



# Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

**em Foco**

VOLUME 10, Nº 5, 2019



submissão online



**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.



**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.



**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 Enfermería Comunitaria e Atención Primaria de la Salud (APS) de las Americas e da ABRASCO. Pesquisador com publicações em revistas nacionais e internacionais.



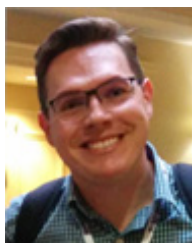
**Carlos Leonardo Figueiredo Cunha**  
*Editor associado*

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 Desenvolvimento 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)



**Luciano Garcia Lourenção**  
*Editor associado*

Enfermeiro, graduado pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP (2002). Possui Mestrado (2006) e Doutorado (2009) em Ciências da Saúde pela FAMERP; experiência no ensino de graduação e pós-graduação em diferentes cursos, especialmente Enfermagem e Medicina, em disciplinas da área de epidemiologia e saúde pública; experiência em gestão de cursos de graduação e pós-graduação Lato Sensu e gestão de Serviço Municipal de Vigilância Epidemiológica, em município de grande porte do interior paulista. Atualmente é Professor Titular-Livre na Escola de Enfermagem e Orientador no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (EEnf/FURG); Atua como Avaliador do Basis (Banco de Avaliadores) do INEP/MEC desde 2011. Realiza pesquisas na área de epidemiologia e saúde pública, com foco na saúde do trabalhador.



**Jose Luis Guedes dos Santos**  
*Editor associado*

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2007), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2010) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2014), com período sanduiche na Kent State University College of Nursing (EUA). É Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES da UFSC. É Coordenador de Divulgação e Visibilidade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro associado da Mixed Methods International Research Association (MMIRA) e Board Member do Forum for Shared Governance. Realiza pesquisas na área de Gestão e Gerenciamento em Enfermagem e Saúde



**Neyson Pinheiro Freire**  
*Editor de Comunicação e Publicação*

Possui MBA em Gestão Pública pela Uniderp. Graduação em Tecnologia em Gestão Pública pela Universidade Anhanguera. Jornalista (Registro 0011083/DF). Mestrando em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Membro da Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu do Cofen. Membro da Comissão Editorial da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Cofen). Gestor dos Contratos de Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu (Cofen/CAPES/UnB). Membro do Grupo de Trabalho da Pesquisa Perfil de Competências Gerenciais de Enfermeiros. Gestor do contrato da Pesquisa Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (Cofen/UnB). Membro do Grupo de Trabalho da Campanha Nursing Now Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Profissão, Trabalho e Saúde (Fiocruz). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Enfermagem - GEPAG (Unifesp). Editor de Comunicação e Divulgação Científica da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Atualmente é Coordenador da Assessoria de Comunicação do Conselho Federal de Enfermagem. Escreve, publica e pesquisa sobre boas práticas de comunicação, políticas públicas, gestão pública, governança, competências e mídias digitais.

**Editorial****REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO: NOVOS DESAFIOS E NOVAS POSSIBILIDADES**

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

**Sistema Cofen/Conselhos Regionais em Foco - Artigo 1 Original****CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM: MARCAS NA SUA TRAJETÓRIA INTERNACIONAL NO MERCOSUL**

Manoel Carlos Neri da Silva, Maria Antonieta Rubio Tyrrel, Nádia Mattos Ramalho, Neyson Pinheiro Freire

**Artigo 2 Original****VIDEOCASE SOBRE A LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PARTO SEGURO: SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Arlete Rodrigues Chagas da Costa, Aline Mizusaki Imoto, Leila Bernarda Donato Gottens

**Artigo 3 Original****DESRIDAMENTO DE FERIDAS EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Juliana Balbinot Reis Girondi, Daniela Soldera, Scheila Monteiro Evaristo, Melissa Orlandi Honório Locks, Lúcia Nazareth Amante, Amanda de Souza Vieira

**Artigo 4 Original****QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS AMAZÔNICOS QUE PARTICIPAM DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA**

Marcela Alves de Oliveira, Hemellen Ferreira Ribeiro, Nadia Pinheiro da Costa

**Artigo 5 Original****INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA CLASSIFICAÇÃO E AUXÍLIO NA TERAPIA TÓPICA DE QUEIMADURAS EM TEMPO REAL**

Gilka de Albuquerque Forte Aguiar, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu, Gabriela Nogueira de Castilho, José Eurico Vasconcelos Filho, Thereza Maria Magalhães Moreira, Luis Rafael Leite Sampaio, Karla Maria Carneiro Rolim, Paulo Roberto Ramos Pereira

**Artigo 6 Original****ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Jaqueline Felix Correia, Wanderlaine Aparecida Silva, Dandara Novakowski Spigolon, Maria Antonia Ramos Costa, Tereza Maria Mageroska Vieira, Sonia Silva Marcon, Elen Ferraz Teston

**Artigo 7 Original****VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS USUÁRIOS**

Daiana Cesconetto, Francine Lima Gelbcke, Maria Elena Echevarría-Guanilo

**Artigo 8 Original****CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE ENFERMEIROS HOSPITALARES**

Roseany Patricia Silva Rocha, Marília Duarte Valim, João Lucas Campos de Oliveira, Antônio Cesar Ribeiro

**Artigo 9 Original****A EXPERIÊNCIA DA VULNERABILIDADE DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

Lidia Nunes Vieira, Flávia Mendes de Sá, Wilza Carla Spiri, Maria Helena Borgato, Cassiana Mendes Bertinello Fontes

**Artigo 10 de Produção Tecnológica****SOFTWARE-PROTÓTIPO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM EM DOENÇAS TROPICAIS E INFECTOCONTAGIOSAS**

Elielza Guerreiro Menezes, David Lopes Neto



73

Artigo 11 Original

**CARACTERIZAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA DE ENFERMAGEM EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**

Gabriela Menezes Gonçalves de Brito, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho, Darci de Oliveira Santa Rosa

79

Artigo 12 Original

**PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE RECEBERAM CONSULTORIA EM AMAMENTAÇÃO**

Anne Fayma Lopes Chaves, Layna Nascimento Holanda Vitoriano, Francisca Liliana Pinheiro Borges, Rita Dorotéa Alves Melo, Mariana Gonçalves de Oliveira, Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima

85

Artigo 13 Original |

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO/NASCIMENTO**

Dirce Stein Backes, Simone Barbosa Pereira, Mara Caino Teixeira Marchiori, Janaina Cervo Pilecco, Marli Terezinha Stein Backes, Claudete Moreschi

91

Artigo 14 Original

**USO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PELOS ENFERMEIROS BRASILEIROS**

Michelle Eifler Machado, Adriana Aparecida Paz, Graciele Fernanda da Costa Linch

97

Artigo 15 Original

**IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: PERFIL E CONDIÇÕES DE SAÚDE**

Rafaela Baptista, Angela Maria Alvarez, Simony Fabíola Lopes Nunes, Rafaela Vivian Valcarenghi, Sayonara de Fatima Faria Barbosa

103

Artigo 16 Original

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Deborah Fernanda Nunes Moreira, Isabella Lopes Santos, Bruna Micaelle Evangelista Pereira Azevedo, Diego Dias de Araújo, Ricardo Otávio Maia Gusmão

109

Artigo 17 Reflexão

**AUTOCUIDADO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: REFLEXÃO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE AOS ENFRENTAMENTOS DA REABILITAÇÃO**

William César Alves Machado, Hilmara Ferreira da Silva, Wanderley Gurgel de Almeida, Nêbia Maria Almeida de Figueiredo, Maria Manuela Martins, Fernando Manuel Dias Henriques, Adriana Dutra Tholl

117

Artigo 18 Original

**MOTIVOS DA RECAÍDA AO USO DE DROGAS POR MULHERES NA PERSPECTIVA DA FENOMENOLOGIA SOCIAL**

Keity Laís Siepmann Soccol, Marlene Gomes Terra, Danilo Bertasso Ribeiro, Daiana Foggiato de Siqueira, Annie Jeannine Bisso Lacchini, Janaina Lunardi Canabarro

123

Artigo 19 Original

**O CUSTO DO ABSENTEÍSMO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NUMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA**

Anna Elizabeth Frigeri Garcia, Giseli da Rocha Lemos, Vivian Pinto de Almeida, Cristiano Bertolossi Marta, Daniel Aragão Machado

130

Artigo 20 Original

**CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA MICRORREGIÃO DA SAÚDE DO CEARÁ**

Lidia Nunes Vieira, Flávia Mendes de Sá, Wilza Carla Spiri, Maria Helena Borgato, Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

