmente e 5-concordo totalmente), que são interpretados conforme os seguintes pontos de corte de nível de estresse: Baixo (1,00-2,00 - discordo totalmente e discordo), Médio (2,01 - 2,99 Concordo em parte) e Alto (3,00 - 5,00 concordo e concordo totalmente) (9). Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2016.

Procedimentos de análise

Na análise estatística utilizou-se o programa Statiscital Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0, foi realizada cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%), resumidas em médias e desvio-padrão.

Na EET, foram seguidas as instruções e cálculo do escore médio do instrumento total e ainda o escore médio de cada um dos itens, para averiguar o nível de estresse no ambiente laboral. Apresentados em tabelas e posteriormente foram discutidas com a literatura pertinente ao tema de estudo.

Procedimentos éticos

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Regional do Cariri, sob o Parecer 1.736.874, de acordo com a resolução 466/2012, houve consentimento das participantes com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na tabela 1, estão expostas as características sociodemográficas dos funcionários da Universidade Regional do Cariri, constituída em sua maioria pelo sexo feminino (52,0%), com maior proporção na faixa etária de 50 - 59 anos (42,7%), cor parda (64,6%) e casada (60,8%). Quanto à escolaridade, houve predominância do ensino superior completo (44,6%). No que diz respeito à categoria, a

proporção de funcionários de maior número foi a terceirizada (51,5%), seguido dos efetivos (39,2%).

Tabela 1 - Distribuição do número de funcionário segundo variáveis sociodemográficas, Crato, Ceará, Brasil, 2016.

Variável	F	%
Sexo		
Feminino	68	52,0
Masculino	62	48,0
Faixa etária		
22 - 39	31	23,7
40 - 49	31	23,7
50 - 59	55	42,7
60 - 69	13	9,9
Cor		
Branca	32	24,6
Parda	84	64,6
Amarela	3	2,3
Preta	10	7,7
Indígena	1	0,8
Estado civil		
Solteira (o)	38	29,2
Casada (o)	79	60,8
Viúva (o)	4	3,1
Separada (o)	5	3,8
Divorciada (o)	4	3,1
Escolaridade		
1º grau complete	13	10,0
2º grau complete	47	36,2
Superior complete	58	44,6
Pós - graduação	12	9,2
Categoria		
Efetivo (a)	51	39,2
Terceirizado (a)	67	51,5
Vigilante	12	9,3

F = Frequência

% = Porcentagem

Na Tabela 2, Identifica que a maioria dos funcionários apresentou nível baixo de estresse nas três categorias, porém, ressalta-se que 25,0% dos vigilantes apresentaram nível médio e 22,5% dos terceirizados apresentaram nível alto.

Tabela 2 – Distribuição dos níveis de estresse dos funcionários segundo a Escala de Estresse no Trabalho, Crato, Ceará, Brasil, 2016.

NE	EFETIVOS	%	TERCEIRIZADOS	%	VIGILANTES	%
1- Baixo	34	65,0	33	49,2	8	66,6
2- Médio	13	25,0	19	28,3	4	33,4
3- Alto	4	9,6	15	22,5	0	0,0
TOTAL	51	100	67	100	12	100

NE= Nível de Estresse
 % = Porcentagem

A Tabela 3 apresenta as 23 afirmativas que avaliam os níveis de estresse dos participantes no ambiente de trabalho, constatou-se que a maioria apresenta nível médio de estresse (61,0%), média= 2,3 que correspondem aos itens: 1(média=2,3), 2 (média=2,2), 3(média=2,3), 5(média=2,6), 6 (média=2,2), 7(media=2,2), 9 (média=2,1), 10 (média=2,2), 12 (média=2,4), 15 (média= 2,1), 16 (média=2,8), 17(média=2,0), 19(média=2,3) e 22 (média=2,2), que contêm estressores variados e reações emocionais relacionados à autonomia/controle; aos papéis e ambientes de trabalho; ao relacionamento com o chefe e as relações interpessoais e ao crescimento e valorização que apontou média total de 2,3. Apenas o item 13 constatou nível alto de estresse, correspondendo à deficiência nos treinamentos para capacitação profissional (média=3,0).

Tabela 3 – Distribuição das afirmativas dos níveis de estresse dos funcionários. Crato, Ceará, Brasil, 2016.

Escala de Estresse no Trabalho	M	DP	NE
1 - A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso.	2,38	1,30	Médio
2 - O tipo de controle existente no meu trabalho me irrita.	2,29	1,29	Médio
3 - A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante.	2,32	1,39	Médio
4 - Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho.	1,75	1,07	Baixo
5 - Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões do serviço.	2,68	1,42	Médio
6 - Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho.	2,25	1,31	Médio
7 - A falta de comunicação ente mim e meus colegas de trabalho me deixa irritado.	2,24	1,42	Médio
8 - Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho.	1,79	1,26	Baixo
9 - Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade.	2,15	1,23	Médio

10 - Fico de mau humor por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade.	2,08	1,27	Médio
11- Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior.	1,86	1,10	Baixo
12 - Fico irritado com discriminação/ favoritismo no meu ambiente de trabalho.	2,42	1,47	Médio
13 - Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional.	3,02	1,53	Alto
14 - Fico de mau humor por me sentir isolado no trabalho.	1,62	0,94	Baixo
15 - Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores.	2,18	1,38	Médio
16 - As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado.	2,83	1,54	Médio
17 - Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade.	2,02	1,26	Médio
18 - A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor.	1,92	1,11	Baixo
19 - A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem me causado irritação.	2,35	1,45	Médio
20 - Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias.	1,82	1,15	Baixo
21 - Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas.	1,77	1,05	Baixo
22 - O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso.	2,26	1,21	Médio
23 - Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes.	1,85	1,12	Baixo
TOTAL	2,16	1,27	Médio

M = Média
 DP = Desvio Padrão
 NE = Nível de Estresse

DISCUSSÃO

Este estudo consistiu em descrever o estresse ocupacional dos funcionários de uma Universidade Pública. Verificou-se que a participação predominante de mulheres com escolaridade superior completo e em envelhecimento. A distribuição e representatividade da força da mulher estão presentes nas universidades brasileiras, embora a representação no corpo docente ainda seja minoria⁽¹⁰⁾. Diante do exposto, a incorporação de práticas de promoção da saúde, de prevenção das incapacidades dos trabalhadores e da valorização de gênero devem ser uma das demandas a ser desenvolvida no grupo de apoio a saúde do trabalhador na universidade.

Quanto ao estresse, identificou-se que embora a maioria dos funcionários apresentasse baixo nível, há um número considerável com nível médio, principalmente entre os terceirizados. Resultado similar, em Canoas, Rio Grande do Sul,

também apontou nível médio do EET entre os funcionários⁽⁹⁾.

Estudo de revisão sistemática constata que os trabalhadores terceirizados sofrem maiores impactos na saúde mental, tais como o aumento de incidências de estresse, as doenças relacionadas ao trabalho, e os riscos de acidentes. Além da falta de treinamento, insegurança e de apoio atribuído ao trabalho as quais estão submetidos. Diante de tais evidências e repercussão no processo de saúde-doença para essa categoria, aponta a necessidade de discussão e manutenção de políticas trabalhistas que atendam suas necessidades⁽¹¹⁾. Embora na atualidade encontre-se em contrária pressão, cabe no espaço das instituições do ensino superior a elaboração de ações conjuntas na busca de direitos e projetos que possam minimizar os impactos na saúde dos trabalhadores.

No presente estudo, o baixo nível de estresse foi identificado nos itens que apontam as relações interpessoais dos trabalhadores com o coordenador/superior e o ambiente de trabalho, que estão ocorrendo de forma positiva. É importante ressaltar, que níveis altos de competição interna podem causar um estresse e assim prejudicar o rendimento pessoal e empresarial⁽¹²⁾.

Considerando as afirmativas que apontaram nível médio de estresse, a primeira que culmina no aumento da ansiedade e do nervosismo é a forma como as tarefas são distribuídas. O desempenho das atividades laborais entre servidores tem forte associação com suas competências e quando possuem alto controle sobre o trabalho, acabam assumindo maiores demandas⁽⁴⁾. Deste modo, é necessário que os gestores revejam essas tarefas, buscando distribuição adequada, com base na demanda a que se refere sua função. Merece destaque, a disposição de espaços para a discussão das insatisfações com o ambiente de trabalho e um plano de metas exequíveis no caminho da co-gestão.

No que diz respeito à independência na realização das tarefas e na tomada de decisões no seu ambiente de trabalho foi enquadrada em nível médio de estresse. A liberdade de ação dos funcionários está, muitas vezes, limitada/restrita por regimentos internos da própria instituição, ocasionando pequena participação efetiva dos servidores⁽¹³⁾. Assim é importante as instituições rever o nível de autonomia dos funcionários na realização de suas tarefas. Observa-se a importância da independência do indivíduo em relação aos objetivos e métodos que constituem o seu trabalho.

A insatisfação também foi indicada em relação à deficiência na divulgação de informações sobre decisões do serviço, a falta de informações sobre suas tarefas e a falta de informações entre os colegas no ambiente de trabalho. De fato, essas condições afetam diretamente o desempenho profissional e os resultados alcançados pela instituição, logo,

o bem estar físico e emocional durante o horário de expediente é considerada importante no contexto de trabalho⁽¹⁴⁾. Neste sentido, cabe à administração ou coordenador responsável pelo setor, diversificar as formas de informação e comunicação para minimizar o estresse e proporcionar um ambiente corporativo, que repercute na rotina de trabalho e na avaliação do desempenho.

No presente estudo, o nível médio de estresse desses funcionários esteve relacionado à realização de tarefas em tempo insuficiente, aquém de sua capacidade que causaram desconforto em relação às atividades a serem desenvolvidas. Diante disso, há manifestação de descontentamento devido às dificuldades de conciliar a vida profissional e familiar pelo excesso de trabalho. Consequentemente ocorre desgaste que afeta diretamente o estado psicológico, físico e comportamental de cada pessoa, provocando, assim, sentimentos como ansiedade e insatisfação⁽¹⁵⁾. Isto significa que as implicações diretas no processo de trabalho requerem uma análise das necessidades coletivas, para adoção de medidas destacando a educação permanente e a valorização dos funcionários quanto aos compromissos assumidos.

Outro fator de médio estresse, no presente estudo, se refere à discriminação/favoritismo no ambiente de trabalho, pouca valorização por parte dos superiores ou quanto não há pouca perspectiva de crescimento na carreira. Percebeu-se que são itens de angústia no ambiente de trabalho.

Diante do exposto, a instituição deve rever este aspecto, propiciando atividades que aumentem os sentimentos de valorização por parte dos gestores. O planejamento de carreira é algo feito cada vez mais individualmente pelos gestores, cabe aos seus superiores rever esta questão⁽¹⁶⁾.

As afirmativas 17 e 19 apresentaram nível médio e referem-se ao incômodo por trabalhar em tarefas abaixo do nível de habilidade e a falta de compreensão sobre quais são suas responsabilidades no ambiente de trabalho. Percebe-se que há poucas ações nas instituições voltadas para o crescimento do trabalhador como treinamentos, capacitações, reuniões de equipe, visando à satisfação no ambiente de trabalho⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, a única afirmativa que apresentou nível alto de estresse trata sobre a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional, apresentou maior média apurada na EET. Neste a maioria dos funcionários não estavam satisfeita pela falta de treinamentos de capacitação profissional, sendo um gerador de estresse no ambiente de trabalho. Percebe-se que grandes instituições, incluindo as empresas do setor público e privado, não investem em treinamentos profissionais. Assim como indica a pesquisa de Romero⁽⁹⁾, que também apresentou na afirmativa 13, nível alto de estresse.

O treinamento é um meio de influenciar positivamente a autoconfiança e eficácia, fazendo com que os funcionários fiquem mais dispostos a enfrentar as tarefas, estando satisfeitos em seu ambiente de trabalho⁽¹⁷⁾. Isto posto, cabe destacar que investir em treinamentos é uma necessidade fundamental em todos os níveis da instituição, pois gera vantagem competitiva pela disseminação de conhecimentos.

Ressalta-se que o estresse no trabalho depende da interação entre as características de um indivíduo e as condições no local de trabalho, pois as pessoas são diferentes em termos de personalidade como também pela maneira de lidar com as coisas. Assim, as situações causadoras de estresse que se diferenciam entre os trabalhadores, pois para alguns trabalhadores não provoca nenhuma tensão ou fator estressante, enquanto que para outros podem se tornar uma situação difícil de superar⁽¹⁸⁾.

Diante do exposto, torna-se fundamental considerar as relações estressantes existentes entre os trabalhadores, ambiente de trabalho e as formas como enfrentam as situações de estresse ocupacional. Assim a abordagem que coloca o estresse como foco, tem contribuído para a sua compreensão, particularmente, no que diz respeito à sua dinâmica e às suas formas de enfrentamento⁽¹⁹⁾. Nesse sentido, embora a maioria dos participantes do estudo tenha apresentado nível baixo de estresse, faz-se necessário o conhecimento desses níveis a fim de prevenir e promover um ambiente de trabalho saudável.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo pode-se apontar o seguimento transversal direcionado a variável de desfecho do nível de estresse diante do número de participantes do estudo e curto período para sua realização. Além da dificuldade de encontrar referências atuais sobre a temática.

Contribuições do estudo para a prática

Este estudo contribui para identificação do estresse ocupacional em servidores de uma instituição pública, com o propósito de que o NIAS possa disponibilizar um atendimento multidisciplinar, além de incentivar a gestão à elaborar estratégias que possam minimizar o nível de estresse no ambiente de trabalho.

CONCLUSÃO

No presente estudo, identificaram-se números expressivos de nível médio de estresse entre os funcionários avaliados, chamando a atenção para o incômodo em relação à capacitação profissional que apresentou nível alto entre os funcionários. Pode-se afirmar que esta exposição diária a diversos estressores, pode desencadear reações no indivíduo e podem contribuir para o desenvolvimento de patologias.

Logo, no ambiente estudado, se faz necessário discutir os processos de gestão e recursos humanos com vistas à diminuição do estresse no ambiente de trabalho. Para tal, uma gestão mais democrática do trabalho, que valorize e incentive com programas de capacitação profissional, aliada a um melhor dimensionamento de pessoal, poderia ser uma estratégia para aumentar o controle individual e diminuir o estresse dos processos de trabalho.

Nesse sentido, faz-se necessário que os funcionários de universidades públicas tenham incentivo institucional com programas à saúde do trabalhador, articulações com os cursos da própria universidade e grupos de extensão focada em incentivar a melhoria da qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Jeane Lima Cavalcante; Antonio Germane Alves Pinto; Francisco Elizaudo de Brito Júnior; Maria Rosilene Cândido Moreira; Maria do Socorro Vieira Lopes e Edilma Gomes Rocha Cavalcante.

REFERÊNCIAS

- 1- Vilas-Boas M, Cerqueira A. Avaliação do estresse no trabalho: a versão portuguesa do Job Content Questionnaire. *Aval Psicol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mai 17];16(1): 7-77. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1601.08>.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília-DF, 6 de maio de 1999; 178o da Independência e 111o da República. [Internet] 1999 [cited 2016 Out 12]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Ano CXLIX. Nº 165, Seção I: 46-51. [Internet] 2012 [cited 2016 Jul 6]. Available from: https://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.
- 4- Lopes SV, Silva MC. Estresse ocupacional e fatores associados em servidores públicos de uma universidade federal do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mai 17]; 23(11):3869-3880. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.28682015>.
- 5- Boletim Epidemiológico. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil. 2006-2017. *Pisat*. Edição nº 13, ano IX Abril/2019. [Internet]. 2019 [cited 2019 Mai 17]. Available from: https://sinait.org.br/docs/boletim_epidemiologico_do_programa_integrado_em_saude_ambiental_e_do_trabalhador.pdf.
- 6- Grebinski ATKG, Biederman FA, Berte C, Barreto GMS, Oliveira JLC, Santos EBI. Carga de trabalho e dimensionamento de enfermagem na UTI neo natal. *Enferm. foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mai 17]; 10(1): 24-28. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1468>
- 7- Carvalho DP, Rocha LP, Barlem JGT, Dias JS, Schallenger CD. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: Revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Mai 17]; 22(1): 01-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.46569>
- 8- Paschoal T, Tamayo A. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de psicologia*. [Internet]. 2004 [cited 2016 Jul 15]; 9(1): 45-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>
- 9- Romero SM, Oliveira LO, Nunes SC. Estresse no Ambiente Organizacional: estudo sobre o corpo gerencial. Universidade Luterana do Brasil - ULBRA. [Internet]. 2006 [cited 2016 Out 9]. Available from: https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos07/1215_SEGET0701Stress
- 10- Schultz CP, Guerini E, Oliveira MR, Oliveira ACDC. Perfil epidemiológico dos servidores de uma instituição federal de ensino superior do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*. [Internet]. 2016 [cited 2016 Set 20]; 3(1):25-40. Available from: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/download/9747/5479>
- 11- Mandarin MB, Alves AM, Sticca MG. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Psicol. Organ. Trab.* [Internet] 2016 [cited 2016 Jun 28]; 16:143-152. Available from: <https://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v16n2/v16n2a04.pdf>.
- 12- Silva LC, Salles TLA. O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. *Revista de Carreiras e Pessoas São Paulo*. [Internet] 2016 [cited 2016 Ago 19]; 6(2): 234-247. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ReCaPe/article/view/29361/20473>
- 13- Martins JC, Ribeiro JLLS. A participação dos servidores técnico-administrativos na avaliação institucional: o que dizem os relatórios autoavaliação institucional. *Revista da Avaliação da Educação Superior*. [Internet] 2018 [cited 2019 Mai 17]; 23(2): 509-530. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-40772018000200013>
- 14- Silveira RCP, Ribeiro IKS, Teixeira LN, Teixeira GS, Melo JMA, Dia SF. Bem-estar e saúde de docentes em instituição pública de ensino. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet] 2017 [cited 2019 Mai 17];11(3):1481-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13992/16855>
- 15- Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2017 [cited 2019 Mai 17]; 26(1):e3940015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>
- 16- Bellenzani R, Paro DM, Oliveira MC. Trabalho em saúde mental e estresse na equipe: questões para a política nacional de humanização/SUS, Campo Grande, Brasil. *Rev. Psicol. Saúde*. [Internet] 2016 [cited 2016 Out 13]; 8 (1): 32-43. Available from: https://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid...093X2016000100005.
- 17- Moreira ST, Freitas RR. Treinamento de servidores públicos em universidades federais. *Brazilian Journal of Production Engineering*. [Internet] 2019 [cited 2019 Mai 17] 5(1): 172-185. Available from: <http://periodicos.ufes.br/BJPE/index>
- 18- Boas AAV, Pires AAS, Faria DA, Morin EM. Indicadores de qualidade de vida no trabalho de docentes de instituições federais de ensino superior das regiões sudeste, centro-oeste e Distrito Federal. *Braz. Ap. Sci. Rev.* [Internet] 2018 [cited 2019 Mai 17]; 2(1): 19-51. Available from: <http://brazilianjournals.com/index.php/BASR/article/view/268>
- 19- Robazzi MLCC, Santos SVM, Dalri RCMB, Bardaquim VA, Xavier JJS, Silva LA et al., Bem-estar no ambiente de trabalho em escolas de enfermagem Brasileiras. *Rev. cienc. cuidad*. [Internet] 2019 [cited 2019 Mai 17]; 16(2):8-20. Available from: <https://doi.org/10.22463/17949831.1611>

OPINIÃO DAS FAMÍLIAS SOBRE AS ATIVIDADES LÚDICAS DESENVOLVIDAS COM CRIANÇAS NA ESCOLA ABORDANDO HÁBITOS SAUDÁVEIS

Bárbara Mohr da Silveir
Luciara Fabiane Sebold
Larissa Evangelista Ferreira
Juliana Balbinot Reis Girondi
Lúcia Nazarath Amante
Juliana Simas Justino

<https://orcid.org/0000-0003-4428-5346>
<https://orcid.org/0000-0002-5023-9058>
<https://orcid.org/0000-0002-5407-3761>
<https://orcid.org/0000-0002-3763-4176>
<https://orcid.org/0000-0002-5440-2094>
<https://orcid.org/0000-0001-7413-8270>

RESUMO: Objetivo conhecer a opinião dos pais acerca de atividades realizadas na escola sobre alimentação saudável e prática de atividades físicas. Metodologia: Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, realizado com 51 famílias e seus respectivos filhos, através de questionário de opinião. Resultados: Nos relatos as família abordaram questões como a mudança de hábitos visualizados em seus filhos após a realização de atividades na escola, assim como deram opiniões sobre o ensino da temática na escola e formas de debater estes temas no ambiente escolar. Conclusão: As atividades de abordagem lúdica possuem significados singular para as crianças no ensino de hábitos saudáveis no ambiente escolar e suas repercussões nas relações familiares podem favorecer a adesão de melhores hábitos de vida.

Descritores: Educação em saúde; Relações Familiares; Enfermagem.

FAMILY VIEWS ON LIVING ACTIVITIES DEVELOPED WITH CHILDREN AT SCHOOL ADDRESSING HEALTHY HABITS

A healthy life can contribute in many ways to the health of individuals. One way to have a healthy life is by eating healthy foods and regular physical activity. The insertion of these habits in daily life from childhood can contribute to a healthier adult life. This study aimed to know the parents' opinion about the activities carried out in the school about healthy eating and physical activity practice. A descriptive and exploratory study of a qualitative approach, carried out with 51 parents and / or guardians and their respective children. In the reports, the parents addressed issues such as the change of habits seen in their children after school activities, as well as opinions about the teaching of the subject at school and ways to discuss these issues in the school environment. Finally, activities of playful approach have singular meanings for children in teaching healthy habits in the school environment.

Descriptors: Health education; Family relationships; Nursing.

OPINIÓN DE LAS FAMILIAS SOBRE LAS ACTIVIDADES LÚDICAS DESARROLLADAS CON NIÑOS EN LA ESCUELA ABORDANDO HÁBITOS SALUDABLES

Una vida sana puede contribuir de innumerables formas en la salud de los individuos. Una forma de tener una vida saludable es a través del consumo de alimentos saludables y la práctica regular de las actividades físicas. La inserción de estos hábitos en el cotidiano desde la infancia puede contribuir a una vida adulta con más salud. Este estudio tuvo como objetivo conocer la opinión de los padres sobre las actividades realizadas en la escuela sobre alimentación sana y práctica de actividades físicas. Estudio descriptivo y exploratorio de abordaje cualitativo, realizado con 51 padres y / o responsables y sus respectivos hijos. En los relatos los padres abordaron cuestiones como el cambio de hábitos visualizados en sus hijos después de la realización de actividades en la escuela, así como dieron opiniones sobre la enseñanza de la temática en la escuela y formas de debatir estos temas en el ambiente escolar. Por último, las actividades de abordaje lúdico poseen significados singular para los niños en la enseñanza de hábitos saludables en el ambiente escolar.

Descriptor: Educación en salud; Relaciones Familiares; Enfermería.

¹Imperial Hospital de Caridade, Florianópolis/SC.

²Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC/SC.

Autor correspondente: Bárbara Mohr da Silveira. Email: barbaramohrs@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os hábitos saudáveis permeiam as questões de saúde da população e, estão diretamente ligados com o fato do ser ou não saudável, além de estar associada ao surgimento de doenças crônicas. Como forma de manter hábitos saudáveis, cita-se o consumo de uma alimentação saudável e a prática regular de atividades físicas⁽¹⁾.

Neste sentido, uma alimentação para ser classificada como saudável, além de ir ao encontro com os aspectos biológicos e socioculturais de cada indivíduo, deve estar associada ao uso sustentável do meio ambiente, ser consoante com as necessidades de cada fase da vida dos indivíduos, embasada na cultura alimentar, e, por fim deve ser acessível na perspectiva financeira, harmônica em quantidade e qualidade⁽²⁾.

O hábito do consumo de uma alimentação pode promover influência tanto na prevenção como também no desenvolvimento de doenças, neste sentido, a manutenção de uma vida saudável, por meio do consumo de alimentos saudáveis associada a prática regular de atividades físicas auxiliam na redução da prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) na população⁽³⁻⁴⁻⁵⁾.

Os hábitos saudáveis, alimentação e atividades físicas precisam ser estimuladas desde o nascimento e se manter até o final da vida. Nas crianças em particular pode ser reforçado no ambiente escolar, pois é um local onde as mesmas estão receptivas para novos aprendizados, podendo assim, as atividades influenciarem de modo positivo em seus estilos de vida assim como em suas famílias⁽⁶⁾.

Diante disto, questiona-se: Quais as opiniões das famílias sobre as atividades educativas desenvolvidas com as crianças na escola abordando hábitos saudáveis?

Este estudo teve como objetivo conhecer a opinião das famílias sobre as atividades educativas desenvolvidas com as crianças na escola abordando hábitos saudáveis

MÉTODO

Tipo de Estudo

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa.

Participantes da pesquisa

Participaram das atividades lúdicas 51 crianças e suas respectivas famílias que relataram suas opiniões sobre as atividades realizadas. Os critérios de inclusão foram: crianças na faixa etária entre seis a 9 anos. E os critérios de exclusão foram crianças ausentes durante três dias de atividades consecutivos.

Local do estudo

Escola da rede pública de educação em um município da grande Florianópolis - Santa Catarina

Coleta dos dados

Antes do início das atividades com as crianças na escola, foi realizada uma reunião com as famílias com o objetivo de esclarecimento sobre o projeto e o consentimento dos mesmos.

A partir do consentimento das famílias foram realizadas cinco atividades lúdicas, quinzenalmente, com as crianças que contemplavam aspectos de alimentação saudável e prática de atividades físicas.

A primeira atividade foi o jogo da memória. O objetivo desta era o reconhecimento dos alimentos, por meio de imagens de frutas e verduras impressas da internet. Para a segunda atividade foi construída uma Pirâmide dos Alimentos, como este assunto já havia sido tratado durante as aulas das crianças, definiu-se que seria uma boa forma das crianças relembrarem a temática. A terceira atividade intitulada "Recriando Pratos Lúdicos", tinha como objetivo a reprodução de pratos temáticos utilizando frutas e verduras in natura para que as crianças manipulassem os alimentos. A quarta atividade denominada "Caixa Misteriosa", tinha como intuito a degustação de alimentos às cegas, a caixa utilizada na atividade possui uma abertura redonda que faz ligação com a sua parte posterior, transformando assim em uma canal de comunicação, assim, a parte frontal fica voltada às crianças, as quais não visualizam o que possui na parte posterior, que por sua vez, possui os alimentos devidamente higienizados e picados. Nessa atividade, os participantes com os olhos fechados, devem colocar as mãos através da abertura da caixa, pegar um alimento e através dos seus sentidos como olfato, tato e paladar tenta descobrir o que está degustando. Por fim, como quinta atividade foi prática de exercícios físicos chamada "Pega Bandeira". As turmas foram divididas em dois grupos, e após a divisão cada uma das equipes ganhou uma bandeira. Cada equipe tinha o objetivo de capturar a bandeira da equipe oposta ao mesmo tempo em que defendia a sua.

Após a realização das atividades, foi enviado às famílias, através das crianças, um questionário estruturado que continha questões fechadas e abertas, e essas abordavam as opiniões quanto às atividades que foram realizadas na escola com seus filhos sobre alimentação saudável e a prática de atividades físicas. O período para a realização das atividades e coleta dos dados aconteceram nos meses de março a junho de 2018.

Procedimentos de análise dos dados

Após a organização das respostas iniciou-se a análise dos dados que se deu por meio da proposta da Análise de Conteúdo, que tem como objetivo a categorização dos dados para melhor interpretação dos achados no estudo. A análise de conteúdos segundo Bardin pode ser compreendida em três

fases: a pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados⁽⁷⁾.

Procedimentos éticos

Foram respeitados todos os aspectos éticos descritos na resolução 466/2012 e com a aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, através do Parecer: Nº 2.190.570. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Para preservar o anonimato dos participantes, identificou-se as opiniões das famílias com a letra "F" seguido pelo algarismo arábico.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados surgiram três categorias: Mudanças observadas nos hábitos cotidianos e nos discursos das crianças; O ensino dos hábitos saudáveis na escola; e Formas de abordar a temática na escola.

Mudanças observadas nos hábitos cotidianos e nos discursos das crianças

Os pais perceberam algumas mudanças tanto comportamentais quanto nas falas das crianças, pois os mesmos compartilhavam com suas famílias as novidades que aprendiam durante as atividades na escola.

Alguns pais relataram que os filhos passaram a realizar mais atividades físicas, como por exemplo andar de bicicleta e até mesmo realizar atividades juntos aos pais, como demonstrado abaixo:

"Meu filho está comendo mais frutas e verduras, também está andando mais de bicicleta." (F26)

"Ele faz os exercícios com a mãe exercício e faz caminhada." (F29)

"[...] sobre atividades físicas também ficou mais disposta." (F36)

"[...]comendo mais frutas e andando de bicicleta." (F42)

"Ele tem praticado mais exercícios comigo em casa, como pular corda, salto em distância." (F48)

Em outras falas, os pais comentaram sobre as crianças demonstrarem interesse em experimentar alimentos diferentes antes não provados, e ingerir mais frutas e verduras, como exemplificadas nos relatos abaixo:

"Ela passou a consumir mais frutas. Aumentou a sua aceitação em experimentar o que não conhece." (F1)

"[...] têm 7 anos e nunca provou uma fruta e começou a aceitá-los desde então." (F3)

"Agora come algumas verduras que não comia antes." (F5)

"A experimentar frutas que antes não comia." (F7)

"[...] antes ela não conhecia o kiwi, agora ela gosta e pede pra comprar." (F15)

"Ele descobriu o gosto por outros alimentos que ainda era

resistente à experimentar." (F50)

"[...] experimentou alimentos diferentes, sendo que ela é muito resistente a frutas e verduras." (F51)

O ensino de hábitos saudáveis na escola

Os pais trouxeram em suas opiniões sobre o ensino dos hábitos saudáveis no ambiente escolar. Surgiram falas que relacionam o ensino da saúde na escola e a sua importância para o desenvolvimento e manutenção da saúde das crianças.

"Excelente, pois está formando conceitos e padrões de comportamento que geram saúde e bem estar físico e emocional." (F4)

"Acho muito bom e importante para o futuro deles em questão de saúde. Com certeza no futuro irão se lembrar o que foi falado na escola." (F5)

"Acho bom porque os incentiva a se alimentar melhor e os incentiva também a praticar esportes." (F6)

"Para as crianças que não tem hábitos alimentares saudáveis, tudo o que for apresentado a elas de maneira interessante pode se transformar em curiosidade e a partir daí virar costume se alimentar bem e questionar o que faz mal à saúde." (F23)

"Isso é importante para a saúde da criança e seu próprio desenvolvimento." (F24)

"Eu acho muito importante ele já ter o conhecimento dentro da escola e saber que a alimentação saudável é muito importante. E as atividades físicas também, pois em casa tento mostrar as melhores maneiras pra ele." (F26)

"[...] porque assim eles aprendem que os alimentos saudáveis fazem bem para a saúde e que a atividade física também é bom." (F37)

"Acho de super importante o incentivo desde a infância, assim crescerão com bons hábitos saudáveis e serão prevenidos de problemas futuros, como a obesidade infantil que tem aumentado consideravelmente nos últimos anos." (F48)

Algumas famílias trouxeram como relevante o fato de a criança estar no ambiente com os seus colegas, pois assim os estimula a experimentarem novos alimentos, como demonstradas abaixo:

"É muito importante, pois o fato de estar entre os amiguinhos, motiva mais a criança a aderir o que é proposto." (F1)

"Bom, porque assim ela vê outras querendo e aceitando outros alimentos e também tem vontade de experimentar, o mesmo se diz as atividades esportivas." (F39)

"É muito interessante, principalmente na alimentação porque ele vendo outras crianças comendo ele também se interessa." (F46)

"Sou completamente a favor, pois ele vendo seus amigos provando facilitará para o seu consumo." (F3)

Outras famílias relataram a importância da continuidade

do ensino da temática no ambiente escolar.