136

Artigo 21 Original

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO RASTREIO PRECOCE DE DEMÊNCIA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Antônio Corrêa Marques Neto, Francisco Jadson Silva Bandeira, Jamil Michel Miranda do Vale, Stelacelly Coelho Toscano de Brito

**Artigo 22 Original****ESTILO DE VIDA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE ATUANTES NO NORTE DE MINAS GERAIS**

Suelen Ferreira Rocha, Carla Silvana de Oliveira e Silva, Viviane Carrasco, João Marcus Oliveira Andrade, Emerson Willian Santos de Almeida, Renê Ferreira da Silva Junior, Orlene Veloso Dias

**Artigo 23 Original****CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON: UMA FERRAMENTA PARA CARACTERIZAR AS GESTANTES SUBMETIDAS À CESARIANA**

Talita Ribeiro Algarves, Rivaldo Lira Filho

**Artigo 24 Original****CUIDAR DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO CUIDADOR FAMILIAR**

Rogério Donizeti Reis, Ewerton Naves Dias, Marcos Antônio Batista, José Vitor da Silva

**Artigo 25 Original****O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA: DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Clementina Fernandes Sousa, Célia Brito Santos

**Artigo 26 Original****TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: DESPINDO AS PERCEPÇÕES ACERCA DO ACESSO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Robson Lovison, Tania Maria Ascari, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Michelle Kuntz Durand, Rosana Amora Ascari

**Artigo 27 Revisão Integrativa****DIRETRIZES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PARA URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES**

Thiago Enggle de Araújo Alves, Alcivan Nunes Vieira, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Clara Katiene Costa Santos Brilhante, Carmem Josaura Lima de Oliveira, Sarah Glícia Medeiros Dantas

**Artigo 28 Original****TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: OLHAR DO PROFISSIONAL**

Shirley Ribeiro dos Santos Linhares, Elisabete Pimenta Araújo Paz

**Artigo 29 Revisão Integrativa****CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE A DIMENSÃO ESPIRITUAL NO PERÍODO GESTACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Vanessa da Silva Tarouco, Diéssica Roggia Piexak, Cintia de Souza Santana, Aline Cristina Calçada de Oliveira, Lisiane Amaral de Pinho, Karoline do Pinho Martins

**Artigo 30 Revisão Integrativa****PROCESSO DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Izabella Bizinelli da Fonseca, Cassiana Mendes Bertocello Fontes

**ERRATAS**

# REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO: NOVOS DESAFIOS E NOVAS POSSIBILIDADES



**Isabel Cristina Kowal Olm Cunha**  
 Editora Chefe  
 ORCID <http://orcid.org/0000.0001.6374.5665>

Assumi em final de setembro de 2019, como Editora Chefe desta Revista com a árdua e difícil tarefa de substituir o Dr. Joel Rolim Mancia que a dirigiu por quase dez anos, desde a sua criação, a quem aqui agradecemos e prestamos reconhecimento.

Meu desafio é consolidá-la enquanto importante periódico da Enfermagem Brasileira, melhorando seus indicadores, considerando sua **Missão** de “contribuir para o fortalecimento da Enfermagem, a partir da divulgação da produção do conhecimento, em consonância com os objetivos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem”, e assegurando que sua **Visão** de “ser reconhecida como periódico científico de referência na divulgação do conhecimento relacionado à Enfermagem e a Saúde”, seja atingida.

Para responder aos novos tempos, formei imediatamente um Corpo Diretivo de alta performance, nomeado em 21 de outubro pela Portaria Cofen Nº 1743/2019, composto pelo Dr. Manoel Carlos Néri da Silva, Presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), como Diretor Presidente; pelos Editores Associados Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Ceará; Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, da Universidade Federal do Pará (UFPA), Pará; Dr. Luciano Garcia Lourenção, da Universidade Federal de Rio Grande (FURG), Rio Grande do Sul; Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina; e como Editor de Comunicação e Publicação, o Sr. Neyson Pinheiro Freire, do Cofen. E assim iniciou-se o trabalho.

As primeiras atividades desenvolvidas objetivaram melhorar o conhecimento das demandas e dificuldades da Revista, identificando seus nós críticos e estabelecendo um planejamento estratégico para o novo período. Constatou-se que: os números atrasados de 2019 traziam insatisfação dos autores em virtude do tempo para o processo de avaliação e emissão de parecer ser muito longo; a frágil estrutura necessitava de reforços consistentes e profissionais qualificados e disponíveis para contribuir com o processo editorial da revista; a qualidade científica dos trabalhos precisava ser aprimorada; enfim haviam muitas questões a desafiar o novo grupo.

Assim, o novo corpo diretivo iniciou uma força-tarefa para agilizar a avaliação dos artigos submetidos no sistema, o que permitirá a publicação dos números 3, 4, 5 e 6 de 2019, incluindo um número especial impresso, até abril de 2020, descongestionando o sistema. Montou-se um escritório editorial com o auxílio de um estagiário e abriram-se processos internos para a contratação de serviços especializados, além de ser estruturada a Secretaria da Revista. Revisou-se o Corpo Editorial e o de Pareceristas Ad-hoc.

Com isso, as **metas** a serem atingidas a curto e médio prazo são: Tornar a Revista um periódico nacional de referência na área de Enfermagem; Alcançar melhores indexadores no Qualis Capes; Incluir a revista no Portal RevEnf da BIREME; Pleitear a indexação no SciELO e no Web of Science; Retomar a publicação impressa da revista; Implementar a publicação em três idiomas (português, inglês e espanhol); Melhorar a divulgação dos trabalhos publicados, utilizando as redes sociais; e Diminuir o tempo de tramitação dos artigos.

Estes desafios traduziram-se no **Plano de Ações** a ser implementado gradativamente, a partir de 2020, do qual destacamos:

1. Realizar estudos preliminares para a contratação de Plataforma de Gestão e Submissão de Artigos Scholar One, Sistema antiplágio, Serviço de Revisão e Tradução nas três línguas, Serviço de Diagramação e Impressão Gráfica, Profissional Especialista em Editoração Científica, Serviço de Marcação XML;
2. Melhoria da qualidade dos artigos, a partir da realização de Oficinas de Capacitação para Avaliadores e para Autores, junto aos Conselhos Regionais de Enfermagem;
3. Gestão para melhoria da indexação no QUALIS;
6. Elaboração de Plano de Comunicação para Divulgação da Revista;
7. Articulação com CAPES, SciELO, RevEnf;
8. Novas Normas para os autores, com Novas Sessões: Sistema Cofen/Coren em Foco, Inovação Tecnológica e Relatos de Experiências.

O novo Conselho Diretivo considera a tarefa de colaborar com o COFEN por meio desta Revista, uma grande satisfação e está empenhado em fazer o seu melhor, buscando atingir e manter os objetivos que são: Divulgar a produção científica do Sistema Cofen/Conselhos Regionais; Disponibilizar à sociedade, de forma gratuita, conhecimentos atualizados sobre a Enfermagem, Saúde e áreas afins; Oportunizar o consumo crítico da produção científica nas áreas de interesse para a Enfermagem; Fomentar o debate acerca da Enfermagem como trabalho social, disciplina do conhecimento científico e profissão do cuidado humano; e Contribuir para a discussão política da Enfermagem e da Saúde, com a divulgação de temas de interesse da profissão.

Para atingir metas tão desafiadoras o Conselho Editor conta com vocês, leitores e autores! A leitura atenta, divulgação ampliada e socialização do conhecimento produzido, por meio da submissão de artigos de qualidade, são fundamentais para o sucesso e o crescimento da Revista Enfermagem em Foco!

Novos desafios e novas possibilidades para todos nós!

# CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM: MARCAS NA SUA TRAJETÓRIA INTERNACIONAL NO MERCOSUL

Manoel Carlos Neri da Silva<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3923-7473>  
Maria Antonieta Rubio Tyrrel<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1885-6865>  
Nádia Mattos Ramalho<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4893-2654>  
Neyson Pinheiro Freire<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9038-9974>

**Objetivo:** Refletir sobre as marcas da trajetória de internacionalização do Conselho Federal de Enfermagem no Mercado Comum do Sul - Mercosul e descrever os fatos e acontecimentos dessa trajetória. **Método:** Artigo reflexivo, baseado na experiência vivenciada e em documentos oficiais do Conselho Federal de Enfermagem, dos países membros do Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul-CREM e das organizações internacionais de Enfermagem. **Resultados:** Caracterizado áreas temáticas sobre a origem, a evolução da internacionalização do Cofen como membro do CREM, bases regulamentares e propostas estratégicas do CREM, estratégias de ação que traduzem as marcas da trajetória do Cofen e perspectivas dos países do Mercosul para o ano 2020. **Conclusão:** Muitos são os benefícios e ganhos adquiridos e por adquirir nessa experiência internacional, e estes vêm ao encontro dos propósitos definidos na missão do CREM, como marcas de desenvolvimento da Enfermagem Latino-americana, com destaque para o aprimoramento/capacitação profissional, avanços teórico-científicos e obtenção de valores sociais e culturais.

**Descritores:** Enfermagem; Legislação de Enfermagem; Mercosul.

## **FEDERAL NURSING COUNCIL: BRANDS IN THEIR INTERNATIONAL TRAJECTORY IN MERCOSUR**

**Objective:** To reflect on the marks of the internationalization trajectory of the Federal Council of Nursing in the Common Market of the South - Mercosur and describe the facts and events of this trajectory. **Methodology:** Reflective article, based on the experience and official documents of the Federal Nursing Council, of the member countries of the Regional Nursing Council of Mercosul-CREM and of international nursing organizations. **Results:** Characterizing thematic areas on the origin, the evolution of Cofen's internationalization as a member of CREM, regulatory bases and strategic proposals of CREM, action strategies that reflect the marks of Cofen's trajectory and perspectives of Mercosur countries for the year 2020. **Conclusion:** There are many benefits and gains acquired and to be acquired in this international experience, and these meet the purposes defined in the CREM mission, such as Latin American Nursing development marks, with emphasis on professional improvement / training, theoretical advances -science and obtaining social and cultural values.

**Descriptors:** Nursing, Nursing Legislation, Mercosur

## **CONSEJO FEDERAL DE ENFERMERÍA: MARCAS EN SU TRAYECTORIA INTERNACIONAL EN EL MERCOSUR**

**Objetivo:** Reflektir sobre las marcas de la trayectoria de internacionalización del Consejo Federal de Enfermería- Cofen en el Mercosur, y describir y reflexionar sobre hechos y acontecimientos desta trayectoria. **Metodología:** artículo de reflexión con base en la experiencia en documentos oficiales del Cofen, de los países miembros que integran o Consejo Regional de Enfermería del Mercosur - CREM, y de organizaciones internacionales de enfermería. **Resultados:** caracterizando áreas temáticas presenta origen, evolución de la misión del Cofen como miembro del CREM, bases reglamentares y propuestas estratégicas del CREM, estrategias de acción que traducen las marcas evolutivas del Cofen bien como las perspectivas de los países del Mercosur para el año 2020. **Conclusión:** Muchos son los beneficios y conquistas adquiridas por esa experiencia internacional y estas están de acuerdo con los propósitos definidos en la misión del CREM, como marcas del desarrollo de la Enfermería con destaque para el perfeccionamiento/ capacitación profesional, avances teórico-científicos y la obtención de valores sociales y culturales.

**Descritores:** Enfermería, Legislación en Enfermería, Mercosur

<sup>1</sup>Conselho Federal de Enfermagem - COFEN

<sup>2</sup>Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Autor Correspondente: Neyson Pinheiro Freire - Email:neysonfreire@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Este artigo de reflexão trata sobre as marcas evolutivas no processo de internacionalização do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) com os países membros do Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul (CREM), as quais representam verdadeiras conquistas de fatos e acontecimentos em prol do desenvolvimento da ciência e da profissão de Enfermagem na América do Sul, na segunda década do século XXI, sob a perspectiva latino-americana e internacional.

Estes fatos caracterizam um movimento social e profissional influenciado, certamente, de um lado pela necessidade de socialização e divulgação da ciência e tecnologia e, de outro, pelo advento da internet, o que, sem dúvida alguma, marcou o mundo científico, conectando a vida do ser humano e suas relações político-sociais, intelectuais e profissionais impostas pela globalização já em crise. Neste movimento, teve maior impacto o sistema científico da produção do conhecimento e não foi diferente no Brasil e na profissão de Enfermagem.

O Cofen, organização legítima de representação de todos os profissionais de Enfermagem no Brasil (Enfermeiros, Obstetrias, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) avançou consideravelmente nesta última década, não só como instituição fiscalizadora e regulamentadora do exercício profissional na rede pública e privada em todo território brasileiro (jurisdição nos 27 Estados e Distrito Federal), mas também como uma instituição propulsora do desenvolvimento, qualificação e valorização desses profissionais(1-3). Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), ao Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul (Mercado Comum do Sul - Argentina, Brasil, Uruguai, Paraguai, Chile, Bolívia, Colômbia, Equador e Peru) e ao Grupo de Enfermagem do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), ganhou visibilidade e ampliou horizontes para os profissionais de Enfermagem brasileiros em âmbito internacional e mundial.

Nessa perspectiva de internacionalização, o Cofen com mais de 45 anos de existência, ao analisar sua consolidação como autarquia federal e, considerando os avanços no desenvolvimento de seu plano de trabalho e investimentos de sustentabilidade da organização, criou estratégias para alcançar uma dimensão de equilíbrio do que representaria o retorno sobre o investimento profissional superando as despesas, pois o reconhecimento de que a gestão deu certo em nível nacional, levou-o a organizar-se e a buscar um crescimento contínuo além dos limites inicialmente propostos para o País.

Preparar a Instituição para o futuro, cuidando de assegurar expansão técnica, científica, cultural e profissional visando

a qualidade no Cuidado a Vida, de quem cuida e de quem é cuidado, embora o contexto não se apresente atualmente promissor, foi uma grande conquista. Este contexto é muito dinâmico e, por isso, deve ser cuidado de forma a assegurar um desenvolvimento de Enfermagem com unidade, identidade e sentido de pertencimento de brasileiros e latino-americanos.

Nesse pressuposto de relevante magnitude, o Cofen se preparou para conduzir um processo nada fácil de internacionalização, originado de demandas dos países do CREM/Mercosul, muito bem pensado e planejado, sem onerar recursos, demonstrando para o País e para o mundo que dispunha de capacidade estrutural, funcional, logística e de organização de profissionais com expertise não só na Enfermagem e Saúde, mas também em áreas afins e, principalmente, de especialistas detentores de requisitos técnicos de assessoria jurídica e de gestão dos serviços e dos cuidados, para avançar num processo em outro patamar de atuação, com fortalecimento da Enfermagem no país e na América Latina e, conseqüentemente, no Mercosul.

## CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO MERCOSUL (CREM)

O CREM é integrado por entidades de Enfermagem oficiais, cujos governos sejam integrantes do Mercosul e manifeste interesse, com prévia aprovação da maioria absoluta da Comissão Diretora, além da subscrição a Ata de reunião de Filiação ao CREM. Integram, atualmente, este Coletivo de Conselhos: a Federação Argentina de Enfermagem (FAE); Conselho Federal de Enfermagem (Cofen); Associação Paraguai de Enfermagem (APE); Colégio de Enfermeiros do Paraguai (CEDU); Federação dos Colégios de Profissionais de Enfermagem da República Bolivariana de Venezuela (FCPERBV)(5). No momento, a presidência pro tempore do CREM é exercida pelo Presidente do Cofen na gestão 2018-2021.

De acordo com esse Estatuto<sup>(5)</sup>, o CREM tem como missão quatro dimensões políticas profissionais:

a) Contribuir para o fortalecimento de um espaço político de intercâmbio profissional, educativo e de pesquisa em Enfermagem na região;

b) Conformar um organismo de referência frente a outros, nacionais e internacionais, de diferente natureza em que se requeira representar a Enfermagem nos países do Mercosul;

c) Contribuir com a difusão das línguas espanhola e portuguesa, bem como com o aperfeiçoamento de métodos e técnicas de seu ensino, mediante a inclusão da educação bilíngue para preservar a identidade dos povos latino-americanos; e

d) Promover e realizar programas de cooperação horizontal entre os Estados membros do Mercosul e destes com os Estados e Instituições de outras regiões.

O CREM, nessa missão, tem como propósitos fundamentais: Contribuir para o fortalecimento da identidade dos profissionais de Enfermagem nos países do Mercosul; Ampliar as competências e a visibilidade profissional na região, divulgando experiências exitosas nos países membros; Contribuir para implementação do exercício profissional de acordo com a declaração dos princípios de ética; e Conformar uma rede de informação que favoreça a comunicação de forma sistemática, ágil e oportuna.