“Se for de forma contínua (todo o ano letivo) acho que faria mais diferença sim, aprender mais sobre verduras, frutas e saladas e os benefícios delas, despertaria a curiosidade da criança em experimentar.” (F19)

“É de muita importância, porém acho que deve ser um trabalho contínuo incluindo todas as séries.” (F28)

“[...] eu como mãe acho muito bom e devia continuar, porque a [...] é muito alérgica e o médico pediu para ser mais saudável.” (F40)

Formas de abordar os hábitos saudáveis na escola

Nesta categoria, os familiares opinam sobre as formas com que a temática poderia ser abordada na escola. Elencam como essencial o ensino da temática através de brincadeiras, atividades recreativas e conversas, ou seja atividades lúdica.

“Estimulando as crianças a comer o que nunca provaram, e oferecendo sempre uma fruta depois do lanche, como: banana, maçã ou laranja. Importante também oferecer frutas da época, como esse mês em nossa região encontra-se em abundância a bergamota e a laranja.” (F15)

“Incluindo aulas de culinária, promovendo lanche saudável, introduzir o dia da fruta, disponibilizar aulas de vôlei e futebol mais vezes na semana no contraturno.” (F17)

“Ofertando alimentos saudáveis, oferecendo palestras aos pais e alunos e proporcionando atividades físicas que tenham a participação da família.” (F23)

“Através de trabalhos e brincadeiras envolvendo as crianças, como oficinas feitas na cozinha, piqueniques nas turmas ou um dia por semana trabalhar essa alimentação.” (F35)

“Na questão da alimentação, talvez poderiam ter aulas práticas com o contato da criança no alimento. Trazer mais modalidades de esportes para despertar algo que se identifiquem e talvez tenham o dom, mas por falta do conhecimento muitas vezes passa despercebido.” (F48)

DISCUSSÃO

Tratar de temas voltados a saúde nas escolas, incluindo a alimentação saudável e a prática de atividades físicas, contribui para a reflexão das crianças sobre seus próprios hábitos e para a inserção de mudanças no seu cotidiano, para tanto, é de extrema importância que haja um incentivo a estas práticas na escola, principalmente se as intervenções forem voltadas ao lúdico, porém, para que serem efetivas, a temática deva ser abordada de forma transversal no currículo das escolas⁽⁸⁾.

A realização de atividades lúdicas com crianças, é uma maneira de promover o aprendizado de uma forma facilitada e diferenciada, pois o aprender através de brincadeiras possibilita a aquisição de conhecimentos de forma mais descon-

traída e dinâmica, ressalta-se que o lúdico chama a atenção dos alunos e os estimula a participar, instigando neles a curiosidade e o desejo de aprender mais sobre os conhecimentos que estão sendo repassados no ambiente escolar e em suas vidas⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Percebeu-se que os resultados deste estudo apresentam semelhanças com o estudo que abordam os temas relacionados à saúde através de atividades lúdicas e realizadas de forma divertida possuem grande eficácia na divulgação de conhecimentos, principalmente sobre alimentação saudável e a prática de atividades físicas, além de auxiliar na adesão e manutenção dos bons hábitos devido ao maior envolvimento das crianças nas atividades⁽¹¹⁾.

As famílias do estudo demonstraram em suas opiniões preocupação com seus filhos e o desenvolvimento de doenças, como a obesidade. No Brasil, o número de casos de sobrepeso e a obesidade vêm crescendo, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, em todos os níveis de renda⁽¹²⁾.

Esse aumento de casos está relacionado aos elevados índices de inatividade físicas, aliado a uma alimentação rica em alimentos gordurosos, as quais possuem alta densidade energética, porém baixa concentração de nutrientes, possuem relação direta com os valores no aumento da obesidade e outras doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e outras doenças cardiovasculares⁽²⁻¹³⁾.

Como fator significativo para o aumento dos índices de obesidade tem-se o alto consumo dos alimentos industrializados e multiprocessados, que possuem em sua composição grande quantidades de açúcares, gorduras e outros ingredientes prejudiciais à saúde, associado à inatividade física, e o estilo de vida das famílias, que por falta de tempo para realizarem refeições completas, e saudáveis aumentam o consumo de alimentos industrializados que são mais rápido e que facilita o dia a dia⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Outra questão que pode contribuir para o aumento do consumo de alimentos industrializados, é a veiculação midiática, onde o marketing alimentar é maciço, as empresas buscam vender cada vez mais produtos e, para tanto, fazem uso do lúdico, utilizando bonecos e outros personagens infantis, tendo assim influência direta nos hábitos alimentares principalmente das crianças, as quais acabam tendo uma alimentação rica em açúcares e gorduras⁽¹⁶⁾.

Mais especificamente sobre a alimentação de escolares, pode-se observar que a alimentação desta faixa etária possui níveis significantes de açúcar e sódio, o que pode gerar determinados impactos e repercussões para suas vidas adultas⁽¹⁷⁾.

Os hábitos que os indivíduos levam para suas vidas adultas, em sua maioria são criados na infância, por isso, o costume e o conhecimento acerca da importância de manter uma alimentação saudável principalmente no combate às doenças

crônicas deve estar presente na vida cotidiana desde a primeira infância⁽¹⁸⁾.

O ensino e o aconselhamento sobre as relações da prática de exercícios físicos e hábito de alimentação saudável, tem como maior objetivo de levar o conhecimento para promoção da saúde da população em geral, e principalmente, em crianças (19). E neste aspecto o contexto familiar, pode promover a interação das crianças com os alimentos de forma mais saudável possível⁽²⁰⁾.

Portanto, é necessário a inclusão das famílias nas atividades escolares, na construção do aprendizado, e na consequente formação de hábitos das crianças. Sendo que estas podem estar associadas ao uso de jogos, associado ao Política de Saúde na Escola, sendo considerada uma ferramenta importante para as equipes de atenção primária, assim como para os profissionais da educação, uma vez que proporcionam ações sustentáveis se desenvolvidas e compartilhadas de maneira igual com pais, educadores e profissionais de saúde⁽²¹⁾.

Em um estudo que buscava a opinião dos pais sobre as atividades na escola de ensino fundamental e médio, demonstrou que a forma lúdica envolvendo o brincar, refletir e aprender, despertam nas famílias o desejo de outras atividades de educação em saúde⁽²²⁾.

Para tanto, o ambiente escolar é considerado um lugar propício para a disseminação de informações e também para o estímulo de práticas saudáveis, contribuindo assim para a promoção da saúde em longo prazo, diminuindo as chances do desenvolvimento da obesidade tanto na infância quanto da vida adulta⁽¹¹⁾.

Assim, a escola, as crianças e suas famílias podem ser estimuladas a desenvolver hábitos de vida saudáveis e que poderão perdurar para a vida adulta.

Limitações do estudo

Acredita-se que as limitações deste estudo foram a quantidade de atividades realizadas com as crianças, pois sabe-se que não foram suficientes para promover mudanças mais visíveis e, por isso recomenda-se mais estudos sobre essa temática. Para tanto, indica-se a realização de novos estudos nesta temática com metodologias semelhantes, para que seja possível observar maiores mudanças nos hábitos das crianças.

Contribuições do estudo para a prática de enfermagem

A contribuição está na riqueza de cuidados que podem ser desenvolvidos no ambiente escolar, principalmente quando se pensa em duas vertentes: no papel do enfermeiro como educador e na promoção da saúde das crianças no ambiente escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível conhecer as opiniões das famílias em relação às atividades que foram realizadas com as crianças sobre alimentação saudável e prática de atividades físicas, assim como outras preocupações relacionadas a saúde das crianças.

Pode-se observar que as famílias perceberam mudanças, por mais que fossem sutis, nos hábitos alimentares das crianças, onde relataram que seus filhos, após as atividades realizadas, demonstraram maior interesse em experimentar novos alimentos e também aumentaram o seu consumo de frutas e verduras, assim como passaram a praticar mais atividades físicas.

Algumas famílias reforçaram a importância do ensino da temática na escola para a promoção da saúde das crianças, com isso, pode-se concluir que os mesmos percebem o quão é importante a manutenção de bons hábitos nas crianças para a prevenção de doenças na vida adulta. Desta forma, as atividades lúdicas são efetivas para o incentivo de mudanças nos hábitos cotidianos das crianças.

Para tanto, indica-se a realização de novos estudos nesta temática com metodologias semelhantes, para que seja possível observar maiores mudanças nos hábitos das crianças.

Contribuição dos autores

Bárbara Mohr da Silveira: Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Luciana Fabiane Sebold: Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Larissa Evangelista Ferreira: Análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final;

Juliana Balbinot Reis Girondi: Redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Lúcia Nazareth Amante: Redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Juliana Simas Justino: Redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Toledo MTT, Abreu MN, Lopesi ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 19];47(3):540-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000300540&script=sci_abstract&tlng=pt
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Souza EB. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cadernos Unifoa* [Internet]. 2010 [cited 2018 Ago 17];3:49-53. Available from: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/1025>
4. Bezerra IN, Cavalcante JB, Moreira TMV, Mota CC, Sicheiri R. Alimentação fora de casa e excesso de peso: uma análise dos mecanismos explicativos. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2018 Ago 17];29(3):455-461. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5240>
5. Silva ADC, Castro AGO, Pereira APN, Souza AAR, Amorim PRA, Reis RC. Hábitos alimentares e sedentarismo em crianças e adolescentes com obesidade na admissão do programa de obesidade do hospital universitário bettina ferro de souza. *Rbone* [Internet]. 2017 [cited 2018 Ago 17];11(61):39-46. Available from: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/486>
6. Bernardi AP, Maciel MA, Baratto I. Educação nutricional e alimentação saudável para alunos da Universidade Aberta a Terceira Idade (UNATI). *Rbone* [Internet]. 2017 [cited 2018 Ago 17];11(64):224-231. Available from: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/523>
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5 ed. São Paulo: Almedina; 2011.
8. Silva FMA, Smith-Menezes A, Duarte MFS. Consumo de frutas e vegetais associado a outros comportamentos de risco em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2018 Ago 18];34(3):309-315. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n3/pt_0103-0582-rpp-34-03-0309.pdf
9. Kaufmann-Sacchetto K, Madaschi V, Barbosa GHL, Silva PL, Silva RCT, Filipe BTC, Souza-Silva JR. O ambiente lúdico como fator motivacional na aprendizagem escolar. *Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento* [Internet]. 2011 [cited 2018 Ago 18];11(1):28-36. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11170/6934>
10. Ferreira MLS. A brincadeira e o aprender: um olhar psicopedagógico do processo de aprendizagem infantil [Trabalho de Conclusão de Curso]. Curso de Pedagogia: Universidade Federal da Pará, 2016.
11. Lopes MMD, Della BL. Educação nutricional e práticas alimentares saudáveis na infância. *REINPEC* [Internet]. 2017 [cited 2018 Ago 18];3(1):200-210. Available from: <http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/264>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008- 2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil - [cited 2018 Ago 17]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>
13. Silva JG, Teixeira MLO, Ferreira MA. Eating during adolescence and its relations with adolescent health. *Text Context Nursing* [Internet]. 2014 [cited 2018 Ago 18];23(4): 1095-1103. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-01095.pdf>
14. Louzada MLC, Martins APB, Cannela DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, Moubarac J, Cannon G, Monteiro CA. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2018 Ago 18];49(38):1-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100227&script=sci_arttext&tlng=pt
15. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúd* [Internet]. 2015 [cited 2018 Ago 18];24(2):257-265. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000200257&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Santana MKL, Oliveira CM, Clemente HA. Influência da publicidade de alimentos direcionada ao público infantil na formação de hábitos alimentares. *Revista Uni-rn* [Internet]. 2015 [cited 2018 Ago 18];14(1/2):125-136. Available from: <http://www.revistas.unirn.edu.br/index.php/revistaunirn/article/view/355/300>
17. Fisberg M, Previdelli AN, Del'Arco APWT, Tosatti A, Nogueira-de-Almeid CA. Hábito alimentar nos lanches intermediários de crianças escolares brasileiras de 7 a 11 anos: estudo em amostra nacional representativa. *International Journal Of Nutrology* [Internet]. 2016 [cited 2018 Ago 18];9(4):225-236. Available from: <http://nutrociencia.com.br/wp-content/uploads/2017/01/2016-NutriBrasil-7-a-11-anos-1.pdf>
18. Silveira MGG. *Prevenção da obesidade e de doenças do adulto na infância*. 1 V. Petrópolis: Vozes, 2017.
19. Lopes ACS, Toledo MTT, Câmara AMCS, Menzel HK, Santos LC. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. *Epidemiol. Serv. Saúd* [Internet]. 2014 [cited 2018 Ago 18];23(3):475-486. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000300475&script=sci_abstract&tlng=pt
20. Silva GAP, Costa KAO, Giugliani ERJ. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2017 Ago 17];92(3):52-57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000400002#aff1
21. Vasconcelos CMR, Vasconcelos EMR, Vasconcelos MGL, Azevedo SB, Raposo MCF, Vasconcelos ALR. Validation of an educational tool on healthy eating for schoolchildren. *Rev. Nutr* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 18];31(5):479-488. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732018000500479&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652018000500005>.
22. Souza TCF, Carvalho JN. A percepção de pais sobre projeto de extensão universitária em escola amazônica. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 18];9(3):25-29. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1148>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO NARRATIVA

Mauro Mota¹

Madalena Cunha²

Margarida Santos³

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha⁴

Mónica Alves⁵

Nuno Marques⁵

<https://orcid.org/0000-0001-8188-6533>

<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

<https://orcid.org/0000-0002-7948-9317>

<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

<https://orcid.org/0000-0003-0231-038X>

<https://orcid.org/0000-0002-8842-4347>

Objetivo: Construir algoritmos de intervenção de enfermagem pré-hospitalar para vítimas de trauma. **Metodologia:** Revisão Narrativa da Literatura, entre 2008 e 2019, nas principais bases de dados. Dois revisores independentes realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados. A construção dos algoritmos resultou do processo interpretativo da revisão narrativa por três peritos na área. Utilizou-se o modelo teórico de Virginia Henderson. **Resultados:** Obtiveram-se 17 documentos, seis foram incluídos no desenvolvimento dos metaparadigmas Saúde, Pessoa e Ambiente e 16 na elaboração e construção de Algoritmos de avaliação, diagnóstico e intervenções de enfermagem às vítimas de trauma. **Conclusões:** A revisão possibilitou a operacionalização do modelo teórico de Henderson para a assistência pré-hospitalar permitindo a criação de algoritmos orientadores da prática de enfermagem.

Descritores: Enfermagem Baseada em Evidências; Teoria de Enfermagem; Trauma; Assistência Pré-Hospitalar; Assistência de Enfermagem.

PRE-HOSPITAL NURSING INTERVENTIONS: NARRATIVE REVIEW

Objective: To construct pre-hospital nursing intervention algorithms for trauma victims.

Methodology: Literature Narrative Review, between 2008 and 2019, in the main databases. Two independent reviewers carried out the critical evaluation, extraction and synthesis of data. The construction of the algorithms resulted from the interpretive process of the narrative review by three experts. The theoretical model of Virginia Henderson was used. **Results:** Seventeen documents were obtained, six were included in the development of the metaparadigm Health, Person and Environment and 16 were included in the development and construction of assessment, diagnosis and nursing interventions algorithms for trauma victims. **Conclusions:** The review enabled the operationalization of Henderson's theoretical model for pre-hospital care, allowing the creation of algorithms to guide nursing practice.

Descriptors: Evidence-based Nursing; Nursing Theory; Trauma; Prehospital Care; Nursing Care.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PREHOSPITALARIA: REVISIÓN NARRATIVA

Objetivo: Construir algoritmos de intervención de enfermería prehospitalaria para víctimas de traumatismos. **Metodología:** Revisión narrativa de literatura, entre 2008 y 2019, en las principales bases de datos. Dos revisores independientes realizaron la evaluación crítica, extracción y síntesis de los datos. La construcción de los algoritmos fue el resultado del proceso interpretativo de la revisión por parte de tres expertos. Se utilizó el modelo de Virginia Henderson. **Resultados:** Se obtuvieron diecisiete documentos, seis se incluyeron en el desarrollo de los metaparadigmas y 16 se incluyeron en el desarrollo y construcción de algoritmos de evaluación, diagnóstico e intervenciones de enfermería. **Conclusiones:** La revisión permitió la operacionalización del modelo de Henderson para la atención prehospitalaria, permitiendo la creación de algoritmos.

Descritores: Enfermería Basada en la Evidencia; Teoría de Enfermería; Trauma; Atención Prehospitalaria; Atención de Enfermería.

¹Universidade do Porto, Porto, Portugal

²Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.

³Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

⁴Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP.

⁵Ambulância de Suporte Imediato de Vida - Instituto Nacional de Emergência Médica, Tondela, Portugal.

Autor correspondente: Mauro Mota. E-mail: maurolopesmota@gmail.com

INTRODUÇÃO

O trauma é responsável por elevados índices de mortalidade e morbidade, sendo a causa mais frequente de morte em pessoas com menos de 40 anos⁽¹⁾.

A multiplicidade de lesões decorrentes de um evento traumático coloca as vítimas em risco de vida. A mortalidade e morbidade consequente a estes eventos é preocupante sendo os Cuidados de Enfermagem (CE) imprescindíveis no socorro imediato. As intervenções autónomas e/ou interdependentes realizadas pelos enfermeiros visam a conservação da vida, sendo o controle de hemorragias externas, manutenção da via aérea, correta imobilização da pessoa e transporte diferenciado para unidades hospitalares de referência medidas a serem implementadas precocemente⁽²⁾. Estas medidas são incorporadas num planeamento que deve centrar-se na pessoa, pelo que consideramos o modelo das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Virginia Henderson adequado para planejar os cuidados que melhor suportam e orientam as práticas dos enfermeiros.

Na atualidade, fruto de diferentes concepções teóricas e opções estratégicas na operacionalização do socorro no pré-hospitalar nos diversos sistemas de saúde a nível mundial, as linhas conceituais orientadoras da prática de enfermagem nesta área alicerçam-se essencialmente na lógica do modelo biomédico, cuja operacionalização se consubstancia em protocolos rígidos e definidos em função da dicotomia saúde/doença. Conscientes das particularidades vigentes nas vítimas de trauma e do contexto em que as intervenções de enfermagem são implementadas, procurou-se com esta investigação redefinir princípios orientadores da prática de enfermagem, suportados em algoritmos dirigidos para aspectos absolutamente cruciais no socorro, capazes de, em conjunto, constituir-se num referencial de suporte à metodologia científica em que deve assentar-se o processo de cuidar em enfermagem⁽³⁾.

Na realidade portuguesa, os enfermeiros das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (ASIV) têm por missão prestar cuidados diferenciados e projetam nas suas intervenções melhorar os cuidados no contexto pré-hospitalar, através da implementação de protocolos que se baseiam na avaliação realizada pelo enfermeiro. Os diagnósticos relacionam-se com as lesões que a pessoa aparenta possuir, sendo, todavia, contraproducente descartar a existência de outras potenciais lesões, pelo que impera uma análise e exploração da cinemática do acidente. Após implementação das intervenções prescritas/previstas em protocolo(s)⁽⁴⁾, o enfermeiro avalia a eficácia das mesmas pela resposta verbal e/ou hemodinâmica/fisiológica da pessoa.

Os modelos conceptuais de Enfermagem são pilares fundamentais na clarificação das especificidades dos

cuidados prestados pelos enfermeiros à comunidade⁽⁵⁾, daí a pertinência de explicar as intervenções da Enfermagem Pré-hospitalar (EPH) à luz de um referencial teórico.

Henderson equiparou saúde e independência, e apoiando-se em diferentes definições, sustentou a sua tese associando a saúde à capacidade do doente satisfazer as 14 NHB⁽⁶⁾: respiração, comida e bebida, eliminação, movimento, descanso e sono, roupas apropriadas, temperatura corporal, corpo limpo e tegumentos protegidos, ambiente seguro, comunicação, culto, trabalho, lazer e aprendizagem⁽³⁾.

OBJETIVOS

Operacionalizar os pressupostos do modelo conceitual de Henderson no campo da intervenção da Enfermagem pré-hospitalar.

Construir algoritmos de intervenções de enfermagem pré-hospitalar para atender as NHB das vítimas de trauma.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Para a consecução do estudo, desenvolveu-se uma revisão narrativa da literatura, metodologia indicada para abordar e discutir a evolução e o estado de arte, sob o ponto de vista teórico ou contextual, de uma determinada matéria⁽⁷⁾.

Seleção do estudo

A questão de investigação que norteou este estudo foi: Qual a aplicabilidade do modelo teórico de Henderson no campo de intervenção pré-hospitalar às vítimas de trauma?

A revisão narrativa foi realizada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval - MEDLINE, System Online Cumulative Index of Nursing and Allied Health - CINAHL, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina e para a literatura cinzenta, no Google Scholar, Ebooks Collection, Google Books, Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP); RCAAP Escola Superior de Enfermagem do Porto. A pesquisa, procurou identificar documentos produzidos no período entre 1 de janeiro de 2008 e 31 de janeiro de 2019, que abordassem a prática de enfermagem no pré-hospitalar às vítimas de trauma e que tivessem como base o modelo teórico de Henderson.

Foram considerados como critérios de inclusão: Documentos publicados em português, inglês e espanhol referentes a vítimas de trauma, que abordassem o modelo teórico de Henderson na assistência pré-hospitalar a vítimas de trauma; apresentassem ações/intervenções desenvolvidas

pelos enfermeiros na assistência pré-hospitalar a vítimas de trauma. Os termos MESH utilizados foram: "Evidence-Based Nursing"; "Nursing Research"; "Nursing"; "Nurse"; "Trauma"; "Traumatology"; "Wounds and injuries"; "Multiple trauma"; "Prehospital services"; "Prehospital care"; "Nursing Theory" e os termos não controlados: "Virginia Henderson theory", "Henderson" and "Nursing Metaparadigms", combinados através dos operadores booleanos "AND" e "OR", seguindo-se as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Procedimentos de análise de dados

Utilizou-se o gestor de referências bibliográficas EndNote X9.

Para operacionalizar o modelo teórico de Henderson na assistência pré-hospitalar foram revistos os protocolos vigentes nas ASIV. Para a construção dos algoritmos de avaliação, diagnóstico e intervenções de enfermagem teve-se como referência os documentos publicados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), instituição que supervisiona e tutela a prática dos enfermeiros do pré-hospitalar em Portugal, o manual do American College of Surgeons e as principais guidelines direcionadas para a abordagem à vítima de trauma. Como a Enfermagem baseada na evidência é o resultado da conjugação da melhor evidência científica com a experiência e opinião de peritos^(8,9), a elaboração dos algoritmos teve por base um processo interpretativo da revisão narrativa por um grupo de peritos na área.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção de peritos foram: Aceitação na participação no estudo; Exercício profissional no pré-hospitalar, como enfermeiro, por um período superior a dez anos; Ser detentor do título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Ser detentor do título de Mestre em Enfermagem. O corpo de peritos incluiu três participantes.

Dois revisores independentes (MM e MA) realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados.

Na pesquisa inicial encontrou-se um total de 4053 artigos. Depois de eliminar 420 artigos por serem repetidos, foram incluídos um total de 3633 para leitura de título e resumo. Foram excluídos 3536 por não atenderem aos critérios de inclusão. A decisão dos estudos a incluir após leitura de título e resumo obteve consenso mútuo (MM e MA). Posteriormente os artigos originais foram recuperados e lidos na íntegra para delimitação do corpus de análise. Foram analisados integralmente 97 artigos, destes, 73 foram excluídos por não abordarem a assistência pré-hospitalar e 7 por não abordarem o modelo de Henderson. Um total de 17 artigos cumpriram os critérios de inclusão: seis foram incluídos

para o desenvolvimento dos metaparadigmas Saúde, Pessoa e Ambiente^(3,5-6,10-11,21); 16 para a exploração dos CE, apresentados sob a forma de Algoritmos de Avaliação, Diagnóstico e Intervenções^(2-4,6,10-21). O processo de seleção de triagem dos artigos está representado no fluxograma da Figura 1, elaborado com base no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Procedimentos éticos

Este estudo insere-se no projeto "Evidências para Não Arriscar MaisVidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta (MaisVidas)", referência: PROJ/UniCISE /2017/0001 e obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

RESULTADOS

A operacionalização do modelo teórico de Henderson objetivou a análise, exploração e adaptação dos metaparadigmas Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem à realidade pré-hospitalar (Quadro 1).

Quadro 1 - Metaparadigmas Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem

Saúde^(3,6,10-11,21)

Caracteriza-se pela sua intemporalidade, pelo que a Enfermagem deve autodefinir-se permanentemente. A volatilidade dos conceitos de saúde, ajuda e assistência de enfermagem, trazida para as NHB permite que esta teoria seja intemporal e permanentemente atual, instigando, inclusivamente, os enfermeiros a criarem o seu próprio conceito. A planificação dos CE às vítimas de trauma implicará inevitavelmente uma abordagem sistematizada, complexa e direcionada para a manutenção da estabilidade hemodinâmica que garante a vida.

Pessoa^(3,5-6,11,21)

Ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nos desejos da natureza individual e nas suas crenças o que a torna única, irrepitível, com dignidade própria e influenciada pelo ambiente onde está integrada. A pessoa deve ser atendida numa perspectiva global, holística e representativa daquele que é um momento de enorme vulnerabilidade física, psicológica e emocional. Os cuidados inerentes estão dependentes do mecanismo causador da alteração, no caso particular do trauma, a direcionalidade está forçosamente ligada a complicações que colocam a pessoa numa situação crítica.

Ambiente^(3,6,11,21)

Conjunto de todas as condições e condicionantes externos que influenciam a vida e o desenvolvimento da pessoa. Esta, interage com o ambiente, modificando-o e sofrendo influência dele através de elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, determinando, também, o próprio conceito de saúde. Os enfermeiros devem estudar e compreender as condições e estados patológicos que as alteram, antecipando cenários de potencial risco.

Cuidados de Enfermagem^(3,6,11,21)

Práticas baseadas em evidências, enlaçadas a um planeamento orientado para a pessoa, e não apenas estruturado em protocolos que podem não corresponder às reais necessidades. Intervenções implementadas no pré-hospitalar devem corresponder à essência da Ciência de Enfermagem, porquanto ficam salvaguardadas as ações abrangentes que superam as prescrições oriundas de protocolos com foco no Modelo Biomédico, redutor quanto às reais necessidades da pessoa, dado que a satisfação das NHB pode ser cumprida por padrões infinitamente variados de vida, sem que dois sejam iguais

Com base na revisão realizada e suportados no Modelo de Henderson construíram-se cinco algoritmos de intervenção de enfermagem para suportar as NHB's Respirar, Movimento, Temperatura corporal, Corpo limpo e proteger os tegumentos, Ambiente Seguro, Comunicação e Culto⁽³⁾, a uma pessoa vítima de trauma, baseados na metodologia A (via aérea) B (respiração) C (circulação) D (disfunção neurológica) E (exposição)⁽²⁾. As NHB Comunicação, Dimensão Religiosa e Culto e o Ambiente Seguro devem estar continuamente presentes, quer no decorrer da avaliação primária (ABCDE) quer na implementação de todas as intervenções de enfermagem. Os algoritmos (Figuras 2-6), que resultaram do consenso entre os três enfermeiros peritos incluídos no grupo de trabalho, encontram-se estruturados nos diagnósticos (expressos nas caixas brancas) e intervenções de enfermagem (caixas cinza).

O socorro pré-hospitalar deve dar importância maior à conservação da vida pelo que o controle de hemorragias externas (proteger os tegumentos) e a manutenção da via aérea com controle da coluna cervical (Respirar Normalmente), são intervenções a implementar com a maior prioridade possível. A avaliação da vítima deve seguir a metodologia ABCDE^(2,4), e com isso assegurar a permeabilidade e proteção da via aérea e da ventilação, determinantes na prevenção da lesão cerebral e de outros órgãos nobres decorrentes da hipóxia (Figura 2).

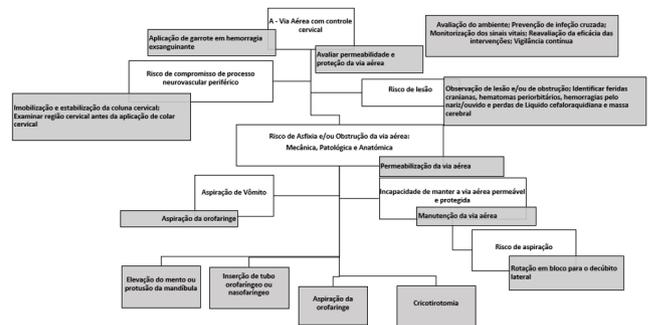


Figura 2 - Via Aérea com Controle Cervical

A manutenção da Ventilação/Respiração e Circulação seguem como fundamentais no socorro. Entende-se por Respiração um tipo de função com características específicas: processo ininterrupto de troca de oxigênio e de dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada, entre outros, pelos centros cerebrais da respiração⁽¹⁰⁾.

Além da permeabilidade da via aérea, é importante garantir uma troca adequada de gases, com oxigenação e eliminação de dióxido de carbono adequadas. A avaliação das estruturas inerentes a estes processos, como pescoço e parede torácica, e a definição de intervenções dirigidas, permite melhorar o prognóstico da vítima e aumentar o seu conforto^(2,4,10,12,17-18,20) (Figura 3).

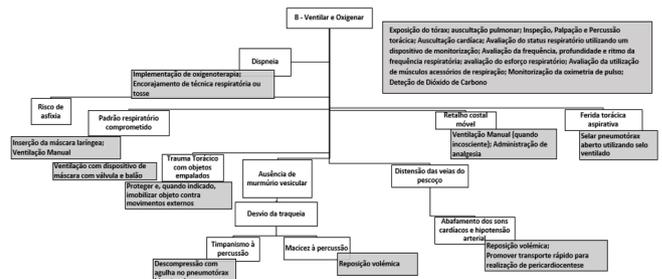


Figura 3 - Ventilar e Oxigenar

A avaliação da Circulação com controle da hemorragia obriga à consideração do volume sanguíneo, débito cardíaco e perda de sangue e à abordagem sistematizada para a ressuscitação indicada e consequente estabilização hemodinâmica^(2,4,10,12,17-18). A circulação assume-se como um tipo de função com as características específicas: circulação do sangue através do sistema cardiovascular (coração e vasos sanguíneos centrais e periféricos)⁽¹⁰⁾, sendo neste particular contempladas as NHB's Respirar, Movimento, Temperatura corporal, Corpo limpo e Proteção dos tegumentos (Figura 4).