As demandas apresentadas e requeridas pelos países do CREM ao Cofen representaram grande impacto político institucional, principalmente em duas dimensões: no intercâmbio de tecnologias e processos de organização e na regulamentação profissional e de formação/qualificação dos profissionais de Enfermagem. A outra, se refere a solicitação de apoio em oferta de vagas em cursos de pós-graduação (Mestrado e Doutorado) para enfermeiros, considerando-se que o Cofen não é uma Instituição de Ensino Superior – IES, mas uma Autarquia Federal que pode atuar como interlocutor junto às universidades brasileiras.

O Cofen assume o protagonismo do processo de internacionalização como uma decisão estratégica. É importante dizer que a internacionalização, efetivamente e na prática, pode ocorrer de variadas formas, desde o contato com as pessoas que lideram os CREM, a elaboração de um bom planejamento estratégico que seja confiável, ágil, e viável, em todos os setores da organização até a liderança e alianças estratégicas, que são essenciais para o processo de internacionalização. Também é necessário que a instituição mantenha o mesmo padrão em terras estrangeiras, prevenindo prejuízos e fracassos alheios à realidade nacional a que venham dificultar o desenvolvimento da programação final.

### ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO DO CREM

Nesse processo, o Cofen definiu estratégias no contexto do Mercosul, na última década deste século, e tomou como base as medidas de regulamentação e profissionalização: a cooperação técnico-científica; a capacitação e qualificação; o intercâmbio de saberes e práticas; a divulgação da ciência da disciplina e a valorização da profissão e dos profissionais de Enfermagem. Desse modo, os seguintes fatos caracterizam inicialmente a reativação do CREM como meta para o desenvolvimento da Enfermagem da América do Sul liderada pelos Conselhos de Enfermagem, como segue:

1. Reativação do CREM, com a participação de Argentina, Brasil, Uruguai e Paraguai;
2. Elaboração e aprovação do Estatuto do CREM pelos países envolvidos, em 06/04/2017;
3. Cooperação de Apoio Técnico nos eventos internacionais

de parceria entre os países membros com participação ativa de profissionais do Cofen;

4. Reuniões anuais nos eventos técnico-científicos promovidos pelos países membros e neles firmados seus compromissos por meio de Cartas públicas divulgadas nos canais de comunicação do Cofen e dos países envolvidos;

5. Reunião dos Representantes dos países membros no maior evento do Cofen: Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF), com apresentação dos desafios e demandas a programar para cada ano;

6. Promoção de cursos de capacitação e qualificação profissional com participação de profissionais das Comissões Nacionais e Internacional do Cofen nos países membros de acordo com as demandas solicitadas e disponibilidades de cada país;

7. Divulgação e visibilidade de demandas de cada país por meio de painéis internacionais no CBCENF e nos Congressos dos países envolvidos.

### AÇÕES DA INTERNACIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM PELO COFEN NO CREM

Por solicitação dos países membros do CREM, o Cofen tem intensificado sua colaboração com o desenvolvimento da Enfermagem do MERCOSUL por meio de medidas de intercâmbio de saberes e práticas, principalmente em cinco dimensões/áreas identificadas como prioritárias que são:

1. **Qualidade** – capacitar profissionais para definir critérios e avaliar atividades da prática para obtenção do selo de qualidade outorgado pelo respectivo Conselho; coordenar Grupos de Trabalho (GT) dos setores regionais de cada Conselho; organizar Oficinas de avaliadores e respectivos técnicos; coordenar a Rede de Melhores Práticas, e formar e operacionalizar um Fórum Nacional de Qualidade – FNOQ<sup>(6)</sup>.

2. **Prática Profissional** – fomentar iniciativas para a implementação e consolidação da Enfermagem de Práticas Avançadas na Atenção Primária à Saúde (APS), que é objeto de ampla pesquisa realizada pelo Cofen em parceria com a Universidade de Brasília (UnB)<sup>(7)</sup>, a universalização do acesso à Saúde na América Latina exige uma atuação ativa e ampliada dos enfermeiros na APS, na avaliação da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), e multiplicar prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção da saúde por meio das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), em expansão no Brasil.

3. **História da Enfermagem** – fomentar a divulgação por meio de exposições que retratam a Enfermagem no Brasil. Em 2019, a Assessoria de Comunicação do Cofen e o Museu Nacional de Enfermagem Anna Nery (MuNEAN) levaram, para o Paraguai e Uruguai, as exposições a “Indumentária do Cuidar: Símbolo de Identidade da Enfermagem Brasileira”, que



apresenta todos os uniformes usados pelas profissionais no período de 1890 a 1942. Levou ainda a experiência em 360º do filme “Quando Nasce uma Heroína”, sobre Anna Nery, produzido pelo Cofen. A ambientação do vídeo remonta o ano de 1894, ano da Guerra do Paraguai, e todos os instrumentos utilizados pela Enfermagem àquela época. A heroína interage com o espectador, que vê a experiência através de óculos de Realidade Virtual (RV). O vídeo ganhou elogios de profissionais do cinema, e foi exposto no 47º festival de cinema de Gramado, conquistando dois prêmios internacionais em 2019: um na África do Sul, no Festival AS Indie Film Fest(7), na categoria melhor experiência em realidade virtual, e outro na Argentina, no Festival Internacional de Cine Inmersivo Y XR, na categoria de melhora curta-metragem XRAR(8).

**4. Pesquisa** – promover palestras e conferências nos eventos internacionais do Mercosul sobre prioridades de pesquisa em saúde nos países envolvidos e a inserção da Enfermagem enquanto papel dos Conselhos; referenciais teóricos metodológicos que fundamentam as pesquisas de Enfermagem; apresentação de temas livres e pôster, exposição de teses e dissertações de pós-graduação e sua divulgação e publicação, entre outros.

**5. Educação em Enfermagem** – apresentar as propostas educacionais em Enfermagem do País, enquanto diretrizes, planos, conteúdos curriculares e perfil do: generalista, especialista, mestre e doutor; promover debate sobre problemas da academia e dos serviços para melhorar a aprendizagem do futuro profissional no processo de trabalho; desafios e perspectivas impostas pelas políticas de saúde e educacionais do País, problemas corporativos da prática profissional, dentre outros.

Assim, registra-se um fato histórico de avanço em Enfermagem no Mercosul recente, quando em 13 de novembro de 2019, por ocasião do 22º CBCENF/Foz de Iguaçu/PR, de 10 a 14 de novembro, na reunião do CREM, presidida pelo Cofen, o Presidente e a Vice-Presidente, com a presença dos Presidentes dos Conselhos de Enfermagem do CREM, além da representação dos Programas de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGENf) das Universidades Federais do PIAUÍ (PPGENF/UFPI) e da UNIRIO (PPGENF/UNIRIO), foi firmado um “Protocolo de Cooperação Técnico-Científica”, com objetivo de cooperação e apoio técnico-científico e pedagógico no âmbito da qualificação de profissionais em níveis de Mestrado e Doutorado em Enfermagem nos países do CREM, tendo como interlocutor o Cofen(9). Esse fato, qualificado como histórico, não significa apenas uma marca de desenvolvimento para a Enfermagem dos países que integram o CREM, mas também para solidariedade e nucleação como estratégia universitária de sua internacionalização na América Latina, como requerida pelas Agências de Aperfeiçoamento e Controle dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem pelo governo brasileiro.

## O CREM: PERSPECTIVAS PARA O ANO 2020

Para o ano de 2020, é esperada a participação dos países do CREM de acordo com as diretrizes propostas pelo ICN e pelo Cofen no 23º CBCENF, em Alagoas (Maceió), para marcar as perspectivas de Enfermagem no final da década, tendo como foco a proposta de comemoração do ICN para o bicentenário da Enfermagem Moderna, criada pela sua fundadora, Florence Nightingale(11), e que são apresentadas em três grandes ações estratégicas: a temática a ser tratada; a divulgação para valorização da profissão e dos profissionais de Enfermagem; e a inserção dos enfermeiros nas políticas públicas, de forma a ampliar sua visibilidade como prática social aplicada como benefício à sociedade, onde quer que seus cuidados sejam requeridos:

1) No ano 2020, o “Dia Internacional de Enfermagem” abordará o tema: Enfermeiros: uma voz para liderar - levando o mundo para a saúde, com foco no verdadeiro valor dos enfermeiros para as pessoas do mundo. O ICN lidera as comemorações do Dia Internacional da Enfermagem, a cada ano, tradicionalmente realizado em 12 de maio(12), data do aniversário do nascimento de Florence Nightingale, tal como é comemorado no Brasil e no mundo. As celebrações do ano 2020 serão mais especiais, porque a OMS designou 2020 como o ano dos Profissionais de Enfermagem e Parteiras e será comemorado o 200º aniversário do nascimento de Nightingale(13).