DISCUSSÃO

No contexto pré-hospitalar o ambiente é emocionalmente adverso para os enfermeiros, para as vítimas e para os familiares. Parece difícil prever, em toda a dimensão, a dificuldade sentida pela vítima neste contexto, e dado que o tempo de socorro é reduzido, entendem-se, também, como cuidados de excelência aqueles que permitem reconhecer as necessidades psicológicas comprometidas no pós-acidente⁽²²⁾.

Saúde significa a valorização do homem e é entendida como uma situação de procura do equilíbrio, seja ele físico, cognitivo-afetivo, social ou ambiental, um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade⁽²³⁾. A perspetiva biopsicossocial é, todavia, insuficiente, visto não contemplar a autonomia conceitual e afetiva da pessoa, tornando-a negligente e passiva quanto ao seu papel na promoção da saúde. Em 1979, Antonovsky referiu que esta abordagem fortalece o imperialismo médico, que entende como basilar a visão biomédica clássica da saúde, definida como a ausência de doença por Christopher Boorse nos anos 70 do século passado⁽²⁴⁾. Esta visão permanece atual na EPH, cuja intervenção se baseia essencialmente na dicotomia saúde/doença. Assim, parece importante eleger-se um modelo social e multidisciplinar baseado no empoderamento e capacitação dos indivíduos⁽²⁵⁾ para o controle sobre a sua saúde e tomada de decisão informada.

A saúde é o resultado de um processo dinâmico e contínuo, um estado de equilíbrio que resulta no controle do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural⁽¹¹⁾. Henderson define Enfermagem sob o ponto de vista funcional e o seu modelo dá resposta, enquanto alicerce, para a prestação do socorro pré-hospitalar sendo o planeamento de cuidados condizente com a condição holística da vítima de trauma. Contudo, as recomendações das instituições que suportam a prática/socorro pré-hospitalar^(2,12), nomeadamente a Society of Trauma Nurses, o American College of Surgeons e, em Portugal, o INEM, têm de ser consideradas. Resultando da associação de todos estes pressupostos, os algoritmos obtidos oferecem uma abordagem sistematizada, complexa e que contempla a dimensão holística da vítima.

Em Portugal, os enfermeiros das ASIV, desenvolvem as suas intervenções com recurso a protocolos de intervenção, ferramentas úteis para conseguir, em qualquer contexto, ter linhas muito específicas de intervenção. No entanto, acredita-se que estes não contemplam, em muitas circunstâncias, a dimensão holística da pessoa, e o cuidar acaba por ser, na sua conceção, permanentemente preterido pelo salvar, quando os dois nos parecem indissociáveis.

A independência objetivada por Henderson no seu modelo

Figura 4 - Circulação

A avaliação neurológica, visa conhecer o nível de consciência da vítima, o tamanho e reatividade das pupilas, sinais de lateralização motora e o nível da lesão da medula espinal, e à semelhança das avaliações anteriores, definir e redefinir intervenções para otimização da oxigenação, perfusão cerebral e prevenção de lesão secundária^(2,4,10,12,17-20) (Figura 5).

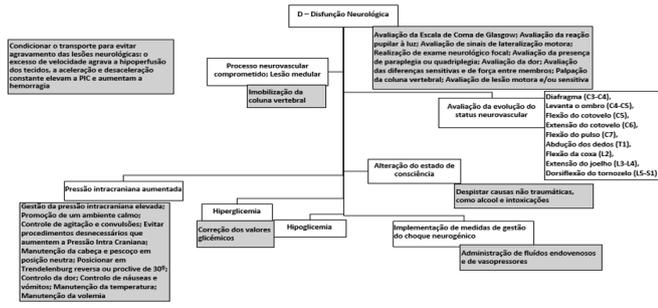
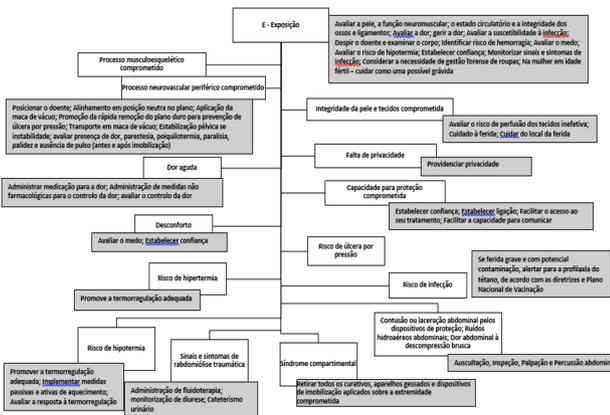


Figura 5 - Disfunção Neurológica

A remoção das roupas e observação cuidadosa da pele, ossos e toda a superfície corporal, permite avaliar potenciais ou reais lesões, presença ou ausência de dor e, também, a temperatura corporal, particularmente importante na vítima de trauma^(2,4,10,12,14,17-18,20). Importante como os Diagnósticos de Enfermagem, são os Diagnósticos Diferenciais, pois permitem excluir possibilidade de lesões letais, relativamente comuns neste tipo de vítimas (Figura 6).



serviu de pedra basilar neste estudo para a conceitualização dos CE prestados no socorro pré-hospitalar, não apenas numa perspetiva de auxílio na satisfação das NHB, mas também, na manutenção das funções fisiológicas básicas para a sobrevivência da pessoa.

No campo pré-hospitalar a literatura científica tende a apresentar mais achados relativos às intervenções realizadas por outros técnicos do que acerca da eficácia das intervenções de Enfermagem. Revela, também, que as intervenções de Enfermagem mais frequentes são direcionadas para a dicotomia saúde/doença.

Esta revisão permitiu construir algoritmos de atuação, suportados por um modelo teórico de Enfermagem, e assim, desenhar um plano de intervenção que responda às necessidades das vítimas de trauma. O modelo teórico de Henderson permite, ainda, reforçar a atenção para o risco da infeção, para o controlo da temperatura corporal (prevenindo e tratando a hipotermia, elo importante da tríade letal) e para a diminuição da pressão intracraniana, através da implementação de medidas complementares às farmacológicas e/ou cirúrgicas (muitas vezes disponíveis apenas em contexto intra-hospitalar).

A avaliação da qualidade dos cuidados na assistência pré-hospitalar não se pode, portanto, resumir, apenas, às taxas de mortalidade e/ou morbidade, deve ser capaz de operacionalizar pressupostos que permitam contemplar critérios relacionados com a gestão da dor e do frio, do contexto adverso, do medo, da família e de todas as condicionantes que comprometem todas as dimensões da Saúde.

Limitações do Estudo

A limitação deste estudo refere-se à escassez de artigos relacionados com a intervenção de enfermeiros no socorro a vítimas de trauma no pré-hospitalar. Os algoritmos desenvolvidos no estudo carecem, ainda, de futuras investigações para avaliação da sua eficácia na prática clínica.

Contribuição do estudo para a prática

Com a construção de algoritmos de avaliação, diagnósticos e intervenções, a contribuição desta investigação é absolutamente determinante para sustentar a prática autónoma e interdependente dos enfermeiros no socorro pré-hospitalar às vítimas de trauma. Este estudo reflete também as fragilidades e desafios existentes no campo da enfermagem pré-hospitalar em toda a sua dimensão de atuação.

CONCLUSÃO

A pesquisa denota a lacuna de conhecimento científico, abrindo caminho à conceitualização teórica de um modelo explicativo da intervenção em EPH em articulação com o modelo de Henderson. Tem-se a convicção que a linguagem classificada e a metodologia científica do processo de Enfermagem devem ser pilares da operacionalização do modelo, o que levou a elaborar cinco Algoritmos de Avaliação, Diagnósticos e Intervenções orientadores da prática de enfermagem, construídos com base na evidência científica, nos documentos emanados pelo INEM, pelo American College of Surgeons e pela Society of Trauma Nurses tendo por base o processo interpretativo de um grupo de peritos. Estes algoritmos deverão ser submetidos a revisão e ensaiados na prática clínica pelos enfermeiros que tripulam ambulâncias de socorro.

Ficou ainda evidente a necessidade de realizar estudos que permitam provar o custo-efetividade das intervenções de EPH. O fato de se ter constatado ausência de consenso acerca da estrutura de um modelo explicativo das intervenções de EPH, aporta como implicações a necessidade de operacionalizar Guias orientadores que estruturam uma proposta para a execução das intervenções dos enfermeiros no pré-hospitalar. Assim, a demonstração da eficácia do modelo de intervenção em Enfermagem através da operacionalização em Algoritmos parece ser essencial para a medição de resultados em saúde associados à sua implementação.

Contribuição dos autores

Mauro Mota: concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Madalena Cunha: concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Margarida Reis Santos: : concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Isabel Cunha: redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Mónica Alves: análise e interpretação dos dados, revisão crítica, revisão final; Nuno Marques: análise e interpretação dos dados, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

- Corredor C, Arulkumar N, Ball J, Grounds MR, Hamilton M, Rhodes A, et al. Otimização hemodinâmica em trauma grave: uma revisão sistemática e metanálise. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2014[cited 2019 Mar 02];397-406. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0397.pdf>.2014
- American College of Surgeons (ACS). *Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual*. 10 ed. Chicago: ATLS; 2018.
- George JB. *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª edição ed: Artmed; 2000. 59-74.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Portugal: Departamento de Formação em Emergência Médica; 2019.
- Kérouac S, Pepin J, Ducharme A, Major F. *El pensamiento enfermo*. Barcelona: Elsevier Masson; 1996.
- Alligood MR, Tomey AM. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed: Lusodidacta; 2004.
- Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropr Med* [Internet]. 2006[cited 2019 Mar 02];5(3):101-17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19674681>.2006 Autumn 2647067
- Dale AE. Evidence-based practice: compatibility with nursing. *Nursing standard* [Internet]. 2005[cited 2019 Mar 02];19(40):48-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15977490>.2005
- Mackey A, Bassendowski S. The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *J Prof Nurs*. [Internet]. 2017[cited 2019 Mar 02]; 33(1):51-5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S875572231630028X>
- International Council of Nurses (ICN). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual*. 2001. Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Society of Trauma Nurses (STN). *Advanced Trauma Care for nurses - Student Course Manual*. Lexington: Society of Trauma Nurses; 2013.
- Bennett BL, Holcomb JB. Battlefield Trauma-Induced Hypothermia: Transitioning the Preferred Method of Casualty Rewarming. *Wilderness & environmental medicine* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 02];28(2S):S82-S9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28483389>.2017
- Freeman S, Deakin CD, Nelson MJ, Bootland. Managing accidental hypothermia: a UK-wide survey of prehospital and search and rescue providers. *Emergency Medicine Journal* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 02]; 35:652-6. Available from: <https://emj.bmj.com/content/35/11/652.long>
- Purvis TA, Carlin B, Driscoll P. The definite risks and questionable benefits of liberal pre-hospital spinal immobilisation. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 02]; 35:860-6. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735-6757\(17\)30063-3](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735-6757(17)30063-3)
- Moore L, Champion H, Tardif PA, Kuimi BL, O'Reilly G, Leppaniemi A, et al. Impact of trauma system structure on injury outcomes: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 02]; 42: 1327. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-017-4292-0>
- Kornhall DK, Jorgensen JJ, Brommeland T, Hyldmo PK, Asbjornsen H, Dolven T, et al. The Norwegian guidelines for the prehospital management of adult trauma patients with potential spinal injury. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* [Internet]. 2017[cited 2019 Mar 02];25(1):2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28057029>.2017
- Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, Duranteau J, Filipescu D, Hunt BJ, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Critical care* [Internet]. 2019[cited 2019 Mar 02];23(1):98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30917843>.2019
- Swartz EE, Tucker WS, Nowak M, Roberto J, Hollingworth A, Decoster LC, et al. Prehospital Cervical Spine Motion: Immobilization Versus Spine Motion Restriction. *Prehospital Emergency Care* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 02]; 22:5, 630-6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10903127.2018.1431341?journalCode=ipec20>
- Zafren K. Out-of-Hospital Evaluation and Treatment of Accidental Hypothermia. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 02];35(2):261-79. Available from: [https://www.emed.theclinics.com/article/S0733-8627\(17\)30003-2/fulltext](https://www.emed.theclinics.com/article/S0733-8627(17)30003-2/fulltext)
- Henderson V. The Nature of Nursing. *Am J Nurs* [Internet]. 1964[cited 2019 Mar 02];64:62-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14180360>.1964
- Hagiwara MA, Magnusson C, Herlitz J, Seffel E, Axelsson C, Munters M, et al. Adverse events in prehospital emergency. *BMC Emergency Medicine* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 02];19(1):14. Available from: [http:// https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6345067/](http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6345067/)
- World Health Organization (WHO). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946* Universidade de São Paulo - Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. 1946. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
- Filho NA, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse: *Ciência Saúde Colectiva*; 2002.
- Andrade FA, Silva MMJ. Características dos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional. *Enferm Foco*. [Internet] 2019 [cited 2019 Set 10]; 10 (1): 81-86. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1444/500>

ESTÁGIO EXTRACURRICULAR DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Antonia Natielli Costa da Silva¹

Deborah Pedrosa Moreira¹

Cinthia Maria Andrade de Freitas¹

Anne Kayline Soares Teixeira²

Alessandra Rocha Mororó Pinheiro³

<https://orcid.org/0000-0002-1665-3749>

<https://orcid.org/0000-0003-4313-2479>

<https://orcid.org/0000-0002-0832-1920>

<https://orcid.org/0000-0002-7751-0047>

<https://orcid.org/0000-0002-4023-5783>

Objetivo: Conhecer as contribuições do estágio extracurricular de Enfermagem para a formação profissional. **Método:** Pesquisa exploratória-descritiva, qualitativa. A coleta de dados ocorreu de abril a maio de 2018, por meio da aplicação de um formulário online a 19 egressos de um estágio extracurricular em enfermagem no setor de estomaterapia de um hospital de Fortaleza-CE. **Resultados:** Dezesesseis egressos estavam trabalhando no período da coleta; quatorze conseguiram o primeiro emprego com menos de seis meses de graduação e possuíam alguma especialização. Apresentaram segurança, autonomia e habilidade técnica-científica, sentindo-se preparados para o exercício da profissão. **Conclusão:** Confirmou-se a existência de influência positiva das atividades extracurriculares sobre a formação profissional. O estágio extracurricular contemplou as exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e as do mercado de trabalho.

Descritores: Educação; Educação em Enfermagem; Estágios; Enfermagem.

EXTRACURRICULAR NURSING INTERNSHIP: STRATEGY FOR VOCACIONAL TRAINING

Objective: Know the contributions of the extracurricular nursing internship for the professional formation. **Methodology:** Exploratory-descriptive, qualitative research. Data collection took place from April to May 2018, through the application of an online form to 19 extracurricular nursing internship undergraduate in the stomatherapy sector of a Fortaleza-CE hospital. **Results:** Sixteen nursing students were already working at the data collection process time; fourteen had their first job with less than six months past their graduation process and had some specialization. They looked confident, presenting autonomy and technical-scientific skills. They also felt prepared for the future professional challenges. **Conclusion:** There was confirmation of the positive influence of extracurricular activities on professional training. The extracurricular internship covered the requirements of the National Curricular Guidelines of the Undergraduate Nursing Course and those of the labor market.

Descriptors: Education; Nursing Education; Internship; Nursing.

ETAPA EXTRACURRICULAR DE ENFERMERÍA: ESTRATEGIA PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Objetivo: Conocer la influencia de la etapa extracurricular de Enfermería para la formación profesional. **Método:** Investigación exploratoria-descriptiva, cualitativa. La recolección de datos ocurrió de abril a mayo de 2018, por medio de la aplicación de un formulario on-line a 19 egresados de una etapa extracurricular en enfermería en el sector de estomaterapia de un hospital de Fortaleza-CE. **Resultados:** Dieciséis egresados estaban trabajando en el período de la recolección; catorce consiguieron el primer empleo con menos de seis meses de graduación y poseían alguna especialización. Ellos presentaron seguridad, autonomía y habilidad técnico-científica, sintiéndose preparados para el ejercicio de la profesión. **Conclusión:** Se confirmó la existencia de influencia positiva de las actividades extracurriculares sobre la formación profesional. La etapa extracurricular contempló las exigencias de las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Enfermería y las del mercado de trabajo.

Descriptores: Educación; Educación en Enfermería; Etapas; Enfermería.

¹Centro Universitário Christus - Unichristus, Fortaleza/CE.

²Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara.

³Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - ISGH.

Autor correspondente: Antonia Natielli Costa da Silva. E-mail: natielli.enfer@gmail.com

INTRODUÇÃO

O ensino superior em Enfermagem busca proporcionar aos futuros profissionais uma formação generalista, de maneira que possam exercer o pensamento crítico-reflexivo diante das diversas e desafiadoras situações do cotidiano em saúde, baseando sua conduta nos princípios éticos e bioéticos⁽¹⁾.

Dentre as alternativas encontradas para se alcançar o currículo considerado ideal, encontra-se o estágio extracurricular. Ele pode ser promovido por outras instituições de saúde, públicas ou privadas, e, desde que o estudante esteja regularmente matriculado, pode ser acrescido à sua carga horária obrigatória⁽²⁾. O estágio extracurricular ou não obrigatório, instituído pela Lei Federal nº 11.788 de 25 de setembro de 2008 é uma atividade que deve estar diretamente relacionada com a área do curso do estudante e ser devidamente regulamentada^(3,4). Muitos são os espaços de desenvolvimento das atividades extramuros, sendo necessária uma avaliação contínua da sua transcorrência e do impacto que exercem sobre a formação do futuro enfermeiro.

Em um Hospital de atenção secundária do município de Fortaleza – CE, o qual é referência no atendimento ao paciente da linha de cuidados crônicos, ocorrem diversas atividades extracurriculares nas áreas de nutrição, farmácia, psicologia e enfermagem, estando o estágio acadêmico de enfermagem vinculado ao setor de Estomaterapia. Nele, os acadêmicos realizam, dentre outras atividades, o monitoramento das Lesões por Pressão (LP) e o gerenciamento dos riscos clínicos apresentados pelos pacientes⁽⁵⁾.

A motivação para a produção desse trabalho partiu da participação da autora, como acadêmica de enfermagem, no estágio não obrigatório aqui apresentado, o que suscitou o interesse em averiguar situações correlacionadas entre os egressos dessas atividades e a existência de influência sobre o seu desempenho no exercício da sua profissão.

Partindo-se da afirmativa de que os estágios extracurriculares produzem benefícios, tanto para a diade aluno-serviço de saúde quanto para a instituição de ensino, a qual o estudante está vinculado, busca-se o conhecimento da conformação dos estágios extramuros. Com isso, esse estudo teve como objetivo conhecer as contribuições do estágio extracurricular de Enfermagem para a formação profissional.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com delineamento qualitativo, no qual foi solicitado dos indivíduos dados apenas subjetivos⁽⁶⁾.

Participantes da pesquisa

Ao total, obteve-se o contato de 29 enfermeiros, egressos do estágio extracurricular em enfermagem realizado no setor de Estomaterapia, com os quais as autoras entraram em contato e realizaram o convite para participação no estudo, porém, apenas 19 aceitaram e responderam ao formulário compondo assim, a amostra do estudo.

Os participantes dessa pesquisa adentraram ao estágio não obrigatório de enfermagem mediante a participação em processo seletivo. O estágio era remunerado, onde os participantes cumpriam carga horária de 20 horas semanais e podiam permanecer no estágio acadêmico por um período mínimo de seis meses e máximo de dois anos⁽⁵⁾.

A seleção dos participantes ocorreu pelos seguintes critérios de inclusão: ser egresso do estágio extracurricular em enfermagem; graduado; e, terem concordado com os termos da pesquisa. Excluíram-se da amostra os egressos que permaneceram no serviço por um período inferior a seis meses e/ou, os que obtiveram o seu desligamento das atividades devido a processos administrativos, como por exemplo, a expulsão.

A amostragem foi do tipo não probabilística por bola de neve. Nessa amostragem, utiliza-se um primeiro indivíduo que após responder o formulário, indica um potencial participante do qual disponha do contato⁽⁷⁾. A bola de neve iniciou-se a partir da aceitação de um egresso do referido estágio em participar do estudo. Esse egresso fora admitido pela instituição sede da pesquisa como enfermeiro logo após o término da graduação, sendo o seu contato alcançado pelo conhecimento prévio das autoras acerca de sua trajetória profissional.

A amostra foi por conveniência, sendo utilizados os participantes mais acessíveis, e destituída de qualquer rigor estatístico considerando-se a natureza qualitativa da pesquisa⁽⁸⁾.

Local do estudo

Foi realizado no setor de Estomaterapia de um hospital de atenção secundária de Fortaleza-CE, no período de abril a maio de 2018.

Atualmente, a unidade hospitalar sede da pesquisa presta serviços aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) referenciados por hospitais públicos terciários do Estado do Ceará. Conta com uma equipe composta por uma enfermeira especializada em estomaterapia e oito acadêmicos de enfermagem em exercício da atividade extracurricular. Esses ficam responsáveis pelo monitoramento de LP e dos riscos clínicos relacionados à assistência em saúde de todos os pacientes, dividindo entre si as dezessete unidades de internação existentes na instituição⁽⁵⁾.

Coleta de dados

Foi utilizado para a coleta de dados, um formulário eletrônico elaborado pelas próprias autoras - por meio da ferramenta virtual Software Google Drive - o qual abordava questões referentes às (i) habilidades desenvolvidas, (ii) como as mesmas contribuíram para sua atuação profissional, (iii) a importância do estágio extracurricular, e, (iv) se o estágio colaborou para inserção no mercado de trabalho.

As etapas de coleta dos dados foram, portanto: 1) Recebimento do número de contato pela bola de neve - a última questão do formulário pedia a indicação de mais participantes; 2) Contato via aplicativo de Whatsapp com o participante para esclarecimento e convite; 3) Envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aguardo do aceite pelo participante; e, 4) Envio do formulário eletrônico e aguardo do retorno do participante com o instrumento de coleta respondido.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin⁽⁹⁾, sendo organizados em duas tabelas para a melhor apresentação dos resultados. Da análise de conteúdo, emergiram quatro categorias: Caracterização dos participantes (Tabela 1); Aspectos gerais da trajetória acadêmica dos participantes (Tabela 1); Atividades realizadas no campo de estágio (Tabela 2); e Habilidades desenvolvidas pelos egressos ao longo das atividades (Tabela 2).

Foram definidas quatro e sete Unidades de Registro (UR) para as categorias Atividades e Habilidades, respectivamente, as quais sintetizam as falas dos participantes, permitindo uma análise ampliada⁽⁹⁾.

Procedimentos éticos

A pesquisa atendeu à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual rege a pesquisa com seres humanos⁽¹⁰⁾, e foi aprovada mediante o CAAE 82219218.1.0000.5049. A participação no estudo foi autorizada mediante a assinatura do TCLE, enviado por meio do Software Google Drive a todos os participantes. Esses foram designados no decorrer do estudo pela letra "P" associada a um numeral que indicou a ordem na qual o participante respondeu ao formulário.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes do estudo foi ilustrada na Tabela 1, a qual aponta que dos dezenove participantes entrevistados, dezessete eram do sexo feminino e dois do

sexo masculino, e, a maioria apresentava idade entre 25 e 30 anos e um tempo de formação predominante entre seis meses e um ano.

Tabela 1: Caracterização dos participantes. Ceará. Brasil. 2018.

Características	N	%	
Sexo*	Feminino	17	89,5
	Masculino	2	10,5
Idade*	20 a 25 anos	5	26,3
	25 a 30 anos	11	58,0
	30 a 35 anos	3	15,7
Tempo de formação*	Menos de 6 meses	1	5,2
	6 meses a 1 ano	5	26,4
	1 a 2 anos	2	10,5
	2 a 3 anos	4	21,0
	3 a 4 anos	5	26,4
	Mais de 4 anos	2	10,5
Possuíam algum vínculo empregatício no período da coleta de dados*	Sim	16	84,2
	Não	3	15,8
Tempo até conseguir o primeiro emprego*	Menos de 6 meses	14	73,7
	1 ano	1	5,2
	3 anos	1	5,2
	4 anos	1	5,2
Publicação de artigos científicos*	Nunca trabalhou	2	10,5
	Sim	11	58,0
Número de artigos publicados por participantes**	Não	8	42,0
	1 artigo	6	55,0
	2 artigos	3	27,0
Títulos e especializações realizadas	3 artigos	2	18,0
	Especialização	14	74,0
	Especialização + Mestrado	1	5,2
	Mestrado	1	5,2
	Doutorado	0	0,0
Área de especialização escolhida***	Especialização + Residência	1	5,2
	Nenhuma capacitação	2	10,5
	UTI adulto	6	32,0
	Estomaterapia	2	10,5
	UTI neonatal e pediátrica	2	10,5
	Saúde pública	2	10,5
	Obstetria	1	5,2
	Cardiovascular	1	5,2

*Do total de 19 enfermeiros participantes do estudo.

**Do total de 11 enfermeiros com publicações.

***Do total de 14 enfermeiros com especialização concluída ou em curso.

Aspectos gerais da trajetória acadêmica dos participantes

Em relação ao tempo decorrido entre a conclusão do curso de enfermagem e o início do exercício profissional, quatorze participantes informaram ter transcorrido menos de seis meses. Um participante nunca trabalhou na área e não informou o motivo. Dentre as falas, verifica-se que a maioria ⁽¹⁵⁾ afirmou que o estágio extracurricular contribuiu de maneira positiva para a sua inserção no mercado de trabalho: - “Tendo a oportunidade de ser recontratada por pessoas que conheceram e gostaram do meu trabalho enquanto acadêmica de enfermagem” P5; - “Com as experiências citadas e vínculos construídos, consegui imediatamente uma escala na unidade de cuidados especiais que exige certas habilidades/ saberes no cuidado ao paciente crônico” P8.

O estágio favoreceu ainda uma melhor desenvoltura profissional após a contratação, como se percebe na revelação a seguir: - “Na instituição em que trabalhava, descrevia as lesões conforme visualizado durante os curativos. A auditoria do hospital (privado) me parabenizava pela descrição, médicos me procuravam para cuidar de pacientes com lesões extensas nessa mesma instituição” P2.

Avaliou-se, ainda, quantos dos profissionais escolheram especializar-se na área na qual haviam realizado o estágio acadêmico. Assim, dos quatorze enfermeiros que informaram possuir alguma especialização, apenas dois afirmaram estar cursando a especialização em estomaterapia e terem sido influenciados pelo estágio extracurricular, como ilustra o relato: - “Estomaterapia, realmente me encontrei e sei que é a especialização que quero me formar, consigo descrever uma lesão muito bem, modéstia parte, e isso me diferencia entre os demais” P2.

Quanto à publicação de trabalhos em periódicos científicos, onze participantes haviam publicado. O incentivo à produção e à publicação de trabalhos científicos foi evidenciado no estágio pelo seguinte relato: - “Exigiu maior aprofundamento no assunto e busca por artigos e no desenvolvimento de pesquisas na área” P4.

Atividades realizadas no campo de estágio

As atividades realizadas e habilidades adquiridas pelos participantes foram ilustradas na tabela 2.

Tabela 2: Análise de conteúdo pelas Unidades de Registros, Ceará, Brasil. 2018.

Categoria	Unidade de Registro	Número de citações por participante	
		N	%
1) Atividades	1a. Monitoramento epidemiológico	16	84
	1b. Procedimentos práticos	7	36,8
	1c. Educação em saúde	3	16
	1d. Trabalhos de campo	2	10,5
2) Habilidades	2a. Gerenciamento	12	63,0
	2b. Comunicação	8	42,0
	2c. Liderança	7	36,8
	2d. Administração (dos dados)	5	26,0
	2e. Atenção à saúde	3	16,0
	2f. Tomar decisões	2	10,5
	2g. Aprender continuamente	2	10,5

Os participantes realizavam o monitoramento dos riscos clínicos relacionados à assistência em saúde (queda, broncoaspiração, flebite, extubação acidental e dermatite associada à incontinência). Também participavam da organização de eventos institucionais, de sessões clínicas, de campanhas, de palestras e de treinamentos. O relato abaixo sintetiza as atividades desenvolvidas pelos egressos do estágio de enfermagem: - “Educação em saúde; Orientar sobre prevenção de lesões de pele (paciente, acompanhante, enfermeiros e demais profissionais); Busca ativa por lesões pré-existentes ou surgimento de novas lesões; Coleta de dados para montar indicadores de saúde; Auxiliar o enfermeiro estomaterapeuta nas interconsultas e/ou no ambulatório; Consolidação dos resultados dos dados obtidos nas unidades; Apresentação dos resultados aos gestores das respectivas unidades; Conscientização dos profissionais sobre a importância do nosso trabalho.” P1

Eram ainda responsáveis por alimentar os dados referentes aos indicadores de saúde^(5,11). Tais dados eram posteriormente analisados pelos acadêmicos e pela coordenadora do estágio. O resultado desse exercício foi verbalizado pelos seguintes relatos: - “Me fez ter um olhar mais crítico sobre o Processo de Enfermagem. A valorização e utilização de indicadores que interferem na qualidade do serviço” P13; - “Através do estágio extracurricular, o profissional consegue chegar ao campo de prática com mais segurança em suas atividades, pois já tive a oportunidade de adquirir alguns domínios práticos” P17.

Habilidades desenvolvidas pelos egressos ao longo das atividades

Dentre as competências e habilidades apontadas no estudo, destacaram-se: o gerenciamento (relatado por 12

participantes), a comunicação, a liderança e a capacidade de tomar decisões, além da autonomia, da autoconfiança e da capacidade de trabalhar em equipe.

DISCUSSÃO

O tempo de formação dos participantes encontrou-se dentro do intervalo esperado, considerando-se que o setor de estomaterapia existe na unidade desde o ano de 2004 e que o estágio extracurricular foi estabelecido a partir de 2008(5,11).

A maior parte do grupo estudado conquistou a primeira contratação profissional na área de maneira precoce, com menos de seis meses; isso está associado, dentre outras causas, ao fato do estágio extracurricular possibilitar ao participante a formação de uma rede de contatos dentro da instituição de atuação, ou seja, a capacidade de formar vínculos profissionais mediante a realização de suas atividades com competência ética e da apresentação de um bom desempenho^(12,13).

Não foram encontrados na literatura trabalhos anteriores que relacionassem a experiência do estágio extracurricular com a maior taxa de empregabilidade imediatamente após o término do curso, porém, uma pesquisa realizada a nível nacional evidenciou que a inexperiência profissional contempla, aproximadamente, 18,9% das causas da falta de empregabilidade na enfermagem. Nesse contexto, a atividade extracurricular, apesar de não constituir o primeiro emprego, possibilita a aquisição de experiências e de maturidade profissional, características que são fundamentais para a inserção no mercado de trabalho⁽¹⁴⁾.

Durante os estágios, torna-se imprescindível que os estudantes usufruam das possibilidades para destacar-se, adquiram uma conduta ética e busquem comprometer-se com os serviços, estabelecendo relações saudáveis, superando os desafios inerentes ao trabalho em equipe, buscando otimizar os resultados na implementação do cuidado de qualidade^(12, 13). Após adentrarem ao mercado de trabalho, os enfermeiros reportaram aptidão para as atividades de enfermagem, atribuindo tal fato à associação entre a instituição de ensino e o serviço de saúde, uma vez que isso contribui para o amadurecimento dos conteúdos debatidos não só no campo de estágio, mas também em sala de aula⁽¹³⁾.

Outro aspecto a ser destacado no preparo conferido por essa associação, diz respeito à necessidade de compreensão pelo recém-formado acerca das barreiras existentes entre a teoria estudada em sala de aula e a sua implantação na prática, sobretudo no âmbito do SUS. Inúmeros são os fatores que impedem o cumprimento dos regimentos e normas estabelecidos e isso pode, mais tardiamente, gerar sentimentos como frustração e impotência^(13,15).

Verificou-se que uma minoria optou por atuar na área

de estomaterapia, ou seja, na área de onde havia realizado estágio extracurricular. Isso difere, em partes, do achado em um estudo realizado com 765 acadêmicos que buscou avaliar a influência do estágio na escolha da especialidade. No estudo, observou-se que cerca de 82% dos estudantes apresentam inclinação para a área de atuação na qual haviam estagiado⁽¹⁶⁾. Vale ressaltar que tal achado pode estar associado ao fato que, diferente das demais especialidades de enfermagem, o curso de especialização em estomaterapia requer uma série de pré-requisitos para o ingresso do candidato, dentre eles encontram-se: a necessidade de experiência profissional e de um bom desempenho nas provas escrita e de titulação. Além disso, tal curso requer ainda um maior investimento financeiro em relação às demais especialidades disponíveis para a categoria⁽¹⁷⁾.

Apesar de não terem adentrado especificamente na área do estágio, a maioria dos participantes havia optado pela área relacionada à unidade hospitalar na qual realizava o monitoramento clínico. Esse achado teve maior prevalência nos indivíduos que monitoraram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

A análise da quantidade de publicações realizadas pelos egressos parte da recomendação de que o enfermeiro deve ser capaz de aprender continuamente e de comprometer-se com o ensino e aprendizado das gerações futuras⁽¹⁾. Kirchhof e Lacerda⁽¹⁸⁾ entendem que a publicação de um artigo exige do autor o conhecimento aprofundado acerca de determinado assunto e o reconhecimento da comunidade científica, refletindo, assim, aprendizado constante. O resultado aqui encontrado demonstra que os participantes do estudo continuavam, após a graduação, a aperfeiçoar o seu arcabouço teórico conferindo maior qualidade à sua prática.

As atividades realizadas pelos participantes não eram, ao todo, individuais, levavam em consideração o contexto das unidades monitoradas e da integração das equipes de saúde, expondo os egressos a situações dinâmicas e estimulando-os a desenvolver uma postura autocrítica e madura, de modo a prepará-los para o exercício da profissão^(5,13,19). O trabalho em equipe englobava não só os estudantes de enfermagem, mas também profissionais de diferentes áreas da saúde e setores. Segundo Codato et al⁽¹³⁾, a integração inter e multidisciplinar promove no estudante a formação de um olhar holístico sobre a saúde e a doença. Essa característica é fundamental para o exercício da enfermagem em todos os setores da saúde.

As Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem preconizam uma série de competências e habilidades que devem ser trabalhadas no processo de formação do futuro enfermeiro⁽¹⁾, entendendo que "a formação do Enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS e assegurar a integralidade da atenção e a

qualidade e humanização do atendimento”^(1,2).

Ao fortalecer uma formação generalista, as diretrizes recomendam que os enfermeiros sejam capazes de: promover a atenção à saúde em todos os seus níveis; de tomar decisões; de estabelecer uma comunicação efetiva com os profissionais de saúde e com o público em geral; de exercerem a liderança, a administração e o gerenciamento das equipes, dos serviços e do cuidado em saúde; e, de aprender continuamente⁽¹⁾. Segundo Valença et al⁽¹²⁾ os estudantes da área da saúde devem desenvolver habilidades intra e interpessoais, que incluem o conhecimento técnico-científico, a ética, a integridade moral, a humanização, a formação cidadã e o compromisso político-social.

Codato et al⁽¹³⁾ e Dall’Agnol⁽¹⁹⁾ acrescentam a essas habilidades, características como paciência, empatia, capacidade de comunicação e de coesão e as qualificam como prerrogativas essenciais no processo de integração com as equipes de saúde. Reconhecem que essa integração perpassa inúmeros desafios, porém, que se configura como uma oportunidade ímpar de aprendizado no que diz respeito às relações interpessoais, tanto para os estudantes quanto para as equipes de saúde que os recebem.

Uma vez inseridos na dinâmica das unidades de saúde, os estagiários, comumente, se deparam com inúmeros conflitos e precisam desenvolver meios de superá-los. Esse exercício lhes fomenta a indispensável capacidade de enfrentar situações adversas, comuns ao trabalho em saúde^(13, 20-23). Além disso, essa aproximação com os serviços favorece a sua atuação como agente transformador, mediante a utilização da educação em saúde e da produção de estudos de campo⁽³⁾, como observado no presente estudo.

Uma vez que a formação do enfermeiro deve ser direcionada para a atuação no SUS, é de suma importância que o acadêmico seja sensibilizado com a realidade e com as rotinas dos estabelecimentos de saúde. Muitas vezes, o estágio fixado na matriz curricular é insuficiente para produzir o amadurecimento do estudante e torná-lo mais familiarizado com os serviços, podendo gerar insegurança ou até mesmo desapontamentos durante a sua prática após a graduação⁽¹⁵⁾.

A apresentação dos resultados desse estudo permitiu verificar que os estudantes de enfermagem que participaram do estágio extracurricular adquiriram características diferenciadoras, agregando maior valor à sua formação. Conseguiram desenvolver habilidades pertinentes ao exercício

da enfermagem que, muitas vezes, não são alcançadas com o ensino universitário padrão, contemplando dessa forma as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e as atuais exigências do mercado de trabalho.

Limitações do estudo

Destaca-se como uma importante limitação do estudo, a impossibilidade de acesso a todos os egressos do estágio devido à ausência de registros dos dados cadastrais pela instituição sede.

Contribuições do estudo para a prática

O estudo contribuiu para um maior incentivo ao desenvolvimento de atividades extracurriculares pelas instituições de ensino-saúde e, para uma maior participação acadêmica nessas atividades, como forma de aperfeiçoar o seu ensino-aprendizado e a sua formação profissional.

CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi contemplado, confirmando-se a existência de influência positiva das atividades extracurriculares sobre a formação profissional. Ratifica-se que as práticas extramuros proporcionam experiências significativas de aproximação com a realidade.

No entanto, o estudo discorre apenas a situação de um grupo específico e não objetiva a generalização dos seus achados, tendo em vista a sua natureza qualitativa, mas busca identificar características prevalentes e situações correlacionadas na amostra estudada.

Com o aumento de estágios extracurriculares, faz-se necessário a realização de novas pesquisas envolvendo um maior número de instituições de saúde que tenham parceria com o ensino superior em enfermagem para consolidar a importância do estágio extracurricular como ferramenta construtora do aprendizado.

Contribuições dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo: Antonia Natielli Costa da Silva, Deborah Pedrosa Moreira, Alessandra Rocha Mororó Pinheiro; Revisão crítica: Cinthia Maria Andrade de Freitas e Anne Kayline Soares Teixeira; Revisão final: Deborah Pedrosa Moreira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): MEC; 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 23/02/2018.
2. Viana RT, Moreira GM, Melo LTM, Sousa NP, Brasil ACO, Abdon APV. Estágio extracurricular na formação profissional: a opinião dos estudantes de fisioterapia. *Fisioter Pesq*. Setembro de 2012; 19 (4): 339-344.
3. Santos CM, Oliveira SMG. Estágio Extracurricular como complemento das práticas em saúde na graduação. *Revista Baiana de Enfermagem*. Maio-agosto de 2012; 26 (2): 541-546.
4. Brasil. Lei n. 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nºs 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória n. 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 set. 2008.
5. Pinheiro ARM, Medeiros ABF. Manual do estágio extracurricular de enfermagem na área de gerenciamento de risco. Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara – Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. 2016: 20p.
6. Hernández-Sampierre R, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia de pesquisa 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
7. Vinuto J. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Temáticas*. Ago-dez de 2014; 22 (44): 203-220.
8. Prodanov CC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.
9. Urquiza MA, Marques DB. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entretextos*. Jan-jun de 2016; 16 (1): 115-144.
10. Brasil. Resolução do CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Publicada Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a Resolução 196 de 14 de junho de 2013. *Diário Oficial da União*, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 11/11/2019.
11. Martins MPSP, Silva JB, Medeiros ML, Dantas HV. Implantação do novo modelo de gestão hospitalar pública através da organização social. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar ISGH - Hospital Gera Dr. Waldemar Alcântara HGWA. 2009: 30p. 2009 [acesso em 29 Nov 2017]; Disponível em: <http://banco.consad.org.br/handle/123456789/304>.
12. Valença CN, Germano RM, Malveira FAS, Azavedo LMN, Oliveira AG. Articulação teoria/prática na formação em saúde e a realidade do Sistema Único de Saúde. *Rev enferm UERJ*. Nov-dez de 2014; 22 (6): 830-835.
13. Codato LAB, Garanhan ML, González AD, Fernandes MFP. Estudantes, docentes e profissionais na atenção básica: coexistência segundo a fenomenologia heideggeriana. *Trab. educ. saúde*. Ago. de 2017; 15 (2): 519-536.
14. Machado MH, et al. Mercado de trabalho em enfermagem: aspectos gerais. *Enferm. Foco* 2016; 7 (ESP): 35-62.
15. Correia AA, Silva CC, Silva ATMCS, Braga JEFB. Necessidades dos Serviços e Exigências da Academia: uma Articulação Possível. *R bras Ci Saúde*. 2009; 13 (1): 7-12.
16. Nars'Adonis, Talini C, Neves GCS, Krieger JGC, Colaço IA. Estágio voluntário em pronto socorro: instrumento para a formação médica de qualidade. *Rev. Col. Bras. Ago. de 2012; 39 (4): 340-343*.
17. Cavalcanti Valente GS, Viana LO, Garcia Neves, I. As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município do rio de janeiro. *Enfermería Global*. Junho de 2010; (19): 12p.
18. Kirchof ALC, Lacerda MR. Desafios e perspectivas para a publicação de artigos – uma reflexão a partir de autores e editores. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Jan./Mar de 2012; 21 (1): 185-93.
19. Dall'Agnol CM, Oliveira AP, Cardoso ASF. Estágio de administração em enfermagem: repercussões para a equipe em unidades clínico-cirúrgicas. *Rev. Gaúcha Enferm*. 22 de janeiro de 2017; 38 (2): 10p.
20. Bosquetti LS, Braga EM. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. *Rev. esc. enferm. USP*. Dez. de 2008; 42 (4): 690-696.
21. Carvalho MB, Ribeiro MMF, Silva LD, Shimomura FM. A composição do curriculum vitae entre estudantes de medicina e seus condicionantes. *Rev. bras. educ. med*, Dez de 2013; 37 (4): 483-491.
22. Nascimento DT, Dias MA, Mota RS, Barberino LB, Durães L, Santos PAJ. Avaliação dos estágios extracurriculares de medicina em unidade de terapia intensiva adulto. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, vol. 20, no. 4, p. 355-361. Dez. 2008.
23. Souza FA, Paiano M. Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem em início de carreira. *REME – Rev. Min. Enferm*. Abr-jun de 2011; 15 (2): 267-273.

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Sara Maria da Costa Negrão¹
Mayara Nicodemos da Conceição¹
Manoel Junior Ferreira Mendes¹
Jeferson Santos Araújo²
Ingrid Magali Souza Pimentel²
Mary Elizabeth de Santana¹

<https://orcid.org/0000-0002-7828-5654>
<https://orcid.org/0000-0002-0142-3457>
<https://orcid.org/0000-0001-5778-0579>
<https://orcid.org/0000-0003-3311-8446>
<https://orcid.org/0000-0003-1820-5496>
<https://orcid.org/0000-0002-3629-8932>

Objetivo: Avaliar as práticas adotadas por enfermeiros para a segurança dos pacientes oncológicos. **Metodologia:** Estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, utilizando questionário “Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais” (HSOPSC) da “Agency Healthcare Research and Quality”. A pesquisa foi realizada em um hospital público de referência em atendimento oncológico em Belém-Pará. **Resultados:** Foram entrevistados 51 profissionais de enfermagem, sendo que 4 (7,9%) dos profissionais relataram de 11 a 20 eventos que prejudicaram, de forma direta ou indireta, o bem-estar do paciente oncológico. **Discussão:** É possível detectar contradições nas respostas dos profissionais ao realizar a análise das variáveis abordadas na pesquisa. Além disso, não houve relato das ações adotadas pela enfermagem após a notificação de cada adversidade. **Conclusão:** A cultura de segurança ainda não se encontra no padrão ideal, sendo necessária a realização de educação permanente e avaliação frequente dos serviços prestados referentes à segurança do paciente oncológico.

Descritores: Segurança do Paciente; Enfermagem; Câncer.

NURSING EVALUATION ON THE SAFETY OF THE ONCOLOGICAL

Objective: To evaluate the practices adopted by nurses for the safety of oncological patients. **Methodology:** Descriptive exploratory study of quantitative approach using the “Hospital Patient Safety Survey” (HSOPSC) “questionnaire from the Healthcare Research and Quality Agency”. The research was conducted at a public referral hospital for cancer treatment in Belém-Pará. **Results:** 51 nursing professionals were interviewed, of which 4 (7.9%) reported 11 to 20 events that directly or indirectly affected the well-being of cancer patients. **Discussion:** It is possible to detect contradictions in the answers of the professionals when performing the analysis of the variables addressed in the research. Moreover, there is no report of the actions adopted by the nursing after each notification. **Conclusion:** The safety culture is not yet in the ideal standard, being necessary the accomplishment of permanent education and frequent evaluation of the services provided related to the cancer patient safety.

Descriptors: Patient Safety; Nursing; Câncer.

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Objetivo: Evaluar las prácticas adoptadas por las enfermeras para la seguridad de los pacientes con cáncer. **Metodología:** Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cuantitativo que utiliza la Encuesta de Investigación y Calidad de la Salud. La investigación se realizó en un hospital público de referencia para el tratamiento del cáncer en Belém-Pará. **Resultados:** Se entrevistó a 51 profesionales de enfermería y 7,9% de los profesionales informaron de 11 a 20 eventos que afectaron el bienestar del paciente con cáncer. **Discusión:** Es posible detectar contradicciones en las respuestas de los profesionales al analizar las variables abordadas en la investigación. Además, no hubo informes de acciones tomadas por la enfermería después de la notificación de cada adversidad. **Conclusión:** La cultura de seguridad aún no está en el estándar ideal, siendo necesario el cumplimiento de una educación permanente y una evaluación frecuente de los servicios prestados relacionados con la seguridad del paciente con cáncer.

Descritores: Seguridad del Paciente; Enfermería; Câncer.

¹Universidade do Estado do Pará-UEPA

²Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará.

Autor correspondente: Sara Maria da Costa Negrão. E-mail: saramariacn@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente passou a ser conhecida e discutida a partir da publicação, em 1999, do relatório "To err is Human: Building a safer health care system" (Errar é Humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro), do Institute of Medicine, dos Estados Unidos da América (EUA), o qual apresentou números alarmantes a respeito de erros relacionados aos cuidados prestados por profissionais de saúde. De modo que a amplitude da ocorrência dos eventos adversos impulsionou entidades nacionais e internacionais a estabelecer metas voltadas à segurança do paciente (1).

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a segurança do paciente "são ações que minimizem os riscos associados às práticas de assistência à saúde, visando prevenir e reduzir ao máximo os resultados decorrentes dos erros relacionados ao cuidado". Com isso, foram identificados os erros mais frequentes provocados pelos profissionais de saúde que abrange o doente errado; medicamento errado; dose/frequência errada; forma farmacêutica ou apresentação errada; via errada; quantidade errada; rótulo/instrução de administração errada; contraindicação; armazenamento errado; dose ou medicamento omitido; medicamento fora da validade. Além do erro no preenchimento de informações básicas como as características básicas da vítima (faixa etária e sexo), ou o desfecho do caso (1,2).

No Brasil, a segurança do paciente passou a ser discutida a partir da instituição da Portaria MS/GM nº 529 de 01 de abril de 2013, a qual iniciou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que deveria ser implantado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, de modo a colaborar com a qualidade da assistência em saúde (3). No mesmo ano, foi instituída a Resolução - RDC nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual instaurou ações para segurança do paciente, sendo elas: criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP); Plano de Segurança do Paciente (PSP); e Vigilância, Monitoramento e Notificação de Eventos Adversos (4).

A segurança do paciente começou a ser tratada como tema relevante a ser discutido e implementado nas diversas esferas de atendimento dos serviços de saúde, tendo destaque a assistência hospitalar ao paciente em especial o oncológico. Isto devido o crescente aumento de pacientes acometidos pelo câncer e conseqüentemente aumentando o tempo de internação, os procedimentos hospitalares e a intervenção da equipe de saúde no processo de diagnóstico e tratamento (5).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), a estimativa para o Brasil, no biênio 2018/2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma

(cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Nos anos de 2016 e 2017, é da incidência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Somente em 2011, cerca de 14.395 internações de pacientes oncológicos foram realizadas, com tempo de internação médio de 7,82 dias. Tais internações decorrem em procedimentos invasivos, cirúrgicos e clínicos que oferecem diversos riscos de erros e eventos adversos associados aos cuidados em saúde (6,7).

Para que a assistência em saúde seja oferecida de forma adequada ao paciente acometido por câncer, o enfermeiro necessita possuir conhecimento técnico-científico adequado de modo a ofertar cuidados hospitalares complexos de acordo com as necessidades afetadas em decorrência da patologia. Assim, o enfermeiro está diretamente ligado a segurança do paciente oncológico, devido às ocupações inerentes à categoria profissional (8).

A enfermagem cada vez mais têm buscado estratégias para promover a melhoria da assistência de enfermagem ao paciente oncológico. Tal assistência requer conhecimentos específicos, pelo fato de o câncer se configurar como uma patologia que necessita de cuidados complexos e oferece riscos e agravos durante o tratamento. Assim, o enfermeiro que presta cuidados assistenciais ao paciente com câncer, deve oferecer um cuidado em saúde com qualidade e segurança adequados, de forma a minimizar possíveis erros e complicações (9). Pelo exposto, torna-se relevante para o âmbito da segurança do paciente oncológico e da enfermagem, o seguinte questionamento: Quais as práticas adotadas por enfermeiros para a segurança de pacientes oncológicos?

O objetivo deste artigo é avaliar as práticas adotadas por enfermeiros para a segurança dos pacientes oncológicos.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Ophir Loyola, que é o hospital referência da Região Norte em tratamento oncológico. Critérios de inclusão: participaram enfermeiros que atuam diretamente na assistência ao paciente e que trabalham nos turnos matutino e vespertino. Critérios de exclusão: enfermeiros que atuam exclusivamente na gerência e os que estavam de férias no momento do estudo.

População e amostra

A população total de profissionais foi de 58 enfermeiros, sendo que a amostra da pesquisa foi de 51 enfermeiros no

exercício das atividades de enfermagem alocados nos setores de Clínica Cirúrgica, Primeiro Departamento de Câncer, Segundo Departamento de Câncer, Centro de Terapia Intensiva (CTI) e ambulatório. Período da coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2018.

Procedimentos de coleta

A abordagem dos participantes foi realizada em seu ambiente de trabalho, sendo a escolha destes de forma aleatória, respeitando a disponibilidade para responder ao questionário, aceitação de participação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo esta abordagem realizada em um setor por vez. Inicialmente os pesquisadores se apresentavam, explanando acerca da pesquisa e de sua importância e convidando-os a participar. Os participantes que concordaram eram acompanhados a um ambiente reservado, e após a leitura e aceite do TCLE, respondiam ao questionário.

Instrumento de coleta de dados

A coleta se deu por meio da aplicação de um questionário intitulado "Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais" (HSOPSC), da "Agency Healthcare Research and Quality" dos EUA, que tem como objetivo avaliar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chaves relacionados à segurança, valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão. As respostas obtidas foram organizadas em consonância com as variáveis abordadas por testes paramétricos para desenvolver a conclusão acerca da avaliação das práticas abordadas sobre a segurança dos pacientes oncológicos.

Procedimentos de análise

A análise ocorreu por intermédio da estatística descritiva, as variáveis na pesquisa incluíram o gênero, grau de instrução dos participantes, carga horária semanal, tempo de trabalho no hospital e a área/unidade de trabalho dos participantes. Além disso, foi aplicada a Escala de Likert para avaliar o nível de concordância dos participantes sobre as respostas dadas ao serem questionados sobre a aplicação de medidas de segurança do paciente no hospital. A avaliação abrange com respostas variando de muito ruim a excelente.

Procedimentos éticos

Após a autorização da realização da pesquisa no Hospital, da aprovação do Comitê de Ética e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE o questionário foi aplicado. Sendo todos codificados com letras e números

para evitar a identificação dos enfermeiros, resguardando-se o anonimato. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem "Magalhães Barata" da Universidade do Estado do Pará (CAAE 73031417.1.0000.5170) e o CEP do Hospital Ophir Loyola (CAAE 73031417.1.3001.5550).

RESULTADOS

Pode-se constatar na tabela 1 a seguir, com a utilização das variáveis abordadas, a predominância do gênero feminino nos cuidados de pacientes oncológicos, sendo o total de 44 (86,3%) profissionais. Quanto ao grau de instrução, a Pós-Graduação Lato sensu (Especialização) prevaleceu com 43 (84,3%) e com Pós-Graduação Stricto sensu 3 (5,9%). Em relação ao tempo de trabalho no hospital, 15 (29,4%) enfermeiros afirmaram que trabalham no hospital de 1 a 5 anos. Além disso, à carga horária semanal relatada pelos participantes, 26 (51,0%), está entre 20 a 39 horas semanais. Ademais, observa-se que a maior parte dos participantes trabalham em unidades de cirúrgicas 27,5% (14) e unidade de terapia intensiva 27,5% (14).

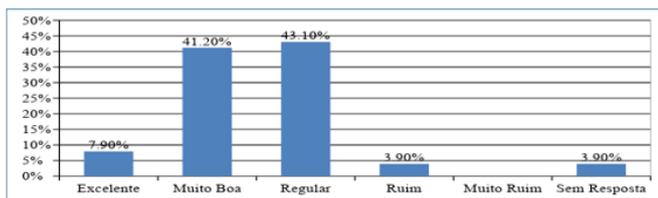
Tabela 1: Perfil dos enfermeiros do Hospital Ophir Loyola. Belém-PA. 2018.

Gênero	N	%
Feminino	44	86,3
Masculino	7	13,7
TOTAL	51	100
Grau de Instrução	N	%
Ensino Superior Completo	5	9,8
Pós-graduação (Nível Especialização)	43	84,3
Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)	3	5,9
TOTAL	51	100
Tempo de Trabalho no Hospital	N	%
Menos de 1 ano	11	21,5
1 a 5 anos	15	29,4
6 a 10 anos	10	19,6
11 a 15 anos	8	15,7
16 a 20 anos	5	9,8
21 anos ou mais	2	3,9
TOTAL	51	100
Carga Horária Semanal	N	%
Menos de 20 horas	4	7,8
20 a 39 horas	26	51
40 a 59 horas	16	31,4
60 a 79 horas	5	9,8
80 a 99 horas	-	-

100 horas ou mais	-	-
TOTAL	51	100
Principal área/unidade de trabalho	N	%
Cirurgia	14	27,5
UTI	14	27,5
Clínica (não cirúrgica)	5	9,8
Sector de Emergência	2	3,9
Diversas unidades do hospital/nenhuma unidade específica	2	3,9
Outras	14	27,4
TOTAL	51	100
Tempo de trabalho na atual área/unidade do hospital	N	%
Menos de 1 ano	17	33,3
1 a 5 anos	18	35,3
6 a 10 anos	12	23,5
11 a 15 anos	4	7,9
16 a 20 anos	-	-
21 anos ou mais	-	-
TOTAL	51	100

Os participantes da pesquisa avaliaram a segurança do paciente na sua área de acordo com uma nota baseado na Escala de Likert com a estratificação de muito ruim a excelente. Logo, dos 51 enfermeiros, 25 (43,1%) avaliaram a segurança do paciente como regular.

Gráfico 1: Avaliação da segurança do paciente no hospital. Belém-PA. 2018.



Aos participantes da pesquisa também foi perguntado a quantidade de notificações de eventos preenchidas nos últimos 12 meses. Constatou-se que 22 (43,1%) profissionais não relataram nenhuma notificação. Já 4 (7,9%) dos profissionais alegaram que ocorreu de 11 a 20 eventos que prejudicaram de forma direta ou indireta o bem-estar do paciente oncológico.

DISCUSSÃO

Na pesquisa o gênero feminino mostrou-se predominante como força de trabalhos nos setores supracitados. Contudo, o gênero não é um indicativo de avaliação para definir competência no que determina a segurança do paciente. Este maior número é justificável devido a maior parte dos

profissionais atuantes de enfermagem serem do sexo feminino⁽¹⁰⁾.

Entretanto, ao relacionar cuidados com o paciente ao grau de instrução, pode-se verificar um hospital com corpo profissional bastante capacitado. De modo que mais de 90% dos enfermeiros que atuam nos setores possuem Pós-Graduação Lato sensu, de forma que a elaboração de planos no o cuidado do paciente proporciona maior qualidade técnica. O que se justifica pela porcentagem de relatos de Eventos notificados ocorridos durante um ano. Conforme os resultados apresentados 22 (43,1%) dos enfermeiros não relataram nenhuma notificação⁽¹⁰⁾.

Na análise da carga horária semanal de trabalho, predomina o período de 20 a 39 horas semanais (51,0%). É sabido que longas jornadas de trabalho causam exaustão ao profissional, estresse e por vezes, levam à ocorrência de falhas na assistência e eventos adversos. Entretanto, na pesquisa verifica-se que a maior parte dos participantes possui uma carga horária de trabalho adequada, a qual evita que ocorram erros na assistência por cansaço, fadiga, dentre outros⁽¹⁰⁾.

Sobre as medidas adotadas para segurança dos pacientes oncológicos, baseados nas respostas no questionário aplicado, mostrou-se positiva em apresentar respostas fundamentais para uma assistência digna ao paciente oncológico. Entretanto, ocorreu contradições quando os profissionais não relataram aos pesquisadores os erros mais frequentes, gravidade, ou as respectivas ações implementadas para a prevenção⁽¹¹⁾.

Com relação à frequência de eventos relatados na área de trabalho, predominando as respostas positivas (50,4%). Estas respostas podem indicar que a maioria dos profissionais afirmam realizar as notificações dos erros/eventos adversos. No entanto, ao se comparar estas respostas com o número de eventos notificados por participante, observa-se que a maioria dos entrevistados não realizaram nenhuma notificação no último ano sendo 43,1%. Estes dados são contraditórios, pois, é observado que apesar de os profissionais afirmarem que as notificações são realizadas, o número destas relatadas por profissional é pequeno. Existe a possibilidade de subnotificações de eventos, as quais devem ser combatidas, pois pode existir o risco de profissionais estarem cometendo os mesmos erros inúmeras vezes, causando eventuais transtornos na saúde do paciente oncológico⁽¹¹⁻¹³⁾.

Além disso, foi detectado disparidade de opiniões entre os enfermeiros, uma vez que 22 (41,2%) consideram a segurança do paciente como muito boa ou excelente e 25 (43,1%) consideravam a mesma como regular. Considera-se que os profissionais que optaram pela classificação de nota "regular" julgam que o hospital está caminhando para uma segurança do paciente efetiva, mas ainda está em processo

de implantação de medidas de segurança em alguns setores, e em etapa de construção de uma cultura de segurança entre a equipe, ainda não alcançando o nível desejado. Esta opinião é vista como positiva, uma vez que, é benéfico ao serviço hospitalar que os enfermeiros sejam capazes de reconhecer que há falhas, verificar quais são elas e buscar corrigi-las⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Limitações do estudo

No decorrer da coleta de dados, foram observadas fragilidades no processo de aplicação do questionário, a saber: a recusa por alguns enfermeiros em participar da pesquisa devido o extenso questionário, o preenchimento incompleto do questionário por alguns participantes devido não considerarem algumas questões aplicáveis ao seu local de trabalho; verificando-se a necessidade de realizar avaliações em um curto período de tempo, de modo que o profissional não considere a participação na pesquisa como prejuízo para suas atividades. Também é necessária a avaliação das especificidades de cada setor, para que estes sejam avaliados com maior eficácia. Ressalta-se a dificuldade encontrada em realizar a aplicação do instrumento de coleta de dados para um público maior, devido à grande extensão do questionário e as muitas atribuições do enfermeiro em oncologia.

Contribuições do estudo para a prática

A realização deste estudo permitiu visualizar as mais variadas dimensões da segurança do paciente no hospital oncológico, bem como conhecer o perfil dos enfermeiros assistenciais e suas opiniões em relação a segurança do paciente oncológico em sua unidade de trabalho. Também foi possível conhecer as práticas dos enfermeiros sobre as medidas de segurança ao paciente oncológico.

Os resultados da pesquisa demonstraram que grande parte dos participantes considera a segurança do paciente em seu ambiente de trabalho como boa. No entanto, são apresentadas contradições quanto a esta afirmativa no decorrer dos resultados obtidos, como o baixo percentual de notificações relatado, sendo sugerida a existência de subnotificação.

Em comparativo, o maior percentual dos entrevistados considerou a nota de segurança do paciente como regular, havendo um reconhecimento por estes de que ainda há falhas a serem observadas e corrigidas, bem como a necessidade de melhorias na implantação de protocolos na prática clínica, notificação adequada de eventos e avaliação periódica dos serviços e da segurança no cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível avaliar as práticas adotadas por enfermeiros para a segurança dos pacientes oncológicos. Observou-se que na sua maioria, os enfermeiros participantes da pesquisa buscam proporcionar a seus pacientes por meio de sua assistência um cuidado seguro e livre de danos. É reconhecido por estes participantes que ainda há barreiras a serem enfrentadas e dificuldades a serem superadas, mas os profissionais demonstram-se em geral, empenhados em prestar aos pacientes oncológicos um cuidado qualificado.

Ressalta-se ainda a subnotificação, problema este diagnosticado pelos próprios enfermeiros no momento da aplicação do instrumento de coleta de dados. Esta subnotificação ocorre por diversos fatores, seja por desconhecimento de sua importância, por falta de acesso aos documentos necessários para realizá-la ou até mesmo pelo medo de repreensões. No entanto, a notificação de erros e eventos adversos possui caráter decisivo no processo de avaliação das falhas e busca por avanços para um cuidado cada vez mais seguro.

Assim, pode-se compreender que a segurança do paciente oncológico é extremamente relevante, visto que estes pacientes, estando com a saúde fragilizada, necessitam de cuidados redobrados, e estão mais propensos a sofrer com erros e eventos adversos devido sua alta complexidade de assistência. Portanto, cabe a cada enfermeiro avaliar sua assistência prestada e buscar, cada vez mais um cuidado livre de danos.