2) Será o ano de demonstração dos Enfermeiros como fundamentais para enfrentar uma gama de desafios à saúde, incentivando os profissionais e o público a comemorem o grande dia e também fornecerem informações e recursos que ajudarão a elevar o perfil da profissão ao longo do ano, atraindo uma nova geração para a Enfermagem.

3) Dar visibilidade no ano 2020 – como o ano da Enfermagem: visibilidade ao fato de que enfermeiros e parteiras precisam estar envolvidos na política de saúde e precisam ser reconhecidos pelo bem que fazem, fornecendo cuidados e atenção às pessoas quando e onde precisam, desde o nascimento até a morte(14).

## CONCLUSÃO

Em suma, muitos são os ganhos adquiridos e por adquirir nessa experiência internacional, e estes ganhos vem ao encontro dos propósitos definidos na missão do CREM, como marcas de desenvolvimento da Enfermagem, com destaque para o aprimoramento e capacitação profissional, avanços teórico-científicos e a obtenção de valores sociais e culturais.

Também contam como benefícios: o contato com profissionais e o intercâmbio com diversas instituições estrangeiras, permitindo o desenvolvimento de comportamentos e competências políticas, sócio culturais e pedagógicas, bem como de relações interpessoais



que possibilitam o fortalecimento e reconhecimento de Organizações de Enfermagem do Mercosul.

Amplia-se desta forma o processo de internacionalização da Enfermagem como profissão de utilidade político-social e

de cuidado à vida nas vertentes de desempenho competente, singular, humanizado e, sobretudo, como direito de cidadania de quem cuida e de quem é cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 5.905/1973 de 12 de julho de 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Governo Federal; 1973. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L5905.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5905.htm). Acesso em: 25 set. 2019.
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Governo Federal; 1987. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/LEIS/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/L7498.htm). Acesso em: 25 set. 2019.
3. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto No 94.406, de 8 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm). Acesso em: 25 set. 2019.
4. Oguisso T, Schmidt M, de Freitas G. Fundamentos teóricos e jurídicos da profissão de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2010 [cited 2019 Nov 6]; 1(1): 9-13. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2>. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2010.v1.n1.2>.
5. Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul-CREM. Elaboração e firma do Estatuto, do Conselho Regional de Enfermagem do MERCOSUL, pelos países envolvidos, em 06/04/2017. Disponível em: <http://crem.cofen.gov.br/>;
6. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Portaria nº 1452/2016. Dispõe sobre Constituição da Comissão Nacional de Qualidade. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <http://selocofen.com.br/>;
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde - APS. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-nacional-evidenciara-praticas-de-enfermagem-na-atencao-primaria\\_75134.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-nacional-evidenciara-praticas-de-enfermagem-na-atencao-primaria_75134.html);
8. SA Indie Film Fest. 2019, Cape Town, África do Sul. Disponível em: <https://www.facebook.com/saindiefest/videos/469273940500685/>;
9. XRAR Festival Internacional de Cine Inmersivo y XR. 1., 2019, Quilmes, Argentina. Disponível em: <https://www.facebook.com/xrarfestival/photos/pcb.377637089839022/377625243173540>
10. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Protocolo de Cooperação Técnico-Científica, em Enfermagem para os Cursos de Mestrado e Doutorado, entre os países do CREM e os PPGEnf da UFPI e UNIRIO, tendo como interlocutor o Cofen, Foz de Iguaçu/Paraná, 13 de novembro, 22º CBCENF/Foz de Iguaçu/PR, de 10 a 14 de novembro, 2019. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/conselho-de-enfermagem-do-mercosul-realiza-reuniao-durante-22o-cbcenf\\_75286.html](http://www.cofen.gov.br/conselho-de-enfermagem-do-mercosul-realiza-reuniao-durante-22o-cbcenf_75286.html)
11. Malagutti W, de Miranda S. Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização. *Enferm Foco* [Internet]. 2011 [cited 2019 Nov 6]; 2(supl.):85-88. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/90>.
12. Brasil. Decreto Lei nº 2.956, de 10 de agosto de 1938, institui o dia 12 de maio, "dia do enfermeiro". Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-2956-10-agosto-1938-345733-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 12 dez. 2019;
13. Pan American Health Organization. Expanding the role of nurses in Primary Health Care [Internet]. Washington, DC: PAHO. 2018 [cited 2018 Jul 07]. Available from: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34958/9789275120033\\_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34958/9789275120033_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y) [ Links ]
14. Cassiani Sílvia Helena de Bortoli, Lira Neto José Claudio Garcia. Perspectivas da Enfermagem e a Campanha Nursing Now. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 Out [citado 2019 Dez 18]; 71(5): 2351-2352. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-1672018000502351&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-1672018000502351&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-1717.2018710501>.

## ARTIGO 2 - Original

# VIDEOCASE SOBRE A LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PARTO SEGURO: SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Arlete Rodrigues Chagas da Costa<sup>1</sup>  
Aline Mizusaki Imoto<sup>1</sup>  
Leila Bernarda Donato Gottens<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-7347-5750>  
<https://orcid.org/0000-0001-8318-4658>  
<https://orcid.org/0000-0002-2675-8085>

**Objetivo:** Descrever as etapas de produção e análise de conteúdo de um videocase para sensibilizar os profissionais da saúde sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro. **Metodologia:** Estudo metodológico realizado a partir da construção de tecnologia educativa com a participação de nove especialistas. O método consistiu em duas etapas: elaboração do roteiro, gravação de entrevistas e de imagens reais em serviços de atenção ao parto e edição do vídeo; e envio do vídeo aos participantes para confirmação e aprovação do uso dos trechos das falas selecionadas e análise de conteúdo. Na análise dos dados, empregou-se o Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** A duração do vídeo é de 15 minutos e 28 segundos, com aprovação de 100% dos especialistas no Índice de Validade de Conteúdo. **Conclusão:** O vídeo pode ser utilizado na educação permanente dos profissionais da saúde: enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem.

**Descritores:** Lista de Checagem; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Tecnologia Educacional; Educação Permanente.

### VIDEOCASE PRODUCTION TO SENSITIZE HEALTH PROFESSIONALS ON INSURED CARE VERIFICATION LIST

**Objective:** To describe the steps of production and content analysis of videocase to sensitize health professionals on the safe birth control checklist. **Methodology:** A methodological study based on the construction of educational technology with the participation of 9 specialists. The method involved two steps: the elaboration of the script, recording interviews and real images in childbirth services and editing the video; and sent the video to the participants for confirmation and approval of the use of selected speech excerpts, and content analysis. For the data analysis, the content validation index (IVC) was used. **Results:** The video produced has 15 minutes and 28 seconds duration, with 100% approval of the expert judges at the IVC. **Conclusion:** Video can be used in continuing education of health professionals.

**Descriptors:** Checklist; Patient Safety; Quality of Health Care; Educational technology; Permanent Education.

### PRODUCCIÓN DE VIDEOCASE PARA SENSIBILIZAR PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PARTO SEGURO

**Objetivo:** Describir las etapas de producción y análisis de contenido de videocase para sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la lista de verificación del parto seguro. **Metodología:** Estudio metodológico realizado a partir de la construcción de tecnología educativa con la participación de 9 especialistas. El método contempló dos etapas: la elaboración del guión, grabación de entrevistas y de imágenes reales en servicios de atención al parto y edición del vídeo; y enviado a los participantes para la confirmación y aprobación del uso de los fragmentos de las palabras seleccionadas, y análisis de contenido. Para el análisis de los datos se empleó el índice de validez de contenido (IVC). **Resultados:** El vídeo producido tiene 15 minutos y 28 segundos de duración, con la aprobación del 100% de los jueces especialistas en IVC. **Conclusión:** El vídeo puede ser utilizado en educación permanente de los profesionales de salud.

**Descriptores:** Lista de Comprobación; Seguridad del Paciente, Calidad de la Asistencia Sanitaria; Tecnología Educativa; Educación Permanente.

<sup>1</sup>Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde-Fepecs/DF  
Autor correspondente: Arlete Rodrigues Chagas da Costa. E-mail: arlete.rodrigues43@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2008, o programa Safe Childbirth Checklist (SCC) para padronizar a assistência por meio de um instrumento simples, de baixo custo e eficaz, que assegura a realização de cuidados importantes, como o uso de partograma, a indicação de antibióticos no parto normal ou cesáreo, a condução da ruptura de membranas, a utilização de sulfato de magnésio, anti-hipertensivos e ocitocina, de orientação ao acompanhante no parto, de procedimentos em relação ao sangramento antes e depois do parto, das rotinas de amamentação, de avisos de sinais de perigo ao longo da assistência às mulheres e aos recém-nascidos, e instruções para alta. Torna mais efetiva e direta a comunicação entre as equipes e seus membros, contribui na coordenação entre os membros das equipes e aumenta a segurança materno-infantil. O Safe Childbirth Checklist do parto seguro foi colocado à prova em dez países da África e da Ásia<sup>(1-3)</sup>.

O Safe Childbirth Checklist do parto seguro foi traduzido para o português, no “Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos”, publicado pela OMS, como Lista de Verificação do Parto Seguro (LVPS)<sup>(3)</sup>.

A LVPS<sup>(4)</sup> de forma isolada, não é efetiva para aprimorar a assistência. O instrumento contribui com a clareza e eficácia da comunicação da equipe e com a diminuição de falhas e na maior padronização dos registros efetuados pela Enfermagem. Cada item busca reduzir a ocorrência dos eventos adversos mais comuns e seus possíveis danos. Além disso, auxilia os profissionais a realizarem as práticas essenciais para assistência ao parto e ao nascimento, apoiadas por evidências científicas<sup>(5-7)</sup>.

Em um estudo na Índia, a taxa de adesão dos profissionais da saúde ao uso da lista de verificação foi de 95%. Tal fato revelou aumento do número das práticas essenciais executadas pelo grupo de profissionais de 10 para 25, dos 29 itens analisados após a implantação da lista<sup>(8)</sup>. Outro estudo demonstrou que o uso da lista de verificação melhora a qualidade da assistência à saúde materna e neonatal e aumenta a realização de práticas obstétricas essenciais<sup>(5)</sup>.

Em um hospital terciário no Sri Lanka, estudo demonstrou que 69% dos participantes da pesquisa reconheceram a utilização da LVPS como fator favorável ao trabalho em equipe e de incentivo à comunicação entre as pessoas<sup>(9)</sup>.

Portanto, os estudos apontam evidências da colaboração da LVPS para que os profissionais da saúde não deixem de realizar práticas de efetividade comprovadas, ao recordá-los de executar a higienização das mãos, gerenciar a infecção, avaliar o sangramento pós-parto, e promover a amamentação

até uma hora após o nascimento do bebê<sup>(9)</sup>.

A adesão e a utilização da LVPS podem ser melhoradas quando o processo de implementação do instrumento envolve atividades de sensibilização, treinamentos e feedbacks regulares. Para isso, é muito importante contar com o apoio da chefia do setor ao longo de todo o processo de implementação<sup>(10-11)</sup>.

O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia que contribui para a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), conduzindo a sistematização das práticas dos profissionais de enfermagem para cuidar das ações essenciais e atingir os objetivos do setor no qual trabalham<sup>(12)</sup>.

Na sistematização, é possível empregar diferentes tecnologias simultaneamente para prestar assistência com segurança e qualidade. Elas não são mutuamente excludentes, de modo que o uso de uma não inviabiliza a utilização de outra<sup>(13)</sup>.

A efetividade de intervenções educativas em saúde depende da qualidade de materiais e recursos didáticos disponíveis. Assim, a sensibilização sobre a LVPS, por meio de uso de tecnologias educativas, requer materiais de boa qualidade e conteúdos adequados para possibilitar a assimilação de conhecimentos pelo público-alvo<sup>(14)</sup>. A utilização desses recursos e materiais didáticos pode ser proveitosa na formação e capacitação dos profissionais da saúde<sup>(15)</sup>.

O videocase consegue proporcionar visões mais abrangentes com grande riqueza de informações e de detalhes da realidade. A demonstração de habilidades relativas à comunicação é utilizada em situações reais, de forma a representar uma imagem melhor que as obtidas em um texto escrito. Ao assistir a um vídeo, é possível comparar a imagem mental sobre determinado tema com a realidade exibida nele. O vídeo esmiúça a adoção de diferentes comportamentos. Os videocases são motivadores e desafiam os expectadores a enfrentarem os problemas apresentados<sup>(16)</sup>.

O objetivo do estudo foi descrever o processo de produção e avaliação de um videocase para sensibilização dos profissionais sobre a Lista de Verificação do Parto Seguro.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico, desenvolvido no período de outubro de 2018 a março de 2019, em duas etapas.

### Participantes da pesquisa

Nas Etapas 1 e 2, correspondentes ao desenvolvimento e à avaliação do conteúdo do videocase, a amostra foi composta por nove especialistas, médicos obstetras,

enfermeiras obstetras, especialista em segurança do paciente e em sistematização da assistência em enfermagem. Tal quantitativo foi determinado de acordo com a técnica de psicometria proposta por Pasquali<sup>(18)</sup>.

A utilização do modelo de Pasquali, empregado para medir fenômenos subjetivos, é justificada pelo fato de a psicometria oferecer procedimentos úteis para a realização de análise de conteúdo por juízes em relação aos resultados de uma pesquisa (18).

A seleção dos juízes de conteúdo ocorreu por meio de amostragem não probabilística do tipo intencional, denominada bola de neve<sup>(19)</sup>.

Os critérios de inclusão foram: profissionais com ensino superior, experiência de pelo menos dois anos em docência e/ou de pesquisa e/ou na assistência nas áreas do conteúdo do vídeo. Foram excluídos os profissionais com menos de dois anos de experiência técnico-científica na área do estudo. A seleção de número ímpar de juízes objetiva não haver empates referentes às suas opiniões<sup>(20)</sup>.

#### Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um centro obstétrico de um hospital público, e na Escola Superior de Ciências da Saúde no Distrito Federal.

#### Coleta dos dados

##### Primeira etapa

A primeira etapa, de criação do vídeo, deu-se em três fases: Pré-produção, Produção e Pós-produção, propostas por Fleming<sup>(17)</sup>. Na fase de pré-produção, com o objetivo de embasar a elaboração do roteiro do vídeo, foi realizada uma scoping review por meio de busca nas bases de dados científicos: PubMed, LILACS, BDNF, SciELO, PubMed, Scopus e CINAHL. Os descritores usados são oriundos do Medical Subject Headings (MeSH): "segurança do paciente" ("patient safety"), "lista de checagem" ("checklist"), "qualidade da assistência à saúde" ("quality of health care"), "educação tecnológica" ("educational technology"), "educação permanente" ("Permanent Education"). Na busca, empregou-se o operador booleano "AND". Foram incluídos trabalhos publicados no período compreendido entre 2014 e 2019. Dos 334 artigos encontrados, foram selecionados<sup>16</sup>.

No planejamento do roteiro, foram definidos os objetivos, o conteúdo, os especialistas que seriam entrevistados, as imagens a serem gravadas, o público-alvo, quando, onde e como o vídeo seria apresentado, os recursos necessários para o desenvolvimento, o orçamento disponível e os resultados esperados.

O roteiro foi elaborado em forma de texto para

estruturar, de maneira lógica, as informações, conteúdos e questões a serem abordados no vídeo, dividido em quatro partes: apresentação, questões das entrevistas, conteúdos referentes às entrevistas e sobre as etapas da Lista de Verificação do Parto Seguro.

Foi criado o storyboard, com a inserção de elementos visuais, como figuras, fotos e textos referentes às ilustrações, e selecionadas quatro imagens de gráficos com informações sobre mortalidade materna.

Nessa fase, foram selecionados os nove juízes de conteúdo, os quais também seriam entrevistados, e definidas as datas e os locais de suas entrevistas.

Para direcionar as entrevistas com os especialistas, construiu-se um instrumento com 10 questões sobre temas relacionados a LVPS e outros assuntos.

Na fase de produção, foi dado início à gravação do vídeo educativo com uso de filmadora Canon® 5D Mark IV com lentes Rokinon 85mm/50/16mm, filmagem in loco. A gravação se deu em cinco dias.

A produção do vídeo envolveu filmagens de cenas voltadas a evidenciar o uso da LVPS em situação real no centro obstétrico e na maternidade de hospital público, bem como a exibição de entrevistas realizadas com os especialistas. As filmagens foram acompanhadas pelas pesquisadoras.

Na fase de pós-produção, o vídeo foi editado com a utilização do software Adobe Premiere e finalizado com o After effect. O vídeo foi revisto pelas pesquisadoras para que fizessem as alterações consideradas pertinentes e, após isso, fosse submetido a análise de conteúdo pelos juízes.