E esta busca deve ser apoiada diretamente pelos demais membros da equipe multiprofissional e pelos gestores do hospital, proporcionando a ambiência e os recursos necessários para que o paciente oncológico seja tratado com as medidas de segurança adequadas, recebendo um tratamento de qualidade e livre de erros e eventos adversos.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Sara Maria da Costa Negrão, Mayara Nicodemos da Conceição, Manoel Junior Ferreira Mendes, Jeferson Santos Araújo, Ingrid Magali Souza Pimentel, Mary Elizabeth

REFERÊNCIAS

1. Souza CS, Tomaschewski-Barlem JG, Dalmolin GL, Silva TL, Neutzling BRS, Zugno RM Estratégias fortalecedoras da cultura de segurança. *Rev enferm UERJ*.2019; 27: e 38670.
2. Mitchell R. Using the WHO International Classification of patient safety framework to identify incident characteristics and contributing factors for medical or surgical complication deaths. *Applied Ergonomics*, 2019; 82: e 102920.
3. Adamy EK. Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. *Rev Enferm Health Care* [Online]. 2018;7(1):272-78.
4. Maia CS. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saude*.2018;27(2): e 2017320.
5. Aires RSP. Segurança do Paciente na assistência à saúde. *Blucher Education Proceedings*.2017;2(1):198 - 204.
6. Paixão DPSS. Adesão aos protocolos de segurança do paciente em unidades de pronto atendimento. *Rev. Bras Enferm*.2018;71(1):622-629.
7. Silva MEB, Torres OSN, Silva TB, Araújo CS, Alves TL. Práticas Integrativas e Vivências em Arteterapia no Atendimento a Pacientes Oncológicos em Hospital Terciário. *Revist. Port. Saúde e Sociedade*.2018;3(1):721-31.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva -INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Dados consolidados. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de ensino, serviço de educação e informação. ABC do Câncer: Abordagem Básica para o controle do Câncer. 3ª edição revista e atualizada. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
10. Sandro Rogério Almeida Matos Junior; Samara Stephanny Morais Santos Matos. Assistência de enfermagem em emergências oncológicas: uma revisão integrativa da literatura no período de 2008 a 2016. *Caderno de Graduação Ciências Biológicas e de Saúde Unit*. 2018; 4(3):105-12.
11. Marques J. et al. Cultura de Segurança e o Processo de Comunicação entre Membros da Equipe de Enfermagem. *Revista enfermagem atual*. 2018;86(24).
12. Notaro KAM. et al. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. *Rev Lat-Americana de Enferm*. 2019;27: e3167.
13. Ortega DB; D'Innocenzo M; Silva LM, Bohomol E. Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(2):168-73.
14. Neto ALS; Lima AJ; Souza RC. A segurança do paciente no ensino profissionalizante: relato de uma campanha. *Revista ELO - Diálogos em Extensão*. 2018;07(2):44 - 48.
15. Figueiredo ML; D'Innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enferm. glob*. 2017;16(47):621-35.
16. Andrade LEL. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc. saúde colet*. 2018;23(1):161 - 172.

PERCEPÇÕES DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Vanessa Cristina Alves Somariva¹

Ioná Vieira Bez Birolo¹

Cristiane Damiani Tomasi¹

Jacks Soratto¹

<https://orcid.org/0000-0002-0523-4389>

<https://orcid.org/0000-0002-6298-563X>

<https://orcid.org/0000-0002-1813-765X>

<http://orcid.org/0000-0002-1339-7268>

Objetivo: Avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Atenção Básica de um município do extremo sul catarinense, frente às percepções das equipes de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 76 profissionais de enfermagem, por meio de questionário com 66 questões objetivas, vinculadas aos aspectos sócios demográficos e aos 7 domínios sobre a percepções da assistência de enfermagem e do processo de enfermagem. Foi considerado potencialidades médias 4 a 5, neutra 3 a 4, e fragilidades menores que 3 pontos. **Resultados:** foram encontradas potencialidades nos domínios 4 e 5, neutra nos domínios 1, 2 e 7, e fragilidade no domínio 3. **Conclusão:** os participantes demonstraram ter conhecimento, capacidade de identificação dos benefícios e elementos dificultadores ou facilitadores da SAE, contudo estes ainda apresentam dificuldades para aplicar a SAE em seu local de trabalho. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem.

PERCEPTIONS OF NURSING TEAMS IN PRIMARY CARE FOR THE SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE

Objective: To evaluate the Nursing Care Systematization (SAE) in Primary Care in a city in the extreme south of Santa Catarina, in view of the perceptions of nursing teams. **Methodology:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 76 nursing professionals through a questionnaire with 66 objective questions, linked to sociodemographic aspects and the 7 domains on the perceptions of nursing care and the nursing process. It was considered average potentialities 4 to 5, neutral 3 to 4, and weaknesses below 3 points. **Results:** Potentials were found in domains 4 and 5, neutral in domains 1, 2 and 7, and fragility in domain 3. **Conclusion:** participants demonstrated knowledge, ability to identify benefits and hindering or facilitating elements of SAE, however. They still have difficulty applying SAE in their workplace. **Descriptors:** Primary Health Care; Nursing; NursingCare; NursingProcess.

PERCEPCIONES DE EQUIPOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN BÁSICA PARA SISTEMATIZACIÓN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Objetivo: Evaluar la Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) en Atención Primaria en un municipio del extremo sur de Santa Catarina, en vista de las percepciones de los equipos de enfermería. **Metodología:** Este es un estudio transversal con un enfoque cuantitativo, realizado con 76 profesionales de enfermería a través de un cuestionario con 66 preguntas objetivas, vinculadas a los aspectos sociales demográficos y los 7 dominios sobre las percepciones de los cuidados de enfermería y el proceso de enfermería. **Resultados:** se encontraron potenciales en los dominios 4 y 5, neutros en los dominios 1, 2 y 7, y fragilidad en el dominio 3. **Conclusión:** los participantes demostraron conocimiento, capacidad para identificar beneficios y obstaculizar o facilitar elementos de SAE. Todavía tienen dificultades para aplicar SAE en su lugar de trabajo. **Descriptor:** Atención primaria de salud; Enfermería; Cuidado de enfermería; Proceso de enfermería.

PERCEPCIONES DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Objetivo: Evaluar la Sistematización de La Atención de Enfermería (SAE) em Atención Primaria en um município del extremo sur de Santa Catarina, en vista de las percepciones de los equipos de enfermería. **Metodología:** Este es un estudio transversal con un enfoque cuantitativo, realizado con 76 profesionales de enfermería a través de un cuestionario con 66 preguntas objetivas, vinculadas a aspectos sociodemográficos y los 7 dominios sobre las percepciones de los cuidados de enfermería y el proceso de enfermería. **Resultados:** se encontraron potenciales en los dominios 4 y 5, neutros em los dominios 1, 2 y 7, y fragilidad en el dominio 3. **Conclusión:** los participantes demostrar on conocimiento, capacidad para identificar beneficios y obstaculizar o facilitar elementos de SAE, sin embargo. Todavía tienen dificultades para aplicar SAE em su lugar de trabajo. **Descriptor:** Atención Primaria de Salud .Enfermería. Atención de Enfermería. Proceso de enfermería

¹Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma/SC.

Autor correspondente: Vanessa Cristina Alves Somariva. E-mail: vanessasomariva@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem para a organização do trabalho, o método, instrumento e pessoal, estabelecendo o modo de operacionalização sistematizado ao processo de enfermagem fundamentado em um modelo teórico, norteador para aplicação das suas cinco etapas operacionais: Coleta de Dados; Diagnóstico; Planejamento, Implementação e Avaliação. Desta forma a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite ao enfermeiro planejar e tomar decisões conjuntas com a equipe de enfermagem identificando as necessidades de diversas ordens, por parte dos serviços, da própria equipe e dos usuários, contribuindo para a melhoria efetiva da resolução das problemáticas da prática diária⁽¹⁾. Diante desta afirmação a enfermagem possui uma notável relevância nas organizações públicas e privadas, sendo uma das maiores categorias profissionais.

Neste processo de desenvolvimento profissional a SAE é de fundamental importância para o fortalecimento e reconhecimento das equipes de enfermagem, seja no âmbito da atenção básica quanto no meio hospitalar, nos setores públicos ou privados. Deste modo teve-se como objetivo deste estudo avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica frente às percepções das equipes de enfermagem.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O estudo trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, com abordagem quantitativa.

Participantes e local do estudo

A seleção dos participantes foi realizada por sorteio online, cada unidade de saúde recebeu um número, sendo incluídas no estudo 39 UBS.

Foram incluídos no estudo profissionais de enfermagem atuantes na Atenção Básica de um município do extremo sul catarinense, com tempo de formação em curso de enfermagem de pelo menos 6 meses e tempo de atuação na Atenção Básica superior a 6 meses.

Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre setembro e novembro de 2018, através da entrega do questionário para os participantes, no seu local de trabalho, esclarecendo dúvidas de preenchimento e agendando a devolução em uma semana. Os questionários foram recolhidos pessoalmente pelo pesquisador (VCAS) nas respectivas UBSs.

O questionário foi dividido em três blocos, sendo o

primeiro referente a dados sócios demográficos; o segundo e terceiro são referentes ao questionário validado de Ribeiro⁽²⁾, com 66 questões divididas em 7 domínios frente às Percepções da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE). O segundo bloco avaliou os aspectos conhecimento, benefícios e elementos dificultadores ou facilitadores compreendendo o Domínio 1(D1):sua percepção sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE), (12 questões) ; Domínio 2(D2): Sua percepção sobre capacitação e aperfeiçoamento referente SAE e PE (6 questões); Domínio 3(D3):Sua percepção sobre as dificuldades na implementação da SAE e realização do PE na sua unidade de saúde, (11 questões); Domínio 4(D4):sua percepção sobre os benefícios que o uso da SAE e PE pode trazer, (7 questões); Domínio 5(D5): sua percepção sobre o que poderia facilitar a implementação da SAE e a realização do PE na sua unidade, (11 questões). O terceiro bloco avaliou a percepção individual sobre a situação da SAE e PE na sua unidade de atuação com o Domínio 6 (D6): sua percepção sobre o que ocorre na sua unidade (9 questões) e por fim, o Domínio 7(D7): Sua percepção quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE (10 questões). Cada questão recebeu um escore de 1 a 5, sendo menor de 3 como fragilidades, de 3 a 4 como neutra, 4 e 5 como potencialidade.

Análise estatística

Para a análise dos dados foi realizado o processo de inversão das escalas, consideramos como respostas positivas as alternativas de maiores valores, ou seja, respostas assinaladas nas colunas 4 e 5, e para respostas negativas questões identificadas nas colunas entre 1 e 2, e intermediária na coluna 3. Utilizou análise estatística descritiva, sendo os dados apresentados com medias e desvio-padrão, bem como mediana e valores mínimo e máximo. O processo de organização foi realizado com auxílio do software Microsoft excel.

Procedimentos éticos

Inicialmente foi solicitada autorização para a realização da pesquisa na instituição e posteriormente o projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado pelo parecer nº CAAE 91956218.6.0000.0119. Na realização da pesquisa foi verificado a possibilidade de participação voluntária com garantia do anonimato preservada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Perfil dos participantes

A amostra do estudo foi constituída por 76 profissionais de enfermagem, destes 31 (40,78%) enfermeiros e 45 (59,22%) técnicos de enfermagem. Houve a predominância do sexo feminino $n=68$ (89,5%) entre os participantes.

Quanto à faixa etária, o estudo aponta que a maioria dos participantes se encontrava entre 36 a 40 anos de idade (29%), seguido da faixa etária de 31 a 35 (19%), e 26 a 30 (19%).

Ao analisar a equipe de enfermagem percebe-se que 47% dos 76 participantes possuem especialização em alguma área da saúde. Os técnicos de enfermagem, muito embora atuem no serviço em função que exija nível médio, 5 desses têm nível superior com especialização, totalizando (6,5%) das especializações em nível Lato Sensu, das equipes de enfermagem. Ainda, destaca-se a Saúde da família como especialização cursada por 8 participantes (38%) com especializações na área da saúde. Quanto ao vínculo empregatício todos os participantes são servidores públicos efetivos por regime estatutário da instituição.

Em relação ao tempo de formação, tempo de atuação na atenção básica e tempo de vínculo empregatício, expressa em anos, os profissionais de enfermagem apresentaram tempo médio de formação em enfermagem de 8,93 ($\pm 5,4$) anos, com tempo máximo de 33 anos, enquanto o tempo médio de atuação na Atenção Básica foi de 6,26 anos ($\pm 5,2$), com o mínimo de 6 meses. Para o tempo médio de vínculo empregatício com a instituição pesquisada foi de 3,47 ($\pm 2,7$) anos. É perceptível uma diferença considerável entre as três variáveis citadas, principalmente quando analisados os números obtidos no tempo mínimo (6 meses) e máximo (33 anos) de cada variável, todavia foi considerado por alguns participantes sua primeira titulação de enfermagem, resultando em uma maior média analisada em anos.

Percepções das equipes de enfermagem frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica

Os domínios que apresentaram as maiores médias (4,1 \pm 0,04) foram os domínios Benefícios da SAE e Facilitadores para implementação. Já os menores escores foram encontrados no domínio SAE na Unidade de Saúde (2,8 \pm 0,05), apontando baixa implementação por parte da equipe da enfermagem no local de trabalho (tabela 1).

Tabela 1 - Descrição simplificada dos domínios da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE), Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2018.

Domínios	Desvio					
	Média	padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	
D1	Conhecimento sobre SAE	3,8	0,04	2,67	3,71	4,83
D2	Capacitação e aperfeiçoamento	3,2	0,11	1,0	3,5	4,75
D3	Dificuldades na implementação e realização	3,5	0,05	2,5	3,45	4,2
D4	Benefícios da SAE	4,1	0,05	3,0	4,0	5,0
D5	Facilitadores para implementação	4,1	0,04	2,55	4,0	5,0
D6	SAE na unidade de saúde	2,8	0,05	1,0	2,89	4,78
D7	Atuação profissional individual	3,5	0,04	1,75	3,38	5,0

Classificação dos domínios de acordo com as respostas dos participantes

Quando analisadas as respostas dos enfermeiros, observou-se que em 4 domínios os escores médio foi inferior a 4. O domínio 6 - aplicação da SAE - teve a menor média (2,4 \pm 0,8), entre os enfermeiros. Vale ressaltar que frente ao conhecimento, reconhecimento de fatores facilitadores e benefícios inerentes a SAE e PE tiveram escores médios iguais ou superiores a 4.

Entre os técnicos de enfermagem não se observou domínios com escores médios inferiores a 3. Os domínios 2,3,6 apresentaram as menores médias, nestes são avaliadas a capacitação e aperfeiçoamento; dificuldades na implementação e realização no ambiente de trabalho e ocorrência da sistematização na sua unidade, respectivamente. Contudo estes tiveram como maior média^(4,10) o domínio 7 que trata da percepção quanto a sua atuação profissional individual em relação ao PE. Ao analisar as respostas de toda equipe de enfermagem percebe-se que os domínios que tiveram a maior pontuação foram os domínios 4 e 5.

Tabela 2 - Distribuição das respostas dos participantes nos domínios da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Processo de Enfermagem (PE), conforme estratificação do questionário, Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2018. (N=76)

Domínios	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Enfermeiros (n=31)					
D1	4,0	0,4	3,2	4,1	4,8
D2	3,1	0,8	0,0	3,2	4,2
D3	3,6	0,4	2,5	3,5	4,2
D4	4,3	0,4	3,7	4,1	5,0
D5	4,3	0,4	3,7	4,4	5,0
D6	2,4	0,8	0,0	2,4	3,9
D7	2,8	0,2	2,3	2,8	3,0
Técnicos de Enfermagem (n=45)					
D1	3,63	0,46	2,67	3,67	4,83
D2	3,23	1,02	0,0	3,50	4,75

D3	3,37	0,30	2,82	3,36	4,09
D4	3,98	0,50	3,00	4,00	5,00
D5	3,95	0,48	2,55	4,00	5,00
D6	3,15	0,78	1,44	3,00	4,78
D7	4,10	0,89	1,75	3,25	5,00
Equipe de enfermagem (n=76)					
D1	3,77	0,48	2,67	3,71	4,83
D2	3,18	0,94	0,0	3,50	4,75
D3	3,44	0,34	2,55	3,45	4,18
D4	4,09	0,48	3,00	4,00	5,00
D5	4,11	0,49	2,55	4,00	5,00
D6	2,86	0,88	0,0	2,89	4,78
D7	3,62	0,90	1,75	3,38	5,00

Os participantes identificaram pontos importantes que trazem benefícios e os que dificultam de alguma forma a implementação da SAE. Como facilitadores, o uso de prontuário eletrônico, adoção de linguagem padronizada, número adequado de colaboradores, apoio institucional principalmente da gestão direta, adoção de protocolos, educação permanente, estabelecendo uma média geral para equipe de enfermagem de⁽⁴⁻¹¹⁾.

Em relação aos fatores dificultadores os mesmos atribuíram, a falta de reconhecimento e credibilidade da SAE como método científico por parte da própria equipe de enfermagem, demais profissionais da equipe e clientes, local inadequado, interrupções nos atendimentos, obtendo média (4,09 +- 0,48).

DISCUSSÃO

Diante dos achados neste estudo é possível identificar a predominância do gênero feminino, esta relevância feminina na enfermagem certamente está atribuída pelo seu fortalecimento ao longo da história, atrelado a grandes nomes que transformaram o modo de se produzir cuidado como Florence Nightingale. A participação das mulheres em campos de batalha nas grandes guerras contribui significativamente para o reconhecimento e desmistificação do preconceito que existia em torno da participação da mulher nestes cenários, de predominância masculina, tornando cada vez mais possível sua aparição e atuação pública da mulher na enfermagem com uma ocupação para o desenvolvimento da assistência do cuidado⁽³⁻⁵⁾.

Quanto à faixa etária dos participantes as idades entre 26 a 35 anos (38%), foram à maioria, este resultado respalda-se nas informações divulgadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (2016) que aponta "a predominância de profissionais entre as faixas etárias de 26 a 35 anos, representando 38% de todos os profissionais de enfermagem do território Brasileiro". Essa predominância pode estar relacionada ao aumento de cursos de enfermagem oferecidos

em todo país, corroborando com as exigências de formação na área para o ingresso no mercado de trabalho⁽⁶⁻⁷⁾.

Frente à formação acadêmica, (47%) dos participantes possuem pós-graduação na área da saúde. Isso aponta que a busca pelo conhecimento científico e o domínio de novas práticas baseada em evidências na enfermagem vem se solidificando ao longo da história. Certamente isso é possível pela capacidade que estes profissionais tiveram de acompanhar as constantes transformações ocorridas nos diversos cenários de atuação⁽⁸⁾.

Ao analisar os resultados alcançados, observa-se claramente que a equipe de enfermagem de acordo com suas percepções frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem, reconhecem de modo significativo os benefícios e os fatores facilitadores para sua implementação, estes que foram o tema central de 2 dos domínios (D4 e D5), com perguntas direcionadas ao reconhecimento e favorecimento das equipes e seus clientes através da aplicação efetiva da SAE.

Assim como apresentaram ter conhecimento sobre o tema avaliado no D1, embora com uma média (3,77), considerada inferior frente às respostas potenciais, aproximando-se das maiores médias. Diante deste cenário é possível avaliar o conhecimento teórico sobre o tema, o que não excluiu a necessidade de apropriação metodológica da SAE em relação à prática por parte desses profissionais, para a autonomia das equipes no tocante à qualidade da assistência e o cuidado prestado⁽⁹⁾.

No D6 que avaliou in loco a aplicação da SAE e PE na unidade de saúde, obteve-se a menor média (2,86), todavia na análise de respostas da estratificação dos domínios se manteve como resposta frágil com média (2,8), não havendo diferenciação significativa nos resultados alcançados.

Outra média que chamou a atenção sobre a resposta dos enfermeiros foi a do D7 média (2,8) que avaliou a atuação profissional individual, principalmente com questões voltadas para os enfermeiros no uso de terminologias reconhecidas mundialmente, não atingindo uma resposta potencial. Por meio, dos D6 e D7 foi possível identificar que os enfermeiros encontram dificuldades para implementar a SAE no âmbito da atenção primária, acontecimento que pode estar associado a exclusão dos técnicos de enfermagem em algumas das etapas operacionais da implementação, já que estes tiveram médias superiores nestes domínios. Essa fragilidade na interação da equipe implica de forma significativa na prestação da assistência de enfermagem^(9,10).

Este resultado ainda reforça os achados obtidos em outros estudos que apontam o conhecimento como um fator determinante para a implementação da SAE. Todavia não é o suficiente para realizar sua aplicação com qualidade, visto que

muitos profissionais conhecem, alguns apenas ouviram falar, e ainda aqueles que não têm nenhuma familiaridade com o tema. Essa inconsistência de informações contribui para a fragmentação, bem como uma visão errônea de conceituação e execução da SAE(11,12,13).

A SAE e o PE estão conceitualmente definidas na Resolução nº 358/2009, sendo que o processo de enfermagem se configura pela também expressão de consulta de enfermagem composta por 5 etapas operacionais. O fato é que os termos ainda confundem os profissionais de enfermagem. Em relação aos enfermeiros, as dúvidas mais frequentes estão relacionadas à abordagem do conceito do PE, para uma simplificação da SAE, quando na verdade este faz parte da SAE, não podendo ser fragmentado ou dissolvido como uma prática assistencial de domínio próprio. Os demais profissionais de enfermagem muitas vezes apresentam dificuldades de compreensão, ou o próprio desconhecimento sobre o tema, em virtude de não participarem de todo o processo operacional da SAE, restringindo sua participação, na coleta de dados, implementação e avaliação correspondentes ao PE(1).

Outras resoluções reforçam a importância da SAE e PE, a resolução 429/ 2012 que “dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico”. Na resolução 514/2016 temos aprovado o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem(14).

Alguns estudos revelam que as dificuldades de operacionalização do PE, indicam que não utilizar métodos científicos reconhecidos que embasem as práticas assistenciais de enfermagem, prejudicam nos processos estruturais, nos recursos humanos, aumentam a formação de agentes dificultadores, assim como distanciamento entre as instituições de ensino e serviços, que fomentem a formação desses profissionais. É sabido que para aplicar a SAE os profissionais de enfermagem devem estar tecnicamente qualificados, para assumir responsabilidades coletivas e individuais dentro das equipes(15,16,17).

Este estudo faz uma análise descritiva dos domínios sobre SAE e PE, desenvolvida com uma amostra reduzida de enfermeiros e técnicos de enfermagem, não permite analisar associações, mas permite vislumbrar hipóteses para novos estudos.

Limitações do estudo

As limitações do estudo se restringiram a recusa de alguns profissionais em participar do estudo, assim como o mal preenchimento ou preenchimento de forma errônea, e

até mesmo questionários não entregues ou entregues em branco, contribuíram para a principal limitação da pesquisa, reduzindo o tamanho da amostra. Questões territoriais, referente ao deslocamento exigido para a aplicação dos questionários, também influenciaram no resultado final do estudo.

Contribuições do estudo para a prática

A principal contribuição do estudo para o cenário de atuação profissional da enfermagem permitiu a realização de um diagnóstico situacional da aplicabilidade da SAE nas unidades básicas de saúde de um determinado município, o que possibilita desenvolver ações práticas reflexivas voltadas ao fortalecimento e valorização do uso desta ferramenta na Atenção Básica, respaldadas nos conhecimentos já adquiridos pelos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados, visto que a proposta inicial atribuía à avaliação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na Atenção Básica de um município do extremo sul catarinense, frente às percepções das equipes de enfermagem sustentou-se nos resultados.

Os participantes identificaram sem objeções os aspectos que concernem os benefícios e dificuldades para a implementação da SAE e PE em seu processo de trabalho. Todavia houveram situações que merecem atenção desses profissionais de enfermagem, principalmente na operacionalização e efetivação de todas as etapas operacionais da SAE e PE em seu ambiente de trabalho.

É preciso enfatizar que quando realizadas comparações entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem, estes últimos apresentaram menor familiaridade de conhecimento a cerca do que são e a qual a aplicabilidade da SAE e PE.

Os enfermeiros apresentaram maior fragilidade no domínio 6, que tratou da ocorrência da implementação da SAE e PE no seu local de trabalho, mesmo apresentando conhecimento adequado sobre os fatores benéficos e dificultadores, estes não conseguem operacionalizar a assistência de cuidado na sua prática.

O desenvolvimento da SAE e PE é fragmentado, restrito a apenas algumas etapas operacionais, em geral na coleta de dados ou histórico de enfermagem, seguido da evolução de enfermagem. Isso prejudica a tomada de decisão da equipe, por não se sustentar em um planejamento sólido, baseado em evidências científicas, denotando uma certa resistência dos profissionais de enfermagem em aderir métodos reconhecidos legalmente.

Deste modo a Educação Permanente em Saúde surge

como ferramenta importante para melhorar as práticas operacionais e assistenciais de enfermagem nos cenários de atuação. Contudo é preciso que os profissionais de enfermagem estejam propensos as mudanças, estabelecendo uma relação de co-responsabilidade para assistência prestada, envolvendo todos os atores sociais.

Contribuição dos autores

Vanessa Cristina Alves Somariva, Ioná Vieira Bez Birolo e Cristiane Damiani Tomasi: concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; Jacks Soratto: interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Cofen. Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 358/2009, que dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. 2009 [cited 2018 Nov. 10] Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>.
2. Ribeiro, Grasielle Camisã. Diagnóstico situacional da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade básica de saúde de Campinas-SP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2015 [cited 2018 Dez 01]. Available from: doi:10.11606/D.7.2017.tde-10052017-092656
3. Sell CT, Padilha MIS, Peres MAA. Relações interprofissionais de saúde na Marinha do Brasil - uma análise na perspectiva de gênero. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 [cited 2019 Out 21]; 18(3). 464-471. Available from :<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0464.pdf>
4. Martins DF, Benito LAO. Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. Universitas: Ciências da Saúde [Internet]. 2016 [cited 2019 Out 21]; 14(2). 153-166. Available from:file:///C:/Users/PC/Downloads/3810-19597-3-PB.pdf
5. Bacha Angela Maria, Crassiotto Oswaldo da Rocha, Caciye Denis Barbosa, Carvasan Gislaíne Aparecida Fonsechi, Machado Helymar da Costa. Satisfação no trabalho no contexto hospitalar: uma análise segundo o gênero. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 Dez [cited 2019 Out 10]; 19(4): 549-556. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400549&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150073>.
6. MOLA, Rachel et al. The nursing professionals' knowledge with regards to the nursing care systematization / Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2019 Jul 1; [cited 2019 Out 30]; 11(4): 887-893. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6700>
7. Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M et al. Características Gerais da Enfermagem: O perfil sócio demográfico. Enfermagem: em Foco. Brasília, v. 7, n (ESP), p.9-14, fev. 2016. [cited 2018 Nov. 10]. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686>
8. Scochi CGS, Munari DB, Gelbcke FL, Erdmann AL, Gutiérrez MGR, Rodrigues RAP. Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Set [cited 2016 Nov 11]; 66(spe): 80-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700011>.
9. Gutiérrez MGR, Morais SCR. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Out 30]; 70(2): 436-441. Available from :http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200436&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-71672017000200436>
10. Salvador. PTC, Rodrigues CCFM, Bezerril MS, Ferreira LL, Chivone FBT, Virgilio LA et al. Percepções de profissionais de enfermagem acerca da integração do técnico de enfermagem na sistematização da assistência. Esc. Anna Nery [Internet]. 2017 [cited 2019 Out 30]; 21(2): e20170035. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200207&lng=en. Epub Apr 27, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170035>.
11. Uchôa MG, Lemes MMDD. A visão dos enfermeiros que trabalham em unidade hospitalar pública sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem [Internet]. Goiânia: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Sociedade (NEPSS); 2008 [cited 2018 Dez 01]. Available from: http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_01.pdf
12. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2011 [cited 2018 Dez 01]; 45(6): 1380-1386. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>
13. Silva JP, Garanhani ML, Peres AM. Systematization of Nursing Care in undergraduate training: the perspective of Complex Thinking. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2019 Out 21]; 23(1). 59-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100059&lng=en&nrm=iso.
14. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 514/2016. Que aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. [Documento internet] 2016. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.
15. Santos DM, Sousa FG, Paiva MV, Santos AT. Construção e implantação do Histórico de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica. Acta Paul Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 12]; 29(2):136-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n2/1982-0194ape-29-02-0136.pdf>
16. Costa AC, Silva JV. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 21]; serIV (16):139-146. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000100014&lng=pt&nrm=iso
17. dos Santos W, Santos AM, Lopes TRP, Madeira MZ, Rocha FC. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. JMPHC [Internet]. 17jul.2014 [cited 30 Out.2019]; 5(2):153-8. Available from: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/210>

A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO

Viviane da Silva Maciel¹
Dinara Dornfeld¹

<https://orcid.org/0000-0002-5348-1501>
<https://orcid.org/0000-0002-7566-4966>

Objetivo: conhecer junto às enfermeiras obstétricas (EO) a vivência de acompanhar o processo de parturição em um cenário tradicionalmente médico. **Metodologia:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado no centro obstétrico de hospital público em Porto Alegre/RS. Os dados foram coletados pela entrevista semiestruturada e analisados utilizando-se a análise temática de conteúdo. **Resultados:** as EO vivenciam cotidianamente diversos enfrentamentos, especialmente a resistência médica; contudo, identificam nos resultados do seu trabalho satisfação e motivação para persistirem na luta por espaço. **Conclusões:** a resolução política pela inserção da EO no acompanhamento ao parto não é suficiente para que ela se cumpra na prática, carecendo de estratégias de suporte por parte da gestão, como efetivação de protocolo assistencial e promoção de espaços de discussão que favoreçam a assistência compartilhada ao parto.

Descritores: Enfermeiras Obstétricas, Saúde da Mulher, Serviços de Saúde Materno-Infantil.

THE INSERTION OF OBSTETRIC NURSES IN HOSPITAL CHILDBIRTH ASSISTANCE

Objective: to know from obstetric nurses (ON) their experience in assisting labor in a traditionally medical environment. **Methodology:** qualitative study, descriptive-exploratory, performed in the obstetric center of a public hospital in Porto Alegre/RS. Data were collected through semi-structured interview and analyzed by Thematic analysis. **Results:** ON experience daily several contends, in particular a resistance from medical staff; on the other hand, they identify in the results of their work the satisfaction and motivation to persist in their struggle for space. **Conclusions:** the governmental resolution for the insertion of ON in labor assistance is not enough to ensure its effectiveness, there is a lack of support strategies from the administration such as the implementation of an assistance protocol and the encouragement of discussion spaces in favour of the shared labor assistance.

Descriptors: Nurse Midwives, Women's Health, Maternal-Child Health Services.

LA INSERCIÓN DE LA ENFERMERA OBSTÉTRICA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PARTO

Objetivo: identificar con las enfermeras obstétricas (EO) la experiencia en la asistencia del proceso de parto en un escenario medico tradicional. **Metodología:** estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, realizado en el Centro Obstétrico de uno hospital público de Porto Alegre/RS. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas y analizados mediante el análisis temático de contenido. **Resultados:** la experiencia diaria de las EO evidencio varios enfrentamientos, especialmente la resistencia del personal médico; sin embargo, identifican en los resultados de su trabajo la satisfacción y motivación para persistir en su lucha por el espacio. **Conclusiones:** la resolución gubernamental para la inserción de las EO en la asistencia laboral no es suficiente para asegurar su eficacia, carente de estrategias de apoyo de la administración como la implementación de un protocolo de asistencia y la promoción de espacios de discusión que favorecen la asistencia al parto compartida.