##### Segunda etapa

A segunda etapa consistiu no envio do material aos especialistas que tiveram suas imagens e falas gravadas. O objetivo foi verificar se estavam de acordo com os trechos selecionados para compor o vídeo, bem como para analisarem o conteúdo em sua totalidade. Essa avaliação ocorreu entre janeiro e março de 2019. Participaram dessa etapa os nove especialistas que foram entrevistados. Tais profissionais, os juízes, foram os mesmos que participaram das entrevistas contidas no vídeo.

Nessa etapa, foi definido o segundo instrumento para que os juízes analisassem o conteúdo, a partir da adaptação de instrumento de avaliação de conteúdo de Nazário<sup>(21)</sup>. O instrumento continha oito questões, com sete afirmações positivas e uma aberta a sugestões para uso do vídeo, conforme o Quadro 1.

**Quadro 1** Questões para análise do conteúdo o vídeo. Brasília – DF, 2019.

- A apresentação do conteúdo do vídeo favorece o aprendizado na temática.
- As animações ajudam no aprendizado da temática.
- O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática.
- O vídeo educativo tem indicação de uso como ferramenta educacional.
- Recomendo o vídeo educativo para educação permanente dos profissionais
- O vídeo educativo sensibiliza e estimula a aprendizagem
- O trecho da minha entrevista, usado no vídeo está adequado ao conteúdo do vídeo
- Sugestões para o uso do vídeo educativo

Nas sete questões fechadas, foi usada a escala Likert: Discordo fortemente; Discordo; Concordo; Concordo fortemente; e Não sei. A avaliação de conteúdo permite analisar a relevância de cada item de que trata o conteúdo do estudo, bem como a representatividade deles nos objetivos de estudo<sup>(19)</sup>.

As pré-exibições do vídeo para os especialistas e a coleta de suas opiniões por meio de questionários da plataforma Google®Forms. O vídeo educativo produzido tem duração de 15 minutos e 28 segundos, gravado em mídia em formato de link no You Tube e disponibilizado na internet.

**Procedimentos de análise de dados**

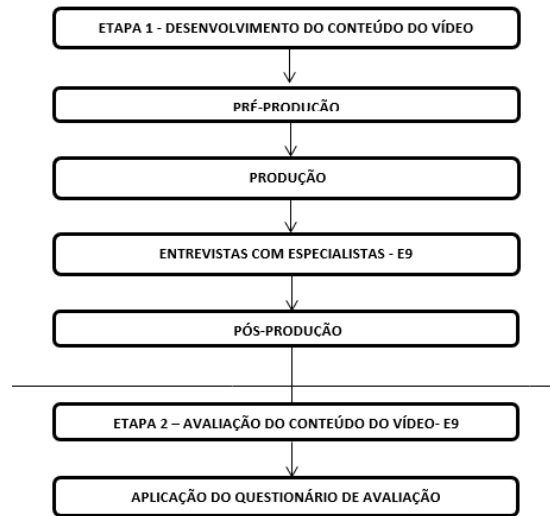
Para a análise do conteúdo do vídeo, foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), usado para calcular a proporção de juízes especialistas em concordância com aspectos específicos do instrumento produzido, e do instrumento como um todo<sup>(19-20)</sup>.

Para os dados numéricos, foi usado o programa Microsoft Excel® 2010, utilizando-se soma, média, porcentagem e desvio-padrão.

**Procedimentos éticos**

O estudo atende ao prescrito na Resolução Nº 466/12, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Superior de Ciências da Saúde sob Parecer nº 2.836.028. Os entrevistados e participantes do vídeo assinaram termos para uso da imagem e som. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes.

**Figura 1** Fluxograma das etapas do método da pesquisa. Brasília, 2019.



E=número de especialistas, que participaram das Etapas 1 e 2.

E=número de especialistas, que participaram das Etapas 1 e 2.

**RESULTADOS**

A tecnologia educacional desenvolvida pelo estudo foi do tipo audiovisual, a qual resultou na produção do vídeo intitulado Sensibilização dos profissionais sobre lista de verificação do parto seguro, disponibilizado para compartilhamento na internet por meio do link <https://youtu.be/rQoOP-27z0U>.

Os temas abordados no conteúdo do vídeo são demonstrados no Quadro 2.

**Quadro 2** Conteúdos abordados nas entrevistas no vídeo. Brasília – DF, 2019.

Tópicos	Assuntos abordados
Mortalidade Materna	Principais causas e razão no Brasil e no mundo
Hemorragia Pós-Parto	Principais causas, identificação dos fatores de risco e medidas de prevenção
Lista de Verificação para o Parto Seguro (LVPS)	Histórico de implantação da LVPS no Brasil e no mundo
	Contribuições da LVPS para reduzir e prevenir mortes por hemorragia pós-parto
	Evidências científicas sobre os benefícios do uso da LVPS e para prevenir mortes por hemorragia pós-parto
	Etapas da LVPS: na admissão, antes da expulsão, ou antes da cesariana, logo após o parto, antes da saída do centro obstétrico e atinente às ações realizadas antes da alta da diade no alojamento conjunto



Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Contribuição da SAE para implantação da LVPS e contribuições da LVPS como instrumento para aumentar a segurança da mulher e do recém-nascido

As descrições das cenas gravadas no hospital são apresentadas no Quadro 3.

**Quadro 3** Cenas gravadas no Hospital. Brasília, 2019.

Cenas	Descrição
Cena 1	Profissional enfermeira, fazendo admissão de uma parturiente. A primeira etapa do checklist, a "admissão", corresponde aos procedimentos que devem ser realizados antes da admissão
Cena 2	Residente de enfermagem obstétrica executando a segunda etapa do checklist, a qual consiste nos procedimentos que devem ser realizados "antes do parto ou cesárea"
Cena 3	Profissional realizando a terceira etapa do checklist, referente aos procedimentos realizados "após o nascimento"
Cenas 4 e 5	Profissional fazendo o checklist na quarta e última etapa, sobre o cumprimento de todas as ações que contemplam o planejamento para o pós-parto imediato, realizados antes da saída do centro obstétrico e atinentes às ações realizadas antes da alta da diáde no Alojamento Conjunto

O grupo de avaliadores do vídeo foi constituído por sete enfermeiras e dois médicos, na faixa de 24 a 65 anos. O tempo de experiência dos avaliadores em suas áreas de atuação varia de 2 a 25 anos.

No julgamento para a análise e aprovação do vídeo, as respostas para todos os critérios foram "concordo" ou "concordo fortemente" (Tabela 1), sendo que para todos os critérios do conceito "concordo fortemente" foi predominante.

Na questão aberta referente ao uso do vídeo, foram apresentadas as seguintes sugestões de uso: aprimorar e sensibilizar os profissionais para implementar a LVPS; ser utilizado nos programas de residência e graduação na área médica e de enfermagem, entre outras sugestões.

**Tabela 1** Avaliação dos juizes sobre os aspectos do vídeo educativo. Brasília – DF, 2019.

Aspectos avaliados	N (%)	
	Concordo	Concordo fortemente
A apresentação do conteúdo do vídeo favorece o aprendizado na temática	2 (22,2)	7 (77,8)
As animações ajudam no aprendizado da temática	2 (22,2)	7 (77,8)
O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática	2 (22,2)	7 (77,8)
O vídeo educativo tem indicação de uso como ferramenta educacional	1 (11,1)	8 (88,9)
Recomendo o vídeo educativo para educação permanente dos profissionais	0 (0)	9 (100,0)
O vídeo educativo sensibiliza e estimula a aprendizagem	1 (11,1)	8 (88,9)
O trecho da minha entrevista, usado no vídeo, está adequado ao conteúdo do vídeo	2 (22,2)	7 (77,8)

Os resultados mostraram concordância de todos os juizes em relação aos itens abordados no questionário. O resultado foi obtido em razão das respostas a todos os itens avaliados receberem os conceitos de "concordo" e "concordo fortemente", resultando na aprovação do vídeo educativo por todos os juizes especialistas.

## DISCUSSÃO

A participação dos especialistas entrevistados como juizes para aprovação do vídeo procurou seguir a recomendação do Protocolo de Critérios Consolidados para Relato de Estudos Qualitativos (COREG), no qual a obtenção de feedback dos participantes que contribuíram para os resultados da pesquisa permite aumentar o grau de validade dadas as interpretações do pesquisador. Deste modo, buscou-se garantir que os significados e as perspectivas dos participantes também fossem representados no estudo<sup>(22)</sup>.

O processo de produção do vídeo seguiu as fases

propostas por Fleming: Pré-produção, Produção e Pós-produção. No estudo foi detalhada cada fase do processo do vídeo. A contratação de empresa especializada na produção de vídeos facilitou a elaboração do vídeo.