Descriptores: Enfermeras Obstetricas, Salud de la Mujer, Servicios de Salud Materno-Infantil.

INTRODUÇÃO

O parto hospitalar e centrado na figura do médico obstetra (MO) é predominante no Brasil. Neste cenário de influência biologicista, o parto é interpretado como evento de risco, que implica frequentemente na tentativa de regulação e controle por parte dos médicos, levando ao uso intensivo de tecnologia com diversas e consecutivas intervenções.

Com o propósito de romper com este prevalecente modelo assistencial, as ações governamentais, como a Rede Cegonha, têm valorizado a inserção da enfermeira obstétrica (EO) nas equipes hospitalares, apostando na sua colaboração para o estabelecimento de um equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico da parturição⁽¹⁻³⁾.

Em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), a maternidade do hospital em estudo, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, reestruturou seu atendimento no ano de 2004, articulando todos os serviços envolvidos na assistência materno-infantil, seguindo a lógica de Linha de Cuidado. Desde então, diversas práticas relacionadas aos direitos da mulher e ao cuidado humanizado foram modificadas ou agregadas^(4,5).

Nesta perspectiva da nova forma de organizar os processos de trabalho, ditada especialmente pelas preconizações da Rede Cegonha, criou-se um ambiente favorável para que as EO atuantes no Centro Obstétrico (CO) da Instituição exerçam seu papel de maneira mais completa e autônoma. Neste sentido, estas profissionais, que até então nunca tiveram a oportunidade de acompanhar efetivamente o parto, começaram a assumir essa atividade de forma compartilhada com a equipe médica.

A participação da EO, assim como as propostas de transformação das práticas na assistência ao parto, tem sido marcada por mudanças para um modelo menos intervencionista.

Nesse contexto, o estudo buscou conhecer junto às EO a vivência de estar assumindo o acompanhamento do parto num cenário tradicionalmente médico.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

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

Participantes da pesquisa

Os participantes foram enfermeiras obstétricas que atuam no CO do hospital em estudo. Os critérios de seleção foram ser EO e estar assumindo a assistência à mulher em processo parturitivo; não ser enfermeira generalista, não ser especializando em enfermagem obstétrica ou residente de enfermagem obstétrica. A amostra levou em consideração a saturação das informações, sendo composta por seis EO.

Local do estudo

O estudo foi realizado no CO da maternidade de um hospital público, localizado no município de Porto Alegre/RS, que é referência no Estado para gestações de risco e atende aproximadamente 400 nascimentos/mês.

Coleta de dados

O período de coleta de dados foi de janeiro a março de 2014. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual com roteiro semiestruturado, que, inicialmente, identifica as entrevistadas quanto ao tempo de formação em EO e o tempo de atuação no CO do hospital em estudo. Na segunda parte, o roteiro consta de perguntas abertas que versam sobre limites, possibilidades e expectativas em relação à atuação da EO na assistência ao parto.

Procedimentos de análise dos dados

As entrevistas foram transcritas pelas pesquisadoras, concomitante ocorreu a análise de dados fundamentada na análise de conteúdo⁽⁶⁾.

Procedimentos éticos

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição em estudo mediante Parecer nº 620.897.

RESULTADOS

A caracterização da amostra evidenciou que o tempo de formação como EO das entrevistadas esteve entre 4 e 30 anos, e o tempo de trabalho em CO variou entre 2 e 24 anos.

A partir da análise das entrevistas foram estabelecidas três categorias temáticas, que serão apresentadas a seguir.

Cotidiano de conflitos

Apesar dos incentivos governamentais, a atuação da EO na assistência ao processo de parturição em âmbito hospitalar é repleta de percalços.

Cotidianamente essas profissionais enfrentam a tradicional cultura médico-centrada, inclusive entre a equipe de enfermagem, necessitando provar constantemente sua capacidade: A dificuldade de aceitação junto à equipe [Enfermagem] como um profissional que não é o médico assistindo ao parto [01].

Tal ordem instituída da supremacia médica é ainda mais evidente quando as entrevistadas falam do comportamento médico frente ao seu trabalho: É um estresse muito grande [03]; Eles acham que a gente quer competir com eles, tirar o espaço deles, e não é isso [04]; Falta confiança da equipe médica no nosso conhecimento [05].

A cultura intervencionista também permanece expressiva

na sociedade e se mostra como fator dificultador: Essa questão cultural é difícil de ser vencida. [...] Assim como é difícil para o médico perder essa cultura da intervenção, para as pacientes, para a sociedade é difícil também. [02]

Em adição, a falta de protocolos que definem os processos de trabalho contribui com a dificuldade da EO para exercer suas atividades: Não tem um fluxograma que diga essa paciente é da EO. [03]; [...] sinto falta de protocolo de atendimento ao parto redigido e assinado pela gestão do hospital. [06]

Satisfação com o trabalho

As EO percebem que seu trabalho é diferenciado e destacam os benefícios para o binômio mãe-bebê decorrentes desta assistência: O principal é a melhora no pós-parto. De ver que quanto menos intervenção, melhor pra formação do vínculo, pra amamentação, pra recuperação da mãe [02]; O prazer de ver que a gente pode fazer uma assistência mais natural e humanizada. Saber que podemos dar mais conforto pra essa mulher, essa família [06].

Outro aspecto gratificante é a satisfação pessoal das EO com esse novo modo de fazer obstetrícia, resgatando aprendizados e agregando novos conhecimentos: Tem sido um desafio, uma busca de conhecimento, um crescimento [01]; agora a gente também é atuante no parto. Antes a gente era vista como tarefaira, como administradora [04].

Desafios para o futuro

A compreensão das entrevistadas da importância do conhecimento é ratificada ao destacarem a imprescindibilidade da EO atuar de maneira mais vigorosa: As EO precisam se empoderar do conhecimento, da sua atuação [01]; A gente tem que se “mostrar”, mostrar que “funciona”. É isso que vai nos firmar de verdade [05].

Outra importante questão ressaltada foi a necessidade da criação de espaços de discussão que promovam a escuta e o respeito entre os profissionais: É preciso melhorar essa relação dos “direitos” de cada um [na assistência ao parto]. Acho que tem que se criar um espaço de discussão onde todo mundo seja ouvido e respeitado [02].

Afora as dificuldades, as entrevistadas são otimistas com o futuro da EO na Instituição: A minha expectativa é que o parto de risco habitual seja, sem exceções, realizado pela EO. [03]; Eu acredito que, no futuro, nós vamos atender o parto de baixo risco e os MO, só de alto risco [04].

DISCUSSÃO

Ao se analisar o tempo de formação das EO, assim como o tempo de atuação em CO, depreende-se que, enquanto algumas são incipientes na profissão, outras já têm uma longa trajetória no acompanhamento da morosa transição no modelo de atenção ao parto, assim como das lutas da

Enfermagem Obstétrica por seu espaço de atuação.

Na categoria “cotidiano de conflitos”, a dificuldade da própria equipe de Enfermagem em reconhecer a atuação da EO constata que o cenário hospitalar de assistência ao parto permanece impregnado pela histórica liderança médica, a qual está pautada tanto em fatores culturais como de gênero^(5,7-9).

Essa ordem instituída da supremacia médica é ainda mais evidente quando as EO avaliam o comportamento médico frente ao seu trabalho. O ambiente mostra-se constantemente tenso, permeado pela competição por espaço e poder, assim como pela desconfiança na capacidade da EO em prestar adequada assistência ao parto.

De fato, além de estar realizando um trabalho que até então era exclusivo do MO, a EO acompanha o parto numa outra perspectiva^(10,11). Ao enfatizar os aspectos fisiológicos e emocionais deste processo, esta profissional dialoga com a parturiente e incentiva o seu protagonismo, oportuniza um ambiente calmo e acolhedor, estimula a liberdade de posições e lança mão de manejo não medicalizado para o alívio da dor^(8,12,13).

Esta conduta divergente da concepção médica de assistência ao parto potencializa ainda mais os conflitos, uma vez que a formação biomédica do MO não reconhece a capacidade inerente do corpo feminino para parir, levando a dúvidas quanto ao nascimento bem sucedido^(5,11,14).

Neste sentido, a inexistência de protocolo assistencial apontada pelas entrevistadas, que oriente como deve ser realizado o atendimento à parturiente e defina quais as atribuições de cada profissional, prejudica a autonomia da EO, visto que ela não dispõe de uma norma institucional que lhe ampare ao reivindicar o acompanhamento do parto, assim como na tomada de decisão^(3,8,13).

Outro embate frequentemente imposto à EO é a resistência da parturiente quanto à possibilidade menos intervencionista no processo fisiológico do parto. Entende-se que tal atitude represente a manifestação da cultura tecnicista hegemônica que induz o olhar para o processo grávido-puerperal como um fenômeno biomédico e não como uma vivência pessoal e sociocultural. Nesta lógica, a cesárea parece ser compreendida como indolor, sendo melhor assistida e segura^(4,5,15).

O estresse vivenciado pelas EO fica evidente a partir da análise da categoria cotidiano de conflitos, pois o relacionamento interpessoal no ambiente hospitalar pode ser considerado um potencial perturbador quando se leva em consideração a competição, as divergências de opiniões e condutas e as indefinições quanto às competências e responsabilidades de cada membro da equipe de saúde^(3,7,13,16).

Apesar de enfrentarem dificuldades relacionadas ao reconhecimento e à valorização de seu trabalho, na categoria “satisfação com o trabalho”, as EO avaliam como recompensadora a sua inserção na assistência ao parto e

destacam os benefícios que seu cuidado diferenciado pode proporcionar para o binômio mãe-bebê, tanto em relação à redução no intervencionismo do parto como à promoção do vínculo familiar e da amamentação.

Reforçam esta percepção estudos que investigaram a atuação da EO na assistência ao parto, onde encontraram menor intervencionismo^(1,10,12), e evidenciaram a preocupação deste profissional com aspectos importantes, como o alívio da dor, vínculo com a mulher, confiabilidade e segurança e ambiente acolhedor ao nascimento^(2,4,12,17). Igualmente, as mulheres que tiveram seu parto assistido pela EO reconheceram que houve valorização e respeito à sua feminilidade, com liberdade de expressão, sendo esta profissional uma presença que transmitiu segurança^(8,17).

A satisfação pessoal das EO foi percebida também como uma oportunidade de aquisição de novos conhecimentos. Ao refletirem sobre sua atuação, elas consideram que, atualmente, seu trabalho é mais completo e prazeroso e valorizam a busca por conhecimento para modificar o cotidiano da assistência, bem como para desenvolver habilidades e competências próprias^(7,12).

Na categoria “desafios para o futuro”, o conhecimento é destacado novamente no sentido de conferir à EO a plena responsabilidade em relação às condutas, mostrando que é capaz de trabalhar com autonomia e segurança^(7,12,14,18).

Romper com a assistência intervencionista é um processo de emancipação para todos os profissionais que atuam em obstetrícia. Uma alternativa que pode contribuir para esse processo, sugerida pelas entrevistadas e também identificada na literatura^(1,9,19), é a criação de espaços que possibilitem o diálogo aberto e honesto entre os profissionais, permitindo a troca de conhecimentos, reflexões sobre suas práticas e o estabelecimento dos direitos e deveres de cada categoria.

Ao ponderar sobre sua atuação, as EO são confiantes e acreditam que o caminho, apesar das pedras, está melhorando de forma gradual. As publicações que discutem a participação da EO na assistência ao parto apresentam pareceres semelhantes^(1,3,18) e, assim como as entrevistadas, concluem que a tendência é que os partos de risco habitual sejam assistidos pela EO, ficando o MO com a responsabilidade pelos partos de médio e alto risco.

Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas ao cenário da pesquisa que retrata o cotidiano da EO atuando em instituição pública com ingerência governamental direta, que tem interesse no envolvimento desta profissional no acompanhamento do parto. Outros estudos que explorassem as vivências da EO em instituições privadas contribuiriam para o conhecimento da realidade do trabalho em âmbito ampliado.

Contribuições para a prática

Se acredita na importância de compartilhar a experiência vivenciada pelas EO nesta instituição hospitalar, com a finalidade de servir de estímulo para que outras EO em situação semelhante também busquem seu espaço de atuação. Igualmente, demais instituições de saúde podem ter nos achados desse estudo elementos que subsidiam estratégias que favoreçam a atuação da EO, com a promoção do modelo interdisciplinar de assistência ao parto e consequente qualificação do atendimento.

CONCLUSÕES

A pesquisa revelou que o cotidiano de trabalho da EO na assistência ao parto em ambiente hospitalar está permeado por diversos enfrentamentos, destacando-se a resistência médica em reconhecer sua competência e autonomia, compartilhando, dessa maneira, uma atuação que historicamente foi exclusiva do MO.

Apesar das dificuldades, as EO identificam nos resultados do seu trabalho, especialmente em relação ao binômio mãe-bebê, a satisfação e a motivação para persistirem na luta em desempenhar esta função que é legítima.

Concorda-se com as EO ao apontarem a necessidade da promoção de espaços de discussão, onde cada profissional possa expor suas opiniões e tenha seu trabalho reconhecido, intensificando assim o respeito mútuo. Concomitantemente, o estabelecimento de protocolos assistenciais é fundamental para a organização do serviço e autonomia dos profissionais.

Sendo assim, o estudo conclui que a decisão política pela inserção da EO no acompanhamento ao parto de risco habitual não é suficiente para que ela se cumpra na prática, carecendo de estratégias de apoio por parte da gestão da Instituição. Neste sentido, presume-se que os achados possam subsidiar tanto a gestão como a própria equipe de saúde no sentido de discutir sobre a assistência compartilhada entre MO e EO, visando possibilidades de melhorar a convivência e qualificar o atendimento ao parto.

Contribuições das autoras:

Concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Viviane da Silva Maciel; Dinara Dornfeld

REFERÊNCIAS

- GN Da Gama, EF Viellas, JA Torres, MH Bastos, OM Brüggemann, MM Theme Filha et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 24];13(Suppl3):226-65. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073910/pdf/12978_2016_Article_236.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
- LBV Feijão, LMM Boeckmann, MC Melo. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 24];8(3):35-39. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1318/396>
- D Dornfeld, ENR Pedro. The health team and the safety of the mother-baby binomial during labor and birth. *Invest. educ. enferm* [internet]. 2015 [cited 2019 Nov 24];33(1):44-52. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/21886/18032>
- MB Velho, OM Brüggemann, C McCourt, SG Nogueira da Gama, R Knobel, AC Gonçalves et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2019 [cited 2019 Nov 24];35(3):1-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00093118.pdf>
- MCS Minayo. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- CEB Lage, MS Alves. (Des)valorização da Enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 24];7(3/4):12-16. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/908/338>
- VJ Oliveira, CM Penna. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 24];26(2):1-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf
- P Escalda, CMSF Parreira. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 24];22(Suppl 2):1717-1727. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1717.pdf>
- J Sandall, H Soltani, S Gates, D Devane. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(4):CD004667. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- H McLachlan, H McKay, R Powell, Small R, MA Davey, F Cullinane et al. Publicly funded home birth in Victoria, Australia: Exploring the views and experiences of midwives and doctors. *Midwifery* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 24]; 35:24-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/27060397>
- AS Alvares, ACP Corrêa, JTT Nakagawa, RC Teixeira, AB Nicolini, RMK Medeiros. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 24];71(Suppl 6):2620-2627. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2620.pdf
- AMM Sousa, KV Souza, EM Rezende, EF Martins, D Campos, S Lansky. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 24];20(2):324-331. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>
- S Healy, E Humphreys, C Kennedy. Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women And Birth* [internet]. 2016 [cited 2019 Nov 24]; 29(2):107-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26363668>
- JA Cesar, JPP Sauer, K Carlotto, ME Montagner, RA Mendoza-Sassi. Cesariana a pedido: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 24];17(1):99-105. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n1/pt_1519-3829-rbsmi-17-01-0099.pdf
- MPS Araújo, LLC Quental, SM De Medeiros. Working conditions: fee-lings of the staff and precariousness of nursing work. *Journal of Nursing UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 24];10(8):2906-14. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11359/13086>
- A Bezerra, NLA Albuquerque, ACS Carvalho, RDM Silva, CD Vicente. Percepção da mulher acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 24];9(4):28-33. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1068/473>
- MFG Lima, AMC Pequeno, DP Rodrigues, C Carneiro, APP Moraes, FDS Negreiros. Desenvolvendo competências no ensino em enfermagem obstétrica: aproximações entre teoria e prática. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 24];70(5):1054-1060. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1054.pdf
- T Amorim, ACM Araújo, EMP Guimarães, SCF Diniz, HM Gandra, MCM Cândido. Percepção de enfermeiras obstetras sobre o modelo e prática assistencial em uma maternidade filantrópica. *Rev. enferm. UFSM* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 24];9(30):1-19. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34868/pdf>

AUTOFIX: UMA TECNOLOGIA PARA FIXAÇÃO SEGURA DO TUBO OROTRAQUEAL

Lidiane Marha de Souza Oliveira¹

Ana Carine Goersch Silva¹

Aglauvanir Soares Barbosa²

Anna Paula Sousa da Silva³

Islene Victor Barbosa¹

Rita Monica Borges Studart¹

<http://orcid.org/0000-0003-2004-6180>

<http://orcid.org/0000-0001-8067-6120>

<https://orcid.org/0000-0003-4909-563X>

<http://orcid.org/0000-0002-8833-6881>

<http://orcid.org/0000-0003-3523-7238>

<http://orcid.org/0000-0002-5862-5244>

Objetivo: Construir algoritmos de intervenção de enfermagem pré-hospitalar para vítimas de trauma. **Metodologia:** Revisão Narrativa da Literatura, entre 2008 e 2019, nas principais bases de dados. Dois revisores independentes realizaram a avaliação crítica, extração e síntese dos dados. A construção dos algoritmos resultou do processo interpretativo da revisão narrativa por três peritos na área. Utilizou-se o modelo teórico de Virginia Henderson. **Resultados:** Obtiveram-se 17 documentos, seis foram incluídos no desenvolvimento dos metaparadigmas Saúde, Pessoa e Ambiente e 16 na elaboração e construção de Algoritmos de avaliação, diagnóstico e intervenções de enfermagem às vítimas de trauma. **Conclusões:** A revisão possibilitou a operacionalização do modelo teórico de Henderson para a assistência pré-hospitalar permitindo a criação de algoritmos orientadores da prática de enfermagem.

Descritores: Enfermagem Baseada em Evidências; Teoria de Enfermagem; Trauma; Assistência Pré-Hospitalar; Assistência de Enfermagem.

PRE-HOSPITAL NURSING INTERVENTIONS: NARRATIVE REVIEW

Objective: To construct pre-hospital nursing intervention algorithms for trauma victims.

Methodology: Literature Narrative Review, between 2008 and 2019, in the main databases. Two independent reviewers carried out the critical evaluation, extraction and synthesis of data. The construction of the algorithms resulted from the interpretive process of the narrative review by three experts. The theoretical model of Virginia Henderson was used. **Results:** Seventeen documents were obtained, six were included in the development of the metaparadigm Health, Person and Environment and 16 were included in the development and construction of assessment, diagnosis and nursing interventions algorithms for trauma victims. **Conclusions:** The review enabled the operationalization of Henderson's theoretical model for pre-hospital care, allowing the creation of algorithms to guide nursing practice.

Descriptors: Evidence-based Nursing; Nursing Theory; Trauma; Prehospital Care; Nursing Care.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PREHOSPITALARIA: REVISIÓN NARRATIVA

Objetivo: Construir algoritmos de intervención de enfermería prehospitalaria para víctimas de traumatismos. **Metodología:** Revisión narrativa de literatura, entre 2008 y 2019, en las principales bases de datos. Dos revisores independientes realizaron la evaluación crítica, extracción y síntesis de los datos. La construcción de los algoritmos fue el resultado del proceso interpretativo de la revisión por parte de tres expertos. Se utilizó el modelo de Virginia Henderson. **Resultados:** Se obtuvieron diecisiete documentos, seis se incluyeron en el desarrollo de los metaparadigmas y 16 se incluyeron en el desarrollo y construcción de algoritmos de evaluación, diagnóstico e intervenciones de enfermería. **Conclusiones:** La revisión permitió la operacionalización del modelo de Henderson para la atención prehospitalaria, permitiendo la creación de algoritmos.

Descritores: Enfermería Basada en la Evidencia; Teoría de Enfermería; Trauma; Atención Prehospitalaria; Atención de Enfermería.

1. Universidade de Fortaleza-Unifor. Fortaleza/CE.

2. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-Unilab. Redenção/CE.

3. Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza/CE.

Autor correspondente: Aglauvanir Soares Barbosa. E-mail: glauasb1@gmail.com

INTRODUÇÃO

Dentre o acervo tecnológico comumente usados pelo paciente crítico, cita-se o suporte ventilatório mediante a ventilação mecânica (VM) com o uso de Tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostoma para assegurar uma via aérea. Estes dispositivos são fundamentais para as trocas gasosas e equilíbrio entre demanda e oferta de oxigênio⁽¹⁾. A VM nesse contexto, substitui total ou parcial, a respiração espontânea e está indicada na insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, sendo imprescindível os cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem ao paciente em uso de VM não se restringem somente à administração dos medicamentos prescritos e percepção do agravamento do seu quadro, envolve também cuidados específicos como a fixação do TOT, aspiração traqueal e de vias aéreas superiores, controle da pressão do balonete, observação da sincronia entre o paciente e a máquina e monitorização dos parâmetros ventilatórios⁽²⁾.

A fixação segura do TOT deve ser realizada de forma sistemática e com bastante cautela, em virtude de ser fundamental para a segurança, conforto e confiabilidade do procedimento, aliado ao fato de contribuir para manter uma via aérea artificial pérvia. Durante a fixação do TOT, alguns cuidados devem ser observados, incluindo a periodicidade de troca para evitar a mobilização do tubo e permitir maior controle da localização adequada⁽³⁾.

O desenvolvimento de uma tecnologia voltada para a fixação segura tem sua importância respaldada na política de segurança do paciente, visto ser uma das principais metas dos serviços de saúde, tanto em decorrência do impacto com os gastos resultantes da falta de segurança, quanto em virtude de danos sofridos durante o cuidado prestado aos pacientes⁽⁴⁾.

A escolha de pesquisar sobre o assunto ocorreu em virtude de trabalhar em UTI e perceber a complexidade que envolve a assistência desses pacientes, ocorrendo algumas vezes a extubação acidental. Diante disso foi desenvolvida, uma forma de fixação segura que foi denominada de autofix.

Sendo assim, o estudo trará contribuições relevantes para a Enfermagem e toda equipe multiprofissional, acerca do procedimento de fixação segura do tubo orotraqueal. Diante disso, o objetivo do estudo foi construir e validar uma tecnologia diferenciada para fixação do tubo orotraqueal em pacientes críticos.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo metodológico para construção e validação de um protótipo para fixação segura denominado "autofix" utilizando uma ferramenta tecnológica para promoção da saúde dos pacientes intubados.

Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa 15 juizes especialistas profissionais da saúde, equipe multiprofissional, médicos intensivistas, enfermeiros especialistas e fisioterapeutas intensivistas. Para a seleção dos juizes-especialistas foram estabelecidos como critérios: a titulação, participação de eventos, produção científica e o tempo de atuação com a temática em discussão. Fez parte deste comitê apenas os juizes que obtiveram, no mínimo, pontuação igual ou superior a cinco pontos a partir dos seguintes critérios apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios de seleção para os juizes - especialistas da área da saúde. Fortaleza, Ceará. Brasil, 2019.

CRITÉRIOS	PONTOS
Ser doutor na área de interesse	4 pontos
Ser mestre na área de interesse	3 pontos
Ser especialista na área de interesse	2 pontos
Ter no mínimo cinco anos de experiência na área de saúde	3 pontos
Ter produção científica	2 pontos
Ter participado em eventos da área de saúde nos últimos 5 anos	1 pontos

Os juizes foram selecionados através da técnica de amostragem não probabilística intencional, pois possibilitou ao pesquisador selecionar os juizes por decisão própria, baseado na especialidade de cada um acerca do tema estudado⁽⁵⁾.

Etapas da Pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa para construção do artefato tecnológico ocorreu em quatro fases: 1ª fase: diagnóstico situacional e estudo bibliográfico com a finalidade de embasamento teórico; 2ª fase: criação da ferramenta tecnológica, concepção e desenvolvimento do artefato tecnológico; 3ª fase: avaliação do protótipo por juizes especialistas e; 4ª fase: compilação e análise de dados. A pesquisa teve início em março de 2018 com o levantamento bibliográfico, na sequência, entre julho e agosto foi dado largada a criação do protótipo da tecnologia e a terceira parte, ocorreu já em 2019, durante o mês de abril com a validação dos juizes avaliando a tecnologia.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico, das principais publicações acerca da segurança do paciente, extubação acidental, humanização e promoção da saúde, tecnologia da saúde e de enfermagem e cuidados de enfermagem ao paciente em ventilação mecânica, com o intuito de levantar as informações existentes para compor o artefato tecnológico.

Em seguida ocorreu a elaboração e desenvolvimento do artefato tecnológico e incorporação das hipóteses do estudo como solução do problema identificado em um ambiente controlado. A tecnologia elaborada foi nomeada por "AUTOFIX" que se caracteriza em um modelo de fixação

para o tubo orotraqueal. Foi utilizado um programa em 3D denominado Blender. A finalidade foi proporcionar um protótipo mais próximo da realidade.

O autofix é composto por uma fita elástica dupla e macia, de fixação segura que perpassa por trás da cabeça na região occipital, proporcionando conforto e segurança para os pacientes entubados, bem como para os profissionais que prestam assistência a esses pacientes. A fita de fixação faz uma fixação dupla e centralizada do tubo, evitando assim o surgimento de ferimentos nos cantos da boca dos pacientes.

A fase laboratorial de desenvolvimento do artefato tecnológico ocorreu no Laboratório de Inovação do Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Para a validação do Protótipo, ocorreu a avaliação do artefato tecnológico por juízes selecionados com expertise na área.

Coleta de Dados

A coleta de dados na primeira fase ocorreu através de busca na literatura de artigos que falassem sobre o processo de suporte ventilatório em pacientes críticos e os riscos de lesões mucosas, nas seguintes bases de dados: Cinahl, Scielo e BVS; A coleta de dados na segunda fase foi uma das mais complicadas, devido o processo de criação da tecnologia, as adaptações e modificações que iam sendo necessárias realizar para melhoria do artefato tecnológico.

Na terceira etapa foi elaborado um instrumento estruturado direcionado aos juízes, contendo participante, profissão, tempo e área de atuação, titulação. Este questionário foi organizado conforme a escala de Likert, com itens distribuídos em três blocos, contendo perguntas referentes à avaliação do conteúdo do simulador.

Análise de Dados

Como forma de determinar o nível de concordância entre os juízes especialistas foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Visando a objetividade da validade de conteúdo, calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerando excelente o IVC dos itens (IVCi) maior ou igual a 0,78 e, média de IVC total de 0,90 ou superior. Adotou-se o seguinte padrão de avaliação: $IVCi \geq 0,78$ excelente, $IVCi$ entre 0,60 e 0,71 bom, e $IVCi < 0,59$ ruim⁽⁵⁾.

Para a análise dos itens de avaliação da tecnologia criada, foi realizado o teste exato de distribuição binomial, indicado para pequenas amostras, sendo considerados nível de significância $p > 0,05$ e proporção de 0,95 de concordância para estimar a confiabilidade estatística dos IVC.

Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa, respeitando assim os preceitos da Resolução 466/12(6). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e recebeu parecer favorável com número: 2.435.893. Os juízes que participaram da validação assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando em participar da pesquisa.

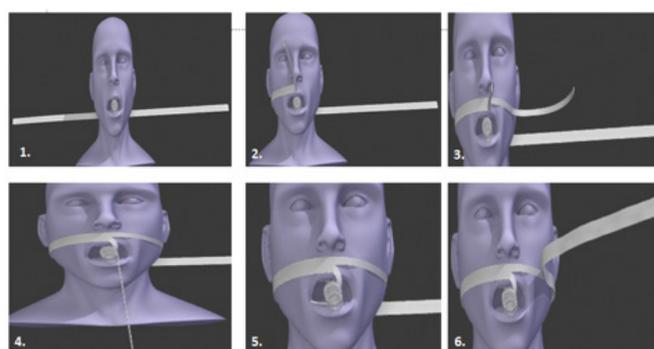
RESULTADOS

No total, 15 juízes, profissionais da saúde, responderam ao instrumento de avaliação do Autofix. No que tange à caracterização dos juízes, observou-se que a maioria era do sexo feminino (80%). A idade mínima foi de 26 anos e a máxima de 49 anos, com média de $34,5 \pm 5,3$ anos; a faixa etária de 30 a 39 anos foi a mais prevalente (80%). Os juízes que participaram do processo de validação de conteúdo da tecnologia tinham profissões variadas: dez (66,7%) eram enfermeiros, dois (13,3%) eram médicos, dois (13,3%) eram dentistas e um (6,7%) era fisioterapeuta.

Constatou-se que todos os juízes eram especialistas (100%), sete deles eram mestres (46,7%) e um era doutor (93,3%), com tempo de experiência assistencial de até 10 anos (73,3%), sendo o tempo mínimo de três anos e máximo de 24 anos, e média de 9 ± 5 anos.

Após a apresentação do protótipo (Figura 1) para os profissionais, seguindo as recomendações e critérios definidos para o julgamento, foi explicado que o mesmo deveria preencher uma ficha de avaliação do produto, elaborada pela autora.

Figura 1: Autofix no programa blender 3D. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.



A ficha de avaliação foi composta por dados profissionais e institucionais e um descritivo acerca do artefato, com informações técnicas de usabilidade, seguido de questões fechadas dicotômicas (sim ou não) e uma questão aberta sobre sugestões.

As questões dicotômicas referiam-se à segurança, facilidades quanto à colocação, higienização oral e

movimentação do tubo, considerando a possibilidade do deslizamento do tubo.

Tabela 1. Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e Teste Binomial dos itens de avaliação da tecnologia construída. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

	Itens	IVC ^a	p ^b
1)	O Autofix é de fácil instalação?	1,00	0,463
2)	Esse modelo de fixação poderá proporcionar uma maior segurança na estabilidade do tubo orotraqueal durante os ciclos de reanimação cardiopulmonar em uma situação de parada cardiorrespiratória?	1,00	0,463
3)	O Autofix trará mais segurança à fixação do tubo durante o transporte do paciente de uma maca para o leito ou mesmo para a mesa de exame de imagem ou cirúrgica?	1,00	0,463
4)	Com esse modelo de fixação há maior segurança durante a mudança de posição do paciente no leito e do ventilador mecânico?	1,00	0,463
5)	Há maior praticidade em relação à aspiração e à limpeza da cavidade oral?	0,93	0,537
6)	O Autofix proporcionaria maior facilidade para a abordagem odontológica do paciente?	0,93	0,537
7)	Poderia haver maior durabilidade desse modelo de fixação mesmo quando exposto à umidade e à secreção?	0,87	0,171
8)	Com esse modelo de fixação poderá existir menor risco de extubação acidental?	1,00	0,463
9)	O Autofix traria benefício à estética visual do paciente entubado?	0,87	0,171
10)	Esse modelo de fixação traria maior estabilidade do tubo orotraqueal durante a manobra de pronação no leito usada para otimizar a ventilação mecânica em determinados casos?	1,00	0,463

Como exposto na tabela acima, nos itens avaliados pelos juízes, observa-se o predomínio da concordância entre os juízes em relação a instalação do Autofix, sua fixação com segurança, bem como a diminuição do risco de extubação acidental do tubo e pôr fim a concordância foi sobre a maior estabilidade do tubo com esse tipo de fixação, todos com IVC de 1,00.

DISCUSSÃO

O ambiente de UTI é complexo, com muita tecnologia e aparelhos que ajudam a salvar vidas, dentro desse contexto o profissional de saúde desempenha um papel fundamental na assistência prestada ao paciente e à sua família durante o período de internação do seu familiar no ambiente de terapia intensiva, sendo um momento muito delicado, de medo, dúvidas e frustrações para todos os envolvidos ao se depararem com seu familiar ligados a muitos aparelhos e fazendo uso de VM⁽⁷⁾.

AVM é de grande importância na UTI devido à necessidade de promover um adequado aporte ventilatório e, por tal, é denominado um dos suportes à vida de maior relevância e um dos recursos mais utilizados para manutenção do padrão respiratório de pacientes em que o organismo é incapaz de manter o ciclo respiratório sem a ajuda do suporte ventilatório⁽⁸⁾.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI), dispõem de um arsenal tecnológico, com materiais de alta complexidade, com o propósito de atender pacientes graves, mas também é um local onde se observa a ocorrência de eventos adversos (EA)⁽⁹⁾.

A promoção de uma assistência à saúde segura e livre de danos desnecessários dá-se através de profissionais capacitados no uso das tecnologias como também no que se refere à segurança do paciente (SP). Nesse sentido, evidencia-se a importância de incentivar e valorizar o ensino da segurança durante o processo de formação dos profissionais da saúde⁽¹⁰⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2011 um guia com diretrizes para o ensino multiprofissional da SP, o Patient Safety Curriculum Guide: Multiprofessional Edition. Essas diretrizes objetivam promover e facilitar, em âmbito mundial, o ensino da SP com o propósito de reduzir os EA e promover uma assistência à saúde com qualidade⁽¹¹⁾. Outro problema recorrente relacionado a VM são as extubações acidentais, que geram complicações e podem piorar o quadro do paciente gravemente enfermo.

As complicações da extubação acidental são maiores quando a retirada do dispositivo ventilatório ocorre em pacientes com estímulo respiratório reduzido, em virtude de lesões neurológicas, por sedação ou coma, pois leva a retenção de gás carbônico (CO₂), redução de oxigênio (O₂) e a necessidade de reintubação, fato esse que pode contribuir para uma piora do quadro clínico do paciente⁽¹²⁾.

A extubação acidental pode ocorrer devido à agitação psicomotora do paciente, falta de sedação adequada, inadequada fixação do dispositivo ventilatório, cuff do tubo orotraqueal furado ou vazio, tração ou peso excessivo dos acessórios do ventilador mecânico, bem como, conseqüente ao manuseio inadequado do paciente pela equipe multiprofissional, caracterizando, assim, um evento adverso do cuidado.

A tecnologia em saúde é apontada como um fenômeno complexo que gera reflexões e conversações cotidianas sobre as diversas experiências de cuidado ao cliente que dela depende e ainda implicações nos modos de agir específicos no cuidado de enfermagem. A tecnologia mostra-se desconhecida e impossibilita o cuidado apropriado caso não ocorra o processo de familiarização. Destacando que é primordial conhecer a linguagem dos equipamentos tecnológicos⁽¹³⁾.

As tecnologias de enfermagem atuam de modo a fortalecer e qualificar o cuidado, permitindo a tomada de decisão mediante o raciocínio clínico, levando em consideração a individualização do indivíduo. Assim, é importante que os enfermeiros se adaptem a esse contexto de avanços, buscando qualificação e aperfeiçoamento da prática, sem esquecer que é o cuidado quem utiliza a tecnologia em direção a um cuidado de enfermagem mais eficaz e seguro.

Os processos assistenciais no auxílio durante os cuidados aos pacientes críticos em uso de dispositivos invasivos como suporte ventilatório, devem estar centrados na redução de riscos de vida, bem como na preservação da mucosa íntegra

livre de lesões cutâneo-mucosas. Dessa forma pode-se garantir a manutenção da via respiratória, evitando possíveis danos temporários ou permanentes e períodos longos de internações.

As lesões cutâneo-mucosas ocasionadas pelo uso de tubo orotraqueal dependem de vários fatores, como as condições clínicas do paciente, permanência prolongada dos dispositivos e cuidados inadequados dispensados pela equipe de Enfermagem. Ressalta-se a relevância da capacitação da equipe de Enfermagem para atuar nos cuidados que envolvem o paciente com dispositivo invasivo de via aérea.

A segurança para a prevenção de lesões cutâneo-mucosas em pacientes submetidos a dispositivos invasivos em vias aéreas inferiores, observa-se pouca produção científica na Enfermagem e áreas afins. É necessária a importância de resgatar esse enfoque, considerando que essas lesões estão diretamente relacionadas aos cuidados de Enfermagem, podendo ser prevenidas a partir da inclusão de ações que garantam a segurança do paciente.

Sendo assim o uso de um dispositivo diferenciado que proporcione segurança ao paciente entubado, que facilite o manuseio, a movimentação do tubo e a higienização oral, para prevenir tais complicações será de grande ajuda e melhoria na qualidade da assistência prestada a esses pacientes graves.

O autofix, será um instrumento diferenciado que irá proporcionar segurança e melhorias ao paciente em uso de VM, onde o mesmo irá auxiliar na diminuição das extubações e na diminuição do risco de surgimento de lesões na mucosa. Ele é diferenciado pela forma de fixação do tubo a cavidade

oral do paciente, bem como pelo material utilizado na sua confecção.

Limitações do Estudo

Acreditamos que a limitação do estudo tenha sido a sua execução só na Unidade Especializada, e o que pode não evidenciar a realidade de outras instituições de saúde.

Contribuição do estudo para a prática

O estudo amplia a área de conhecimento de enfermagem e pode se constituir em um sinalizador para estudos metodológicos.

CONCLUSÃO

Foi construído e validado uma tecnologia diferenciada denominada autofix para fixação de tubo orotraqueal em pacientes críticos. Foi desenvolvida para atuar como estratégia de segurança e humanização do paciente crítico em uso da ventilação mecânica.

A validação do conteúdo teve excelente IVC global (0,97) devendo-se assim ser considerado no contexto hospitalar como um instrumento capaz de favorecer o paciente e equipe para uma assistência humanizada e qualificada. Diante do exposto, acredita-se que os objetivos deste estudo foram plenamente atingidos com o desenvolvimento do autofix e sua avaliação positiva pelos especialistas.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Lidiane Marha de Souza Oliveira, Ana Carine Goersch Silva, Aglauvanir Soares Barbosa, Anna Paula Sousa da Silva, Islene Victor Barbosa, Rita Monica Borges Studart.

REFERÊNCIAS

- Loss SH, Oliveira RP, Maccari JG, Savi A, Boniatti MM, Hetzel MP, et al. A realidade dos pacientes que necessitam de ventilação mecânica prolongada: um estudo multicêntrico. *Rev. bras. ter. intensiva* [internet]. 2015 [cited 2109 jun 16];27(1):26-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n1/0103-507X-rbti-27-01-0026.pdf>
- Melo EM, Teixeira CS, Oliveira RT, Almeida DT, Veras JEGLF, Frota NM, Studart RMB. Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Rev. Enf. Ref.* [internet]. 2014. [cited 2019 jun 16];4(1):55-63. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832014000100007&lng=pt&nrm=i&tlng=pt
- Pinto DM de, Schons E dos S, Busanello J, Costa VZ da. Patient safety and the prevention of skin and mucosal lesions associated with airway invasive devices. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2015 [cited 2019 jun 16];49(5):775-782. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0775.pdf
- Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2015 [cited 2019 jun 16];49(2):277-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf
- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Cruz EJER, Souza NVDO, Correa RA, Pires AS. Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na terapia intensiva. *Escola Anna Nery* [internet]. 2014 [cited 2019 jun 18];18(3):479-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300479
- Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13.ed. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2016.
- Lima CSP, Barbosa SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2015 [cited 2019 jun 18];23(2):221-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf>
- Da Silva JA, Pinto FCM. Avaliando o Impacto da Estratégia de Segurança do Paciente Implantada em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sob a Perspectiva da Dimensão da Atenção à Saúde. *Rev. Adm. Saúde* [internet]. 2017 [cited 2019 jun 18];17(66). Available from: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/10/20>
- World Health Organization. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Limpeza e Desinfecção de superfícies [internet]. 2011 [cited 2019 jun 18]; Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3582>
- Beccaria LM, Tavares TG, Penascho MCB, Faria JIL, Jabur MRL, Oliveira KAD. Extubação acidental e dano causado ao paciente em um hospital de ensino. *CuidArte Enferm* [internet]. 2018 [cited 2019 jun 18];12(1):11-17. Available from: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2018v1/11.pdf>
- Silva RC, Ferreira MA. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2011 [cited 2019 jun 18];45(6):1403-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600018
- Dornelles C, Oliveira GB, Schwonke CRGB, Silva JRS. Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. *Esc Anna Nery* [internet]. 2012 [cited 2019 jun 18];16(4):796-801. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400022

ARTIGO 24

PREVALÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL PRIVADO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Fernanda de Carvalho¹
Miguir Terezinha Vieccelli Donoso²
Braulio Roberto Gonçalves Marinho Couto³
Selme Silqueira de Matos¹
Lilian Kelly Barbosa Lima⁴
Érica Pertussati¹

<https://orcid.org/0000-0003-3239-705X>
<http://orcid.org/0000-0002-5497-9520>
<https://orcid.org/0000-0002-5314-5161>
<http://orcid.org/0000-0002-4248-7107>
<https://orcid.org/0000-0003-0858-1869>
<http://orcid.org/0000-0002-6621-084X>

Objetivos: Estimar a prevalência de lesão por pressão e identificar fatores associados à ocorrência deste agravo em uma unidade de internação de hospital privado de Minas Gerais. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, de prevalência. Foi avaliada uma amostra de 169 pacientes internados no referido hospital. **Resultados:** Da amostra de 169 pacientes, nove desenvolveram lesão por pressão, sendo que um paciente desenvolveu três lesões, totalizando 11 lesões na casuística. A prevalência foi de 5,3%. Três lesões foram classificadas como Estágio 1, sete como Estágio 2 e uma como Estágio 3. **Conclusão:** A taxa de prevalência observada estava abaixo da taxa dos trabalhos referenciados por este estudo. Esse dado pode estar relacionado a treinamento de manejo e prevenção de lesão por pressão, que foi ministrado aos profissionais de enfermagem do hospital em questão, durante o segundo semestre de 2017. Assim, a educação sobre o tema prevenção de lesão por pressão deve ser estimulada nas unidades de internação.

Descritores: Lesão por Pressão; Cuidados de Enfermagem; Prevalência.

PREVALENCE OF PRESSURE INJURY IN INJURED PATIENTS IN A PRIVATE HOSPITAL OF THE STATE OF MINAS GERAIS

Objectives: To estimate the prevalence of pressure injury and to identify factors associated with the occurrence of this injury in a private hospital in Minas Gerais. **Methodology:** descriptive, cross - sectional, prevalence study. A sample of 169 patients hospitalized at the hospital was evaluated. **Results:** From the 169 sample, nine patients developed pressure lesions, one patient developed three lesions, totaling 11 lesions in the sample. The prevalence was 5.3%. Three lesions were classified as Stage 1, seven as Stage 2 and one as Stage 3. **Conclusion:** The observed prevalence rate was below the rate of the studies referenced by this study. This data may be related to LPP management and prevention training, which was given to the nursing professionals of the hospital in question during the second half of 2017. Thus, in-service education is relevant for professionals and especially for patients.

Keywords: Pressure Ulcer, Nursing care, Prevalence.

PREVALENCIA DE LESIÓN POR PRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN HOSPITAL PRIVADO DEL ESTADO DE MINAS GERAIS

Objetivos: Estimar la prevalencia de lesión por presión e identificar factores asociados a la ocurrencia de este agravo en una unidad de internación de hospital privado de Minas Gerais. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, de prevalencia. Se evaluó una muestra de 169 pacientes internados en el referido hospital. **Resultados:** De la muestra de 169, nueve pacientes desarrollaron lesión por presión, siendo que un paciente desarrolló tres lesiones, totalizando 11 lesiones en la casuística. La prevalencia fue del 5,3%. Tres lesiones fueron clasificadas como Etapa 1, siete como Etapa 2 y una como Etapa 3. **Conclusión:** La tasa de prevalencia observada estaba por debajo de la tasa de los trabajos referenciados por este estudio. Este dato puede estar relacionado con entrenamiento de manejo y prevención de LPP, que fue impartido a los profesionales de enfermería del hospital en cuestión, durante el segundo semestre de 2017. Así, la educación en servicio se muestra relevante para los profesionales y principalmente para los profesionales pacientes asistidos.

Descriptores: Úlcera por Presión; Cuidados de enfermería; Prevalencia.

¹Faculdade Pitágoras, Governador Valadares/MG.

²Universidade Federal de Minas Gerais-UFG.

³UNIBH - Centro Universitário de Belo Horizonte.

⁴Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte/MG.

Autor Correspondente : Miguir Terezinha Vieccelli Donoso. Email :miguirdonos@uol.com.br

INTRODUÇÃO

As Lesões por Pressão (LP) consistem em lesões localizadas na pele e/ou no tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, ou relacionadas a dispositivos de cuidado à saúde, resultantes de pressão sustentada, incluindo a associação entre esta e cisalhamento⁽¹⁾. O desenvolvimento das LP consiste em problema mundial em todos os níveis assistenciais de saúde, afetando pessoas de todos os grupos etários⁽²⁾.

O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)⁽³⁾ anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação. As variáveis referentes ao risco de LP consideram seis parâmetros da Escala de Braden: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e/ou cisalhamento. Ainda segundo o NPUAP, as LP classificam-se em: Lesão por Pressão Estágio 1, Lesão por Pressão Estágio 2, Lesão por Pressão Estágio 3, Lesão por Pressão Estágio 4, Lesão por Pressão Não Classificável, Lesão por Pressão Tissular Profunda, Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membranas Mucosas.

Nas unidades de internação hospitalares a realidade ainda é preocupante. Trabalho sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da LP em pacientes hospitalizados mostrou que, no período de um mês, foram avaliados 197 pacientes que estavam internados sendo que 53 apresentaram LP, configurando uma prevalência pontual de 26,09%⁽⁴⁾. Outro trabalho⁽⁵⁾, visando mensurar a prevalência de LP em pacientes internados em três hospitais de ensino apresentou média anual da prevalência geral de 10,1%.

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Neste, um dos objetivos é a diminuição da ocorrência da LP⁽⁶⁾.

A avaliação do risco para o desenvolvimento de LP pode ser realizada pela Escala de Braden, instrumento amplamente utilizado para esse fim⁽⁷⁾. O exame físico diário do paciente hospitalizado - incluindo a aplicação da Escala de Braden - pode prevenir ou evitar agravamentos da LP quando esta já está instalada. No entanto, apesar de ser um tema de grande atenção no âmbito do cuidado de enfermagem, a incidência e prevalência mundial de LP permanece elevada, fato que comprova a necessidade de novas pesquisas com vistas a aperfeiçoar medidas preventivas e terapêuticas⁽⁸⁾.

Um trabalho eficaz de prevenção pressupõe o conhecimento da etiologia e também da realidade da instituição. A prevenção de LP em pacientes hospitalizados tem sido apresentada como um dos indicadores de qualidade da assistência prestada pela equipe como um todo⁽⁹⁾.

Os enfermeiros e principalmente os enfermeiros estomaterapeutas, por serem referências no cuidado a

pacientes com lesões, incontinências, cateteres, drenos e estomias devem proporcionar um cuidado que envolva a prevenção e manejo das LP. Esta caracteriza um indicador negativo de qualidade do cuidado. É avaliada internacionalmente como evento adverso e representa importante desafio para o cuidado em saúde por contribuir com o aumento da morbidade, da mortalidade, tempo, custos do tratamento de saúde e afetar elevado número de pessoas⁽¹⁰⁾.

Como agente ativo no processo de cuidado ao paciente e suas necessidades, o enfermeiro deve se apropriar de conhecimento que forneçam embasamento para a prevenção de eventos adversos, dentre elas a LP. Problemas de saúde como as LP ainda são frequentes nas instituições hospitalares devido à assistência realizada de forma aleatória, sem existência de padronização dos cuidados, falta de atualização dos profissionais quanto ao uso de métodos para prevenção e falta de implantação de protocolos de ações que visem facilitar a assistência prestada ao paciente⁽¹¹⁾.

O planejamento das ações de enfermagem auxilia na prevenção e tratamento das LP podendo assim, minimizar os custos financeiros, desgaste físico e emocional dos pacientes e familiares causados por este agravo⁽⁹⁾.

Considerando-se a gravidade da ocorrência de LP em pacientes hospitalizados, observa-se que ainda são insuficientes os programas de prevenção deste agravo, bem como prevenção de complicações do mesmo, quando já instalado. Observa-se também, de maneira geral, que os fatores de risco para LP são pouco valorizados pela equipe de saúde. No hospital campo de estudo, há pacientes internados com um ou mais fatores de risco para LP. No entanto, há carência de dados numéricos que documentem a ocorrência de LP, o que dificulta a aplicação e criação de novos protocolos, no sentido de se evitar a ocorrência de LP, ou mesmo minimizar seus danos quando eventualmente ocorrem. A implementação de cuidados frente a este evento certamente sofre influências de dados e registros sobre pacientes internados.

Assim, este trabalho teve como objetivos estimar a prevalência de lesão por pressão e identificar fatores associados à ocorrência deste agravo em uma unidade de internação de hospital privado de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo, transversal, de prevalência.

Local do estudo

Unidade de internação médico-cirúrgica de hospital privado e de ensino do Estado de Minas Gerais.

Participantes da pesquisa

A fonte de dados foi constituída por prontuários eletrônicos de pacientes internados durante o primeiro semestre de 2018, em unidade hospitalar médico-cirúrgica e que apresentavam risco de desenvolvimento de LP. Os prontuários foram escolhidos aleatoriamente. O cálculo da amostra foi realizado considerando-se o número de 300 leitos da referida unidade.

Critérios de inclusão e exclusão

Realizou-se a escolha aleatória de 169 prontuários de pacientes que estiveram internados no primeiro semestre de 2018 e que fossem maiores de dezoito anos. Foram excluídos prontuários de pacientes menores de 18 anos.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante o mês de junho de 2018, utilizando-se instrumento de coleta contendo as seguintes variáveis: demográficas: idade, sexo, situação laboral (aposentado, trabalhando fora) e cor da pele (branco, pardo, preto, outro);

epidemiológicas: tempo de internação, diagnóstico médico registrado no prontuário e ocorrência ou não de internação na unidade de terapia intensiva; relacionadas à LP: presença de LP e caracterização desta quanto à localização e ao estágio; classificação da LPP: foi utilizada a classificação de Lesão por Pressão Estágio 1, Lesão por Pressão Estágio 2, Lesão por Pressão Estágio 3, Lesão por Pressão Estágio 4, Lesão por Pressão Não Classificável, Lesão por Pressão Tissular Profunda, Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membranas Mucosas (NPUAP)⁽³⁾.

Análise dos dados

Os dados coletados foram registrados em uma planilha do aplicativo Microsoft Excel, versão Windows 98, por meio da técnica de dupla digitação. Posteriormente, os dados foram exportados e analisados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 11.5 para análise estatística, sendo utilizado o cálculo da taxa de prevalência e das frequências absoluta e relativa para a descrição das variáveis coletadas.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido à Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Básica (ENB) da Escola de Enfermagem da UFMG. Posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas (COEP) do referido hospital, que o aprovou sob número CAAE 90070818130015125 (Plataforma Brasil). Como foram consultados os prontuários e não os pacientes, foi solicitado ao COEP desta instituição a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foi avaliada uma amostra de 169 pacientes internados no hospital cenário desta pesquisa. Destes 169, nove (09) pacientes desenvolveram LP. Observa-se uma prevalência de 5,3% (intervalo de 95% de confiança = [2,5%; 9,9%]). Oito pacientes estavam acometidos com uma LP cada e um paciente foi identificado com três lesões, o que totalizou 11 lesões. Do total das 11 lesões, três lesões foram classificadas como Estágio 1, sete como Estágio 2 e uma em Estágio 3.

Quanto à localização das LP, 73% destas estavam localizadas na região sacral, 9% no calcâneo direito, 9% no calcâneo esquerdo e 9% na região interglútea.

A idade variou de 35 anos (mínimo) há 103 anos (máximo), com uma média de 71 anos. Quanto ao sexo, cinco pacientes eram homens e quatro eram mulheres. Em relação à situação laboral, cinco estavam aposentados e quatro trabalhavam fora. No que tange à cor, cinco pacientes foram identificados como pardos e quatro como brancos. Não houve negros e indígenas na casuística.

Nos fatores associados à ocorrência de LP, há forte associação entre o tempo de internação do paciente e lesões por pressão. Já a idade não se associou à LP. A Tabela 1 ilustra este dado:

Tabela 1 – Análise univariada para identificação de fatores associados às lesões por pressão em pacientes internados em hospital privado do Estado de Minas Gerais, Jan-Jun/2018:

Variável	Lesão por pressão	n	Média	Desvio padrão	Valor-p
Idade (anos)	Sim	9	71	18,6	0,168
	Não	160	61	18,9	
Tempo de internação (dias)	Sim	9	71	43,8	< 0,001
	Não	160	15	24,3	

Identificaram-se nos nove pacientes que desenvolveram LP os seguintes diagnósticos: três casos de neoplasias, uma doença renal em estágio final, um caso de dor em MMII a esclarecer, um caso de fadiga a esclarecer, um caso de dor pélvico-abdominal a esclarecer, um caso de aterosclerose das artérias de extremidades e um caso de dor em MMSS a esclarecer.

Quanto à análise da possível associação de variáveis categóricas com LP em pacientes internados no hospital em questão, somente o tempo de internação dos pacientes se associou às lesões por pressão. A Tabela 2 apresenta estes dados:

Tabela 2 – Análise da possível associação de variáveis categóricas com LPP em pacientes internados em hospital privado do Estado de Minas Gerais, Jan-Jun/2018:

Variável	categoria	Total de pacientes	Número de pacientes com lesão por pressão	Prevalência	Prevalência Relativa	Valor-p
Idade > 75 anos?	Sim	45	4	8,9%	2,2	0,249
	Não	124	5	4,0%		
Tempo de internação > 30 dias?	Sim	23	7	30,4%	22,2	< 0,001
	Não	146	2	1,4%		
Sexo	Masculino	77	5	6,5%	1,5	0,733
	Feminino	92	4	4,3%		
Ocupação principal	Do lar	11	1	9,1%	1,8	0,463
	Outra ocupação	158	8	5,1%		
Procedência	Belo Horizonte	90	6	6,7%	1,8	0,505
	Outras cidades	79	3	3,8%		

DISCUSSÃO

Dos 169 pacientes avaliados, 09 desenvolveram LP. Observou-se uma prevalência de 5,3%, lembrando-se que a prevalência mede a proporção de pessoas que estão doentes no momento de se avaliar a doença na população, ou seja, não há tempo para acompanhamento⁽¹²⁾. Estudo sobre prevalência de LP realizado com pacientes de hospital público no Brasil⁽¹⁰⁾ apresentou prevalência de 40%, dado muito acima do encontrado neste estudo. Também outro estudo, realizado em hospital filantrópico de Curitiba, com N de 87 pacientes apresentou prevalência pontual de LP de 40%. Ressalta-se que em 2017, os profissionais de enfermagem do hospital cenário desta pesquisa receberam treinamento sobre prevenção e manejo de LP por profissional expert na área. Infere-se que os profissionais encontram-se instrumentalizados para prevenir e minimizar as LP de seus pacientes.

Oito pacientes apresentaram apenas uma LP, enquanto um paciente apresentou três LP. O paciente que desenvolveu três LP era homem, 61 anos, cor branca e suas LP encontravam-se na região sacral, calcâneo direito e calcâneo esquerdo, permanecendo internado por 68 dias, sendo restrito ao leito por mais tempo. Em trabalho sobre custos de LP⁽¹⁾, os autores observaram que os pacientes encontravam-se restritos ao leito e as lesões por pressão localizavam-se na maioria em região sacral. Segundo os autores, a restrição ao leito apresentada por todos os pacientes pode ter colaborado para o surgimento de lesões por pressão, todas localizadas na região sacral. A restrição ao leito reduz a capacidade de alívio de pressão nas proeminências ósseas, mantendo os fatores de intensidade e duração da pressão.

A distribuição do local das lesões foi: sacral (73%), interglútea (9%), calcâneo direito (9%) e calcâneo esquerdo (9%). Em revisão integrativa⁽¹³⁾, os autores encontraram artigos nos quais os locais mais comuns da LPP foram as

regiões sacral e sacrococcígea, seguidas pelos calcâneos e interglúteos, corroborando os dados deste estudo. Também estudo sobre LP em pacientes acamados (14) detectou que as regiões anatômicas de maior ocorrência de LP foram sacro coccígeas, com 70% da casuística, seguida de maléolo e trocânter.

Três lesões foram classificada como Estágio 1, sete como estágio 2 e uma como estágio 3, totalizando 11 lesões, lembrando que um paciente apresentou três lesões. A maioria das LP foi classificada como estágio 2. A literatura é controversa, uma vez que estudo sobre LP⁽¹⁵⁾ encontrou que 72% das úlceras se classificaram em estágio 1.

A idade variou de 35 a 103 anos, com média de 71 anos. Revisão de literatura sobre LP⁽¹⁶⁾ pontua que pacientes idosos ou com lesão medular apresentam risco maior no desenvolvimento de LP e, conseqüentemente, constituem a população estatisticamente mais acometida, fato corroborado neste estudo.

Quanto à cor, quatro pacientes (45,5%) apresentavam cor branca e cinco (55,5%) apresentavam a cor parda. Não houve pessoas negras na casuística. A literatura considera que a pele negra tem maior resistência à agressão externa causada pela umidade e fricção, somada à dificuldade em identificar lesões de estágio 1 em indivíduos negros. Também não houve pacientes indígenas, o que pode ser justificado pela localização do hospital, uma capital brasileira⁽¹⁷⁾.

No que se refere aos fatores associados à ocorrência de LP, há forte associação entre o tempo de internação do paciente e lesões por pressão, com o valor de $P < 0,001$. Artigo de revisão integrativa de literatura apresenta o tempo de internação como um dos fatores associados à ocorrência de LP⁽¹³⁾.

Quanto à doença de base, houve três casos de neoplasias (33,3%). Trabalho realizado sobre características e prevalência de pacientes em cuidados paliativos estudou 64 pacientes, todos com algum tipo de câncer. Destes, a prevalência de LPP foi de 18,8%⁽¹⁸⁾. Segundo os autores, pacientes com doenças avançadas, incluindo aqueles em cuidados paliativos, costumam apresentar LP, feridas resultantes de lesão de pele ou tecido adjacente causada por pressão, cisalhamento e/ou fricção, que, no entanto, podem e devem ser evitadas. Neste trabalho, houve um paciente com doença renal em estágio final, também em cuidados paliativos.

No que e refere à análise da possível associação de variáveis categóricas com LP em pacientes internados no hospital cenário desta pesquisa, durante o período analisado, o tempo de internação do paciente se associou às lesões por pressão ($P < 0,001$). Estudo aponta que, a partir do 15º dia de internação, todos os pacientes internados apresentam algum risco para o aparecimento de LP⁽¹⁹⁾. O mesmo estudo destaca que o maior tempo médio de internação foi verificado na unidade no qual os pacientes apresentaram maior risco

para UP, segundo Escala de Braden. Entretanto, não houve associação entre aparecimento de LP e tempo de internação.

Limitações do estudo

Observaram-se algumas limitações deste estudo, sendo a principal delas a ausência de alguns dados clínicos e sócio-demográficos de pacientes no hospital cenário deste estudo. Dados como escolaridade não foram preenchidos em todos os prontuários, o que impossibilitou a caracterização sócio demográfica completa dos pacientes. Também não foram preenchidos os dados referentes a peso e altura, o que impossibilitou o cálculo de IMC, limitando a caracterização clínica dos pacientes estudados. Lembra-se que os registros ou anotações de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano, visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam à comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins como para: pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e outros⁽²⁰⁾.

Contribuições do estudo para a prática

Este estudo contribuirá com dados e informações sobre a ocorrência de LP, subsidiando outras pesquisas e instrumentalizando profissionais da saúde para um melhor enfrentamento deste agravo.

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos, conclui-se que estes foram parcialmente alcançados, fato relacionado às limitações descritas no final da discussão deste trabalho.

Observou-se uma prevalência de 5,3%, uma taxa abaixo da taxa de prevalência dos trabalhos sobre LP referenciados por este estudo. Esse dado, no nosso entender, está relacionado a treinamento de manejo e prevenção de LP, recebido pelos profissionais de enfermagem do hospital cenário deste estudo, no segundo semestre de 2017. Dessa forma, a educação em serviço mostra-se relevante, para os profissionais e principalmente para os pacientes, receptores do cuidado.

Sugere-se a melhora do processo de comunicação escrita nos prontuários da instituição, pois a falta de dados em prontuário foi o grande limitador deste trabalho. Sugere-se também que novas pesquisas sejam realizadas em hospital de grande porte, uma vez que o tema LP é relevante, sendo seu estudo fundamental para a melhoria da qualidade da assistência.

Contribuição dos autores

Fernanda de Carvalho: Concepção, desenho, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Miguir Terezinha Viecelli Donoso: Concepção, desenho, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final. Braulio Roberto Gonçalves Marinho Couto: Cálculo estatístico, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Selme Silqueira de Matos: Desenho, análise, interpretação dos dados, redação do artigo. Lilian Kelly Barbosa Lima: Concepção, desenho, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Érica Pertussati: Concepção, coleta de dados nos prontuários, análise e interpretação dos dados.

REFERÊNCIAS

- Silva DRA, Bezerra SMG, Costa JP, Luz MBA, Lopes VCA, Noqueira LT. : Curativos de lesões por pressão em pacientes críticos: análise de custos. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 3]; 51:e03231. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03231.pdf
- Otto C, Schumacher B, Wiese LPL, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enferm Foco*. [Internet]. 2019 [citado 2019 Abr 3]; 10(1):07-11. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1323/485>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Pressure Ulcer Stages Revised*. Washington, 2016. Disponível em: <http://WWW.npuap.org/about-us/>
- Galvão NS, Lopes Neto D, Oliveira APP. Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes com úlcera por pressão internados em uma instituição hospitalar. *Estima*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Fev 18]; 13(3):sp. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/106>
- Melleiro MM, Tronchin DMR, Baptista CMC, Braga AT, Paulino A, Kurcogant P. Indicadores de prevalência de úlcera por pressão e incidência de queda de paciente em hospitais de ensino do município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Mar 01]; 49(Esp2):55-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0055.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Resolução – RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Predictive Validity of the Braden Scale for Pressure Ulcer Risk in Critical Care Patients. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Fev [citado 2019 Fev 28]; 19(1):50-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf
- Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2009 [citado 2019 Mar 01]; 43(1):223-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100029
- Ascari RA, Veloso J, Silva OM, Kessler AMJ, Schwaab G. Úlcera por pressão: um desafio para a enfermagem. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. [Internet]. 2014 [citado 2019 Abr 01]; 6(1):11-16. Disponível em: https://www.mastereeditora.com.br/periodico/20140301_132755.pdf
- Bernardes RM, Caliri MHL. Prevalência de úlcera por pressão em hospital de emergência: estudo transversal. *Revista Estima*. [Internet]. 2016 [citado 2019 Mar 03]; 14(2):99. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/383>
- Dantas ALM, Araújo JDB, Ferreira PC, Valença CN, Diniz KD, Carvalho ALB. Prevenção de Úlceras por Pressão Segundo a Perspectiva do Enfermeiro Intensivo. *Rev. Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2013 [citado 2019 Mar 23]; 7(1): 706-12. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7183>
- Fajardo-Gutierrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev. alerg. Méx*. [Internet]. 2017 [citado 2019 Abr 03]; 64(1):109-20. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902017000100109
- Souza RG, Oliveira TL, Lima LR, Stival MM. Fatores associados à úlcera por pressão (UPP) em pacientes críticos: revisão integrativa da literatura. *Universitas: Ciências da Saúde*. [Internet]. 2016 [citado 2019 Fev 14]; 14(1):77-84. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view-File/3602/3072>
- Pessoa EFR, Rocha JGSC, Bezerra SMG. Prevalência de úlcera por pressão em pacientes acamados, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família: um estudo de enfermagem. *Revista Interdisciplinar NOVA FAPI*. [Internet]. 2011 [citado 2019 Fev 13]; 4(1):14-18. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p2_v4n1.pdf
- Borghardt AT, Prado TNP, Bicudo DSC, Bringuento MEO. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 03]; 69(3):460-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166903071>
- Luz SR, Lopacinski AC, Fraga R, Urban R. Úlceras de pressão. *Geriatrics & Gerontologia*. [Internet]. 2010 [citado 2019 Mar 07]; 4(1):36-43. Disponível em: www.ggaging.com/export-pdf/296/v4n1a06.pdf
- Blanes L, Duarte IS, Calil JÁ, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2004 [citado 2019 Abr 03]; 50(2):182-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20781>
- Queiroz ACCM, Mota DDC, Bachion MM, Ferreira ACM. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2014 [citado 2019 Mar 07]; 48(2):264-71. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-re-eusp-48-02-264.pdf
- Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velazquez-Meléndez G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2011 [citado 2019 Abr 03]; 45(2):313-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200002
- Matsuda LM et al. Anotações/Registros de Enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista de Eletrônica de Enfermagem*. [Internet]. 2006 [citado 2019 Abr 03]; 8(3): 415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Julio Cesar de Oliveira Mattos¹
Alexandre Pazetto Balsanelli²

<https://orcid.org/0000-0002-4884-1744>
<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>

Objetivo: identificar como a liderança do enfermeiro tem sido estudada na atenção primária à saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de dados em Enfermagem, Portal Periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior e Base de Dados Bibliográficas em Medicina, utilizando os descritores: “liderança” and “Enfermagem” and “Atenção Primária à Saúde” no qual foram selecionados 13 artigos em português, inglês e espanhol, no período de 2007 a 2018. **Resultados:** A liderança na Atenção Primária é abordada considerando os seguintes aspectos: trabalho em equipe, gerenciamento da unidade, tomada de decisão, condutas assistenciais e supervisão da equipe. **Conclusão:** Concluiu-se que os enfermeiros exercem papel fundamental na Atenção Primária e a liderança é uma competência que precisa ser mais estudada neste contexto.

Descritores: Atenção primária à saúde; Liderança; Enfermagem.

NURSES' LEADERSHIP IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Objective: to identify how nurse leadership has been studied in primary health care. **Methodology:** This is an integrative review conducted in the databases: Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Nursing Database, Periodical Portal of the Commission for the Improvement of Higher Education Personnel and Bibliographic Database in Medicine, using the keyword “leadership” and “Nursing” and “Primary Health Care” in which 13 articles were selected in Portuguese, English and Spanish from 2007 to 2018. **Results:** Leadership in Primary Care is approached considering the following aspects: teamwork, unit management, decision making, care management and team supervision. **Conclusion:** It was concluded that nurses play a fundamental role in Primary Care and leadership is a competence that needs further study in this context.

Descriptors: Primary health care; Leadership; Nursing.

EL LIDERAZGO DE LO ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

Objetivo: identificar cómo se ha estudiado el liderazgo de enfermería en la atención primaria de salud. **Metodología:** Esta es una revisión integradora realizada en las bases de datos: Biblioteca electrónica científica en línea, Literatura de ciencias de la salud en América Latina y el Caribe, Base de datos de enfermería, Portal periódico de la Comisión para la mejora del personal de educación superior y Base de datos bibliográfica en medicina, utilizando las palabras clave “liderazgo” y “Enfermería” y “Atención primaria de salud” en los que se seleccionaron 13 artículos en portugués, inglés y español, de 2007 a 2018. **Resultados:** liderazgo en la atención primaria se aborda considerando los siguientes aspectos: trabajo en equipo, gestión de la unidad, toma de decisiones, gestión de la atención y supervisión del equipo. **Conclusión:** se concluyó que las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la atención primaria y el liderazgo es una competencia que necesita más estudio en este contexto.

Descriptores: Atención primaria de salud; Liderazgo; Enfermería.

¹Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP.

Autor correspondente: Julio Cesar de Oliveira Mattos. E-mail: jumattos0702@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), é caracterizada por um conjunto de ações e de cuidados, situada no primeiro nível de atenção, visando a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, ações de reabilitação e manutenção no âmbito individual e coletivo. A maioria das necessidades da população devem ser resolvidas neste nível, identificando as demandas do indivíduo, família e comunidade, e ao mesmo tempo criar conexões mais profundas com os outros níveis. É um modelo descentralizado, e a participação no cuidado se faz necessária⁽¹⁾.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou o sistema universal e definiu a APS como sua principal estratégia para levar saúde a população, reafirmando a necessidade de ruptura com o modelo centrado em consultas médicas⁽²⁾.

Os processos de trabalho devem ser organizados, para que a equipe de saúde possa garantir melhores resultados. Assim, requer profissionais com múltiplos saberes, que além de suas habilidades técnicas desenvolvam suas dimensões políticas, de gestão e Liderança⁽³⁾.

Este estudo baseia-se na liderança, que neste cenário torna-se é essencial, pois se trata de um ambiente altamente dinâmico com um fluxo intenso de usuários. Enfermeiros aptos a assumirem posições de líderes devem sempre ter em vista o bem estar da comunidade, envolvendo comprometimento, responsabilidade, tomada de decisões e comunicação assertiva. O sucesso do enfermeiro líder aqui é altamente dependente dos esforços colaborativos e eficientes de todos os setores da unidade de saúde⁽⁴⁾.

Preconiza-se uma prática multiprofissional, com tomada de decisões coletivas. Partimos do pressuposto que na APS o líder surge de forma natural e com habilidades específicas. Diante das competências do enfermeiro, é possível perceber a necessidade do desenvolvimento e fortalecimento de habilidades ,entre elas a liderança⁽⁵⁾.

Considerando o importante papel do enfermeiro na APS, questiona-se: como a liderança do enfermeiro tem sido estudada? Pretende-se com este estudo identificar como esta competência tem sido pesquisada para propor futuramente novos estudos para avançar no conhecimento desta temática tendo em vista que não foram identificadas revisões que trabalhassem com este objeto de investigação. Diante desta questão, objetivou-se identificar como a liderança do enfermeiro tem sido estudada na APS.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Realizou-se uma revisão integrativa, a qual permite

incluir estudos com diferentes abordagens metodológicas, no recorte temporal de 2007 a 2018 para contemplar um intervalo de tempo que permitisse a inclusão de mais estudos.

Seleção do estudo

Para a construção deste estudo, foram seguidas as seguintes etapas: 1) Delimitação do tema e definição da pergunta; 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão/ amostragem dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) Discussão dos resultados da amostra trabalhada e; 6) Apresentação da síntese do conhecimento⁽⁶⁾.

Considerando a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Contexto), utilizada para construir perguntas de pesquisa em diversas áreas da saúde, foi elaborada a seguinte questão norteadora: "Quais são os principais achados da literatura sobre liderança em enfermagem na atenção primária à saúde?" sendo P: Enfermagem; I: Liderança; Co: atenção primária à saúde⁽⁷⁾.

Para extração de informações foram consultadas publicações indexadas nas bases de dados eletrônicas pelo portal PUBMED (Base de Dados Bibliográficas em Medicina), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e Portal Periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES). Utilizaram-se os seguintes descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): Liderança (Leadership); Enfermagem (Nursing); Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care). O recurso utilizado na pesquisa foi a expressão do "termo exato". Para cruzar os termos usou-se o operador lógico booleano "and" com o intuito de obter o maior número de artigos que respondam à questão norteadora.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, com textos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre os anos de 2007 a 2018. Estudos como: relatos de caso, relato de experiência, artigo não original e revisão de literatura foram excluídos.

Para extração dos dados utilizou-se como parâmetro o instrumento de Ursi⁽⁸⁾ adaptado para este estudo com os seguintes dados: identificação dos artigos (autor, título e ano de publicação), objetivo, tipo de estudo e resultados principais.

Com o processo de seleção dos artigos, resultou-se num total de 183 publicações, sendo 109 excluídos por não atender à pergunta de pesquisa, e 31 excluídos por se tratarem de artigos não originais. Foram pré-selecionados 42 artigos, e após passarem por um processo de leitura na íntegra, 26 foram

excluídos por fugirem do tema, quatro duplicados em mais de uma base, resultando no total de 13 artigos selecionados, como mostra o fluxograma PRISMA⁽⁹⁾ na figura 1.

Participaram destas etapas dois pesquisadores para garantir uniformidade nos achados.

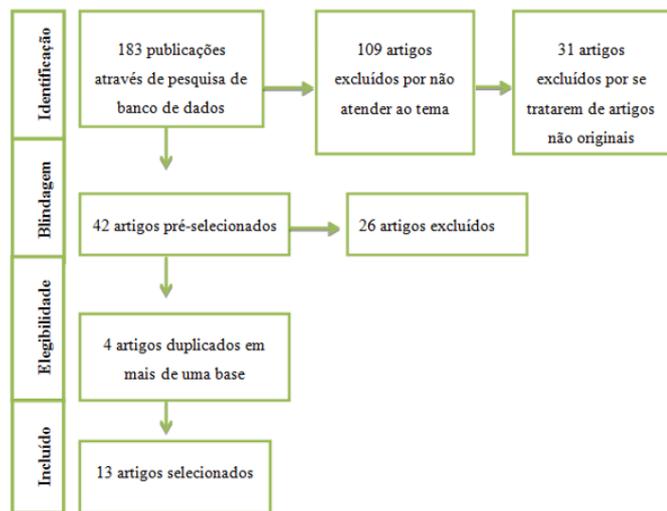


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos. São Paulo (SP), Brasil, 2019.

Para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos, utilizaram-se as recomendações do STROBE dividida em três categorias: A- no caso de estudos que preencheram 80% ou mais dos critérios, B- no caso de cumprimento entre 80% e 50% dos critérios, e C- se o cumprimento foi inferior a 50% dos critérios estabelecidos por STROBE(10). Destaca-se que esta avaliação não foi considerada critério de exclusão, mas quando necessária foi utilizada na análise de sensibilidade, excluindo estudos classificados como de baixa qualidade.

Em relação à classificação do nível de evidência, foi utilizado o instrumento de Classificação Hierarquia das Evidências para Avaliação dos Estudos(11): I - revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; II - evidências de pelo menos um ensaio clínico randomizado, controlado e bem delineado; III - ensaio clínico bem delineado, sem randomização; IV - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; V - revisão sistemática; VI - evidências de pelo menos um dos estudos qualitativos ou descritivos; VII - opiniões de autoridades ou comitês de especialistas incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisa.

Procedimentos éticos

Os aspectos éticos deste estudo foram preservados. Todos os autores dos artigos analisados foram referenciados adequadamente, conforme a Lei de Direitos Autorais nº. 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998⁽¹²⁾. Os dados e informações das pesquisas foram apresentados de forma fidedigna.

RESULTADOS

Do total de 13 artigos, cinco foram realizados no Brasil, um nos Estados Unidos, dois na África do Sul, um na Noruega, um na Espanha, um na Nova Zelândia e um na Finlândia e Suécia. Entre os estudos, cinco foram publicados em periódicos brasileiros. Em relação ao idioma obteve-se: cinco no português e sete em inglês. Ao todo, 30% dos estudos foram de abordagem quantitativa e 70% qualitativa. O Quadro 1 apresenta dados de cada estudo e as variáveis analisadas.

Quadro 1 Distribuição dos estudos selecionados. São Paulo, 2019.

Autor/Ano/Local	Objetivo do estudo	Tipo de estudo, STROBE e Nível de Evidência	Resultados Principais
Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Cummings G. 2016/Brasil ⁽¹³⁾ .	Compreender as práticas de liderança exercida por enfermeiros nos serviços de Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil.	Qualitativo B VI	A liderança foi entendida como recurso no processo de cuidar/gerenciar pessoas e desenvolver uma equipe de líderes, visando à organização e à qualificação do trabalho em saúde.
Lanzoni GMM, Meirelles BHS. 2013/Brasil ⁽¹⁴⁾ .	Compreender as contribuições do enfermeiro na rede de relações e interações dos agentes comunitários de saúde, de um município localizado ao sul do Brasil.	Qualitativo B VI	O enfermeiro é reconhecido como elemento importante na rede de relações com o Agente Comunitário, sendo visto como líder. Age como facilitador do trabalho na promoção da saúde.
Lanzoni GMM et al. 2015./Brasil ⁽¹⁵⁾ .	Compreender as ações/interações identificadas como motivadoras de liderança para enfermeiros da APS de um município ao sul do Brasil.	Qualitativo B VI	O enfermeiro exerce liderança motivada pela personalidade, estímulo na formação profissional, características próprias da profissão e influência do ambiente.

<p>Silva RNA, Lima AKM, Carvalho FSS, Vilanova JM, Silva FL. 2016. Brasil⁽¹⁶⁾.</p>	<p>Avaliar as ações gerenciais realizadas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, em Caxias-MA.</p>	<p>Qualitativo A VI</p>	<p>As competências gerenciais necessárias ao enfermeiro indicaram a liderança, o poder de comunicação e atualização, bem como o conhecimento proporcionado pelas especializações. Verificou-se que as dificuldades existentes englobaram o relacionamento com a equipe, a escassez de recursos materiais e a falta de tempo ocasionado pela sobrecarga de atividades.</p>	<p>Könings KD, Jong N, Lohrmann C. 2018. Holanda, Lituânia e Áustria⁽²¹⁾.</p> <p>Avaliar as percepções de aprendizado sobre um curso de liderança em saúde pública, usando um método baseado em problemas.</p>	<p>Quantitativo A VI</p>	<p>Aprendizagem combinada e baseada em problemas pode ser uma maneira eficaz de desenvolver competências de liderança entre profissionais de saúde pública em contexto internacional e interdisciplinar</p>
<p>Farah BF, Dutra HS, Sanhudo NF, Costa LM. 2017, Brasil⁽¹⁷⁾.</p>	<p>Descrever como enfermeiros supervisores definem e exercem a liderança na atenção primária.</p>	<p>Qualitativo A VI</p>	<p>Foram identificados dois estilos de liderança, o autocrático e o democrático, com predominância do estilo democrático.</p>	<p>Nelson K, Wright T, Connor M, Buckley S, Cumming J. 2009. Nova Zelândia⁽²²⁾.</p> <p>Analisar os projetos de inovação em enfermagem na APS.</p>	<p>Qualitativo C VI</p>	<p>Dos projetos analisados, foram elencados: a importância da liderança em enfermagem, desenvolvimento da força de trabalho, e avanços nas práticas de enfermagem.</p>
<p>Sola GD, Badia JG, Hito D, Obasa AC, Garcia JLDV. 2016, Espanha⁽¹⁸⁾.</p>	<p>Descrever e aprender sobre a autopercepção, comportamentos e estilos de liderança entre os gestores da APS, para determinar a influência da liderança, por idade e sexo.</p>	<p>A Quantitativo VI</p>	<p>A maioria dos participantes eram do sexo feminino (75%), exercendo a liderança há mais de 5 anos. Referente ao estilo de liderança transformacional, houve significativa diferença entre homens e mulheres.</p>	<p>Daire J, Gilson L. 2014. África do Sul⁽²³⁾.</p> <p>Explorar o trabalho de ser gerente de APS, e quais fatores influenciam a prática gerencial, com base na liderança e teoria organizacional.</p>	<p>Qualitativo C VI</p>	<p>Estudo mostra que o trabalho de gerente de APS, é dominado por tarefas com foco em gerenciamento, mas espera-se que também haja envolvimento em práticas de cuidados à saúde.</p>
<p>Tingvoll WA, Saeterstrand T, Mcclusky LM. 2016. Noruega⁽¹⁹⁾.</p>	<p>Mostrar quais são os desafios enfrentados pelos enfermeiros, nos cuidados de saúde primários.</p>	<p>A Qualitativo VI</p>	<p>Os desafios estão cada vez mais complexos para os líderes de enfermagem. A importância do líder é fundamental para a qualidade do serviço e das tarefas não relacionadas a assistência.</p>	<p>Fagerstro M, Salmela S. 2010. Finlândia e Suécia⁽²⁴⁾.</p> <p>Descrever as atitudes dos indivíduos, com as mudanças nos processos organizacionais comparando um hospital e uma unidade de atenção primária à saúde, com foco na junção organizacional e liderança.</p>	<p>Quantitativo B VI</p>	<p>No total de entrevistados (n = 899), 67% sentiram que a junção organizacional entre atenção primária e hospital criaria conflito enquanto que aproximadamente um quarto expressou incerteza. Aproximadamente dois terços (63%) sentiram vantagem com a junção e apenas 12% discordaram. Aproximadamente um quarto (23%) não achou junção necessária, enquanto 41% sentiram que era necessário.</p>
<p>Munyewende PO, Levin J, Rispel LC. 2016. África do Sul⁽²⁰⁾.</p>	<p>Avaliar as competências dos gestores de enfermagem da APS em duas províncias sul africanas.</p>	<p>A Quantitativo VI</p>	<p>As principais competências avaliadas foram: comunicação, liderança, gerenciamento de pessoas, planejamento, resolutividade e gestão financeira, sendo esta, de maior grau de complexidade por parte dos profissionais.</p>	<p>Van Hoof TJ, Bisogano M, Reinertsen JL, Meehan TP. 2012. Estados Unidos⁽²⁵⁾.</p> <p>Abordar profissionais, com questionário sobre liderança buscando melhorias nos resultados e ações.</p>	<p>Qualitativo C VI</p>	<p>A liderança é cada vez mais reconhecida como um fator potencial no sucesso da melhoria da qualidade dos cuidados primários. Deve haver mais pesquisas sobre liderança, para o desenvolvimento de habilidades de seus líderes.</p>

DISCUSSÃO

O trabalho em equipe na APS caracteriza-se por ser um trabalho dependente do conhecimento multiprofissional, coletivo e é determinado por relações interpessoais contínuas e intensas, que podem apresentar divergências que se não gerenciadas positivamente podem interferir no processo de trabalho, podendo prejudicar a liderança do enfermeiro. Os enfermeiros apresentam uma facilidade para integralizar outros trabalhadores, além de incentivar o trabalho multiprofissional e a responsabilidade individual para promover um trabalho focado nas metas comuns. Embora existam fragilidades no trabalho em equipe, este está relacionado às melhores práticas de saúde^(15,17).

Uma prestação de assistência integral, contínua, de caráter resolutivo e com qualidade e que atenda as demandas populacionais, assim como suas reais necessidades é uma característica do trabalho das equipes⁽²⁶⁾. Planejamento das ações, organização do ambiente de trabalho, processo decisório compartilhado, são fundamentais para alcançar os objetivos necessários.

A função assistencial da equipe de enfermagem contempla ações de intervenções para as necessidades de cuidados apresentadas, tendo como finalidade a integralidade. A liderança envolve organização do trabalho e recursos, condicionando a melhoria do desempenho voltados ao cuidado^(16,25).

Na rotina de trabalho, funções assistenciais e gerenciais tomam parte das responsabilidades do enfermeiro. Em muitas unidades, as funções gerenciais e administrativas são mais requisitadas, podendo levar o profissional a dar mais importância nessas funções, abdicando de cuidados assistenciais. Também pode-se perceber que funções gerenciais reforçam uma relação de liderança e superioridade frente a outros membros da equipe⁽²⁷⁾.

Uma pesquisa realizada no Canadá investigou as funções dos enfermeiros na APS, e sua influência dentro da equipe de saúde. Enfermeiros ocupam um papel de destaque, principalmente na organização da unidade e no controle de doenças. Dentre os papéis desempenhados pelos enfermeiros, destacaram-se: organização e liderança, relações de trabalho com a equipe e a comunicação, estes, essenciais ao exercício do líder⁽²⁸⁾.

Fazem parte da rotina gerencial do enfermeiro: o ensino-aprendizagem, gestão de recursos, comunicação, gestão integrada de processos, flexibilidade, criatividade, foco na população, conhecimento técnico-científico, compromisso, tomada de decisão, visão estratégica e liderança⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Ações de enfermeiros como mediadores e líderes das equipes, é reconhecida por parte de outros profissionais atuantes na APS, sendo considerado um elemento importante

nas relações e interações com a população⁽²⁹⁾. Funções gerenciais e assistenciais são inerentes à rotina do enfermeiro, e a gerência é entendida como um mecanismo capaz de assegurar e possibilitar a qualidade da assistência no nível primário de atenção à saúde. Com relação às facilidades no desenvolvimento das práticas gerenciais, foram evidenciadas: o bom relacionamento com a equipe; autonomia; capacidade de liderança e o apoio fornecido pela coordenação da Atenção Primária, que ao darem informações relevantes sobre metas, programas e campanhas, proporcionam uma articulação entre os serviços e comunidade⁽³⁰⁾. O distanciamento dos enfermeiros do cuidado devido às práticas de liderança/gestão também foram observados⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A liderança na enfermagem concebe o mecanismo de influenciar os liderados para que atuem de modo ético, em que são construídos elos de confiança para que alcancem resultados. Já as competências para liderar, devem ser desenvolvidas nas universidades e/ou instituições de formação e desenvolvidas ao longo da trajetória profissional⁽³¹⁾, na qual o profissional também constrói seu conhecimento, que lhe assegura visão ampla e diferenciada do processo saúde/doença, para atuar com mais competência e autonomia⁽³²⁾.

Estudo na Noruega entende um ambiente saudável na APS favorece o desenvolvimento profissional, assim como suas habilidades clínicas, e o enfermeiro líder deve atuar como facilitador nesse processo, pois manter os enfermeiros de maneira produtiva em um ambiente favorável acaba se tornando um recurso valioso para a instituição na busca por metas. Um ponto crítico mencionado, foi a alta rotatividade dos enfermeiros, o que prejudica a qualidade do cuidado, assim, o líder deverá melhorar as características do trabalho, para que o ambiente se torne mais atrativo ao ponto de manter os enfermeiros atuantes neste cenário. Uma boa liderança poderá melhorar a dinâmica organizacional de saúde⁽³³⁾.

Os líderes em saúde devem estar atentos às mudanças e transformações em seu ambiente de atuação⁽³²⁾, tendo um olhar crítico sobre as diversidades socioculturais, dessa forma, deve estar próximo de funções assistenciais, pois o indivíduo é visto na sua integralidade, e desempenhar essas habilidades técnicas com conhecimento científico, faz do enfermeiro um profissional referência e muito procurado nas unidades⁽¹⁷⁾.

Um estudo realizado na Espanha, na região de Barcelona, faz menção aos estilos de liderança de enfermeiros adotados na APS, com relações a suas características de gestão. Foi revelado que estilos transacionais, com recompensa contingente, que envolve recompensas psicológicas como reconhecimento de um bom trabalho realizado pelo liderado eram bastante utilizados, entretanto, se tratando de um ambiente bastante dinâmico onde as mudanças são constantes, foi observado que os líderes transformacionais

representam um determinante para o melhor alcance das metas e dos resultados de saúde⁽¹⁸⁾.

Atualmente, com a dinâmica global, os líderes transformacionais podem representar um fator importante nas mudanças e conquistas dos objetivos⁽¹⁷⁾. A liderança pode influenciar a equipe, e conseqüentemente influenciar nos resultados e metas a serem alcançados, sendo um fator indispensável na melhoria dos cuidados⁽²⁴⁾. Ações democráticas propiciam crescimento e fortalecimento na equipe. A proatividade deve ser algo motivador, para estimular a equipe a sempre buscar melhorias nos processos de trabalho⁽³⁴⁾.

E o enfermeiro traz consigo a arte do cuidar, gerindo equipes, resolvendo conflitos, tomando decisões que norteiam a sua prática profissional. A figura do enfermeiro deve servir de inspiração para sua equipe, na busca por melhorias e satisfação profissional.

Limitações do estudo

Notou-se poucos trabalhos abordando este assunto e com grande variabilidade da qualidade metodológica o que justifica que avanços nos desenhos metodológicos devem ser realizados para se investigar a liderança com maior ênfase na APS. É necessário um olhar mais criterioso para o enfermeiro líder.

Contribuição do estudo para a prática

Considera-se importante refletir, discutir e ampliar

conhecimentos sobre essa temática. Nesse contexto se fomenta a relevância da liderança ser retratada tanto nas graduações de enfermagem quanto na prática de atuação, pois quando estudada e compreendida o profissional terá outro olhar para sua atuação.

CONCLUSÃO

Os achados destes estudos levam a concluir que a liderança em enfermagem na APS é um fator preponderante para o auto desenvolvimento do profissional enfermeiro à frente de sua equipe. Diante de uma reflexão pessoal, dada às vivências nas práticas, é nítido que o enfermeiro, quando assume a figura de líder transforma o seu trabalho e o trabalho de seus colaboradores. Os achados desta revisão mostram que a liderança é abordada considerando os seguintes aspectos: trabalho em equipe, gerenciamento da unidade, tomada de decisão, condutas assistenciais, supervisionar o trabalho da equipe e ser um profissional destacado na unidade.

Contribuições dos autores

Julio Cesar de Oliveira Mattos: concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Alexandre Pazetto Balsanelli: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

- 1) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de atenção básica [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- 2) Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2018 Nov 28]; 28(9): 1772-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015
- 3) Galvalote HS et.al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 28]; 20(1):90-98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452016000100090&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>.
- 4) Negandhi P, Negandhi H, Tiwari R, et al. Building Interdisciplinary Leadership Skills among Health Practitioners in the Twenty-First Century: An Innovative Training Model. *Front Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 23]; 3:221. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4595738/pdf/fpubh-03-00221.pdf>
- 5) Lima FS, Amestoy SC, Jacondino MB, Trindade LL, Silva CN, Fuculo PRB. Exercício da liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Rev. pesqui. cuid. Fundam* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 28]; 8(1): 3893-3906. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3905/pdf_1808
- 6) Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2018 Nov 24]; 17(4):758-764. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en&nrm=iso
- 7) Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 10]; 15(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023
- 8) Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino Americana de Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 25]; 14(1):124-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>
- 9) Galvao TF, Pansani TSA. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 27]; (2): 335-342. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0083138>
- 10) Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jan 05]; 44(3):559-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=en

- 11) Stillwell S, Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Williamson K. Evidence-based practice: step by step. *Am J Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2016 June 15];110(5):41-7. Available from: http://download.lww.com/wolterskluwer_vit_alstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf
- 12) 12. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências). *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- 13) 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 2018 Oct 20]; 25(4). Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-4190015.pdf
- 14) Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 Oct 21]; 66(4): 557-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400014
- 15) Lanzoni GMM et al. Ações/interações motivadoras para liderança do enfermeiro no contexto da atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 23]; 24(4): 1121-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-201500003740013.pdf
- 16) Silva RNA, Lima AKM, Carvalho FSS, Vilanova JM, Silva FL. Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. *Ciencia&saude* [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 25]; 9(1): 21-29. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21028>
- 17) Farah BF, Dutra HS, Sanhudo NF, Costa LM. Percepção de enfermeiros supervisores sobre liderança na atenção primária. *Rev Cuid* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 03]; 8(2): 1638-55. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732017000201638&script=sci_abstract&tlng=pt
- 18) Sola GD, Badia JG, Hito D, Obasa AC, Garcia JLDV. Self-perception of leadership styles and behaviour in primary health care. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 04]; 16:572. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733141>
- 19) Tingvoll WA, Saeterstrand T, McClusky LM. The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway. *BMC Nursing* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 04]; 15:66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121988/>
- 20) Munyewende PO, Levin J, Rispel LC. An evaluation of the competencies of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Glob Health Action* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 04]; 9: 32486. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5149665/>
- 21) Konings KD, de Jong N, Lohrmann C, et al. Is blended learning and problem-based learning course design suited to develop future public health leaders? An explorative European study. *Public Health Reviews* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 04];39:13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984399/>
- 22) Nelson K, Wright T, Connor M, Buckley S, Cumming J. Lessons from eleven primary health care nursing innovations in New Zealand. *International Nursing Review* [Internet]. 2009 [cited 2018 Nov 04]; 56: 291-298. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-7657.2008.00702.x>
- 23) Daire J, Gilson L. Does identity shape leadership and management practice? Experiences of PHC facility managers in Cape Town, South Africa. *Health Policy and Planning* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 05]; 29: ii82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202914/>
- 24) Fagerstro M, Salmela S. Leading change: a challenge for leaders in Nordic health care. *Journal of Nursing Management* [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 05]; 18:613-17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636511>
- 25) Van Hoof TJ, Bisogano M, Reinertsen JL, Meehan TP. Leading Quality Improvement in Primary Care: Recommendations for Success. *The American Journal of Medicine* [Internet]. 2012 [cited 2018 Nov 05]; 125(9). Available from: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(12\)00348-8/pdf](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(12)00348-8/pdf)
- 26) Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 07];22(2) : 1525-1534. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
- 27) Bezerra FD, Andrade MFC, Andrade JS, Vieira MJ, Pimentel D. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Rev. bras. Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 27]; 63(1): 33-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034716720100001000060&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100006>.
- 28) Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell NR, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 06]; 23(19-20): 2968-79. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12547>
- 29) Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 06]; 22(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>
- 30) Costa EMS, Peres AM, Bernardino E, Sade PMC. Estilos de liderança dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 05]; 14(1):962-9. Available from : <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20756>
- 31) Amestoy SC, Cestari ME, Thofehm MB, Milbrath VM, Trindade LL, Backes VMS. Processo de formação de enfermeiros líderes. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jan 17]; 63(6): 940-945. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600011>.
- 32) Silva AS, Oliveira F, Spinola CM, Poletto VC. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF e dificuldades em romper o modelo flexneriano. *Rev Enferm Centro Oeste Min* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 10]; 1(1):30-9. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/14>
- 33) Furunes T, Kaltveit A, Akerjordet K. Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses perspective. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 10];27:4290-4301. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14621>
- 34) Soares CES, Biagolini REM, Bertolozzi MR. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 24] ; 47(4) : 915-921. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400915&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S008062342013000400020>.