A análise de conteúdo busca atestar relevância de aspectos específicos e da totalidade de estudo. Nesta pesquisa, todos os juízes consideraram o conteúdo relevante. Muitos dos juízes citaram a importância da utilização do vídeo para treinamentos e em atividades de ensino, além de seu potencial de sensibilização para o uso da LVPS, com eventual repercussão na segurança e na qualidade dos cuidados dirigidos às mães e aos recém-nascidos. As avaliações são importantes, pois as tecnologias são usadas para incentivar a mudança de hábitos da população e buscam disseminar informações corretas<sup>(23)</sup>.

As tecnologias educativas em saúde, como o vídeo, se constituem em canal de comunicação mais envolvente e instigante, dado o poder do áudio e vídeo em conseguir atrair os espectadores<sup>(24)</sup>. Essa estratégia amplia significativamente a possibilidade de compartilhar conhecimentos e experiências com alto número de espectadores, podendo ser disseminado pela internet.

O videocase produzido neste estudo contribui para dar maior evidência e sensibilizar os profissionais para a utilização da LVPS com foco na segurança e qualidade da atenção materna e neonatal, as quais podem influenciar, de maneira significativa, na diminuição de riscos da ocorrência de eventos adversos, do tempo de internação, e dos custos. Outro efeito pretendido é suscitar indagações para instigar a realização de novas pesquisas, a fim de gerar mais conhecimento sobre os assuntos abordados.

Várias experiências com vídeos educativos atestam a importância dessa tecnologia nos processos de ensino e aprendizagem, em razão de condensarem, de forma atrativa, textos, sons e imagens, em um único instrumento capaz de promover o conhecimento<sup>(25)</sup>. As tecnologias educativas são reconhecidas por estudos como instrumentos importantes no processo de educação permanente.

O conteúdo do videocase apresenta entrevistas e comentários úteis para sensibilizar os profissionais de saúde quanto à adoção de boas práticas no contexto do parto,

especialmente no centro obstétrico e na maternidade.

### Limitações do Estudo

As limitações referem-se à necessidade de aprofundamento da sistematização da assistência de enfermagem na atenção ao parto que não ficou suficientemente abordada.

### Contribuições para prática

O estudo apresenta contribuições metodológicas para a criação de novas tecnologias educativas por meio de vídeos, visto que descreve detalhadamente todas as etapas metodológicas do desenvolvimento do videocase.

### CONCLUSÕES

A construção do videocase para a sensibilização dos profissionais quanto ao uso da LVPS e realização das práticas obstétricas seguras na assistência ao parto utilizou o conhecimento dos especialistas em obstetria, segurança do paciente e sistematização da assistência de enfermagem.

Obteve-se a análise de conteúdo, e o material foi avaliado pelos juízes como relevante, de forma que os especialistas ressaltaram a importância da utilização do vídeo na educação permanente dos profissionais da saúde: enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, e em atividades de ensino.

Espera-se, com a realização deste estudo, incentivar a implantação da LVPS da OMS nas instituições de saúde e apoiar a educação permanente das equipes, dos setores de obstetria e maternidade no sentido de favorecer a adoção de novas práticas na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

### Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Arlete Rodrigues Chagas da Costa; análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão final, revisão crítica: Arlete Rodrigues Chagas da Costa, Aline Mizusaki Imoto, Leila Bernarda Donato Gottens.

### Agradecimentos

Agradecemos a CAPES/COFEN, que financiaram esta pesquisa por meio do Edital nº 27/2016 de Apoio a Programas de Pós-Graduação da Área de Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional.



## REFERÊNCIAS

1. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashofer A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. *PLoS One* [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 31];7(5):e35151. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0035151>
2. Weiser TG, Berry WR. Review article: perioperative checklist methodologies. *Can J Anaesth*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 31];60(2):136-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23233394>
3. OMS. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros. Melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.
4. Kara N, Firestone R, Kalita T, Gawande AA, Kumar V, Kodkany B, et al. The BetterBirth Program: pursuing effective adoption and sustained use of the WHO Safe Childbirth Checklist through coaching-based implementation in Uttar Pradesh, India. *Glob Heal Sci Pract*. [Internet]. 2017 Jun 27 [cited 2018 Mar 31];5(2):232LP-43. Available from: <http://www.ghspjournal.org/content/5/2/232>
5. Praxedes AO, Arrais L, Freitas MR. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(10):1-14.
6. Sant'Ana JKA, Leite PO, Vilela RPB, Sanfelice FAN, Almeida JB, Alves MCA. A importância da utilização do checklist de parto seguro na redução de riscos obstétricos e puérpera. *Cuid. Enferm*. 2017 [cited 2018 Mar 31];11(2):300-3. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32960&indexSearch=ID>
7. Kumar S, Yadav V, Balasubramaniam S, Jain Y, Joshi CS, Saran K, et al. Effectiveness of the WHO SCC on improving adherence to essential practices during childbirth, in resource 12 constrained settings. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Dec 8 [cited 2018 Mar 31];16(1):345. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27825321>
8. World Health Organization. WHO Safe Childbirth Checklist Implementation Guide: Improving the Quality of Facility-Based Delivery for Mothers and Newborns. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
9. Patabendige M, Senanayake H. Tion of the WHO Safe Childbirth Program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country Implementation of the WHO Safe Childbirth Program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. *BMC Pregnancy Child-Birth*. 2015;15(12).
10. Kabongo L, Gass J, Kivondo B, Kara N, Semrau K, Hirschhorn LR. Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons learnt on a quality improvement initiative to improve mother and newborn care at Gobabis District Hospital, Namibia. *BMJ Open Quality*. 2017;6(2):e000145.
11. Perry W, Bagheri Nejad S, Tuomisto K, Kara N, Roos N, Dilip TR, et al. Implementing the who safe childbirth checklist: lessons from a global collaboration. *BMJ Glob Heal*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 31];2(3):e000241. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29082003>
12. Crespo NCT, Santana RF, Alves VH, Pereira AV, Marchiori GRS, Rodrigues DP. Diagnósticos de enfermagem de mulheres nutrízes atendidas no Banco de Leite Humano. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 28];10(1):53-6. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/139>; <https://doi.org/10.21675/2357-707X>
13. Carvalho EC, Bachioni, MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009 [cited 2019 Apr 09];11(3):466. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>
14. Ryan L, Logsdon MC, McGill S, Stikes R, Senior B, Helinger B, et al. Evaluation of printed health education materials for use by low-education families. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(4):218-28.
15. Galindo NNM, Caetano A, Barros JMB, SILVA LM, Vasconcelos TR, Maria E. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):87-93.
16. Leng BA de, Dolmans DHJM, Van de Wiel MWJ, Muijtjens AMM, Van Der Vleuten CPM. How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education. *Medical Education*. 2007;41(2):181-8.
17. Fleming SE, Reynolds J, Wallace, B. Lights... Camera... Action! A guide for creating a DVD/video. *Nurse Educator*. 2009;34(3):118-21.
18. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2017 Sept 11]; 43(n. esp.):992-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en\\_a02v43ns.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf)
19. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
20. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumento de Medidas. *Ciê. Saúde Coletiva* [Internet]. Jul 2011 [cited 2019 Mar 31];16(7):3061-8. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=em>; <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
21. Nazário AP. Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2017.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig AJ. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *IJIC* [Internet]. 2007 [cited 2018 Mar 31];19(6):349-57. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
23. Ostherr K, Killoran P, Shegog R, Bruera E. Death in the digital age: a systematic review of information and communication technologies in end-of-life care. *J Palliat Med*. 2016;19(4):408-20.
24. Lima MB, Rebouças CBA, Castro RCMB, Cipriano MAB, Cardoso MVLML, Almeida PC. Construction and validation of educational video for the guidance of parents of children regarding clean intermittent catheterization. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 31];51:e03273. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016005603273>
25. Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti LC, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 31];37(esp):e68373. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68373>

# DESBRIDAMENTO DE FERIDAS EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Juliana Balbinot Reis Girondi<sup>1</sup>

Daniela Soldera<sup>1</sup>

Scheila Monteiro Evaristo<sup>1</sup>

Melissa Orlandi Honório Locks<sup>1</sup>

Lúcia Nazareth Amante<sup>1</sup>

Amanda de Souza Vieira<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-3763-4176>

<https://orcid.org/0000-0002-6962-1556>

<https://orcid.org/0000-0003-2769-2695>

<https://orcid.org/0000-0003-0972-2053>

<https://orcid.org/0000-0002-5440-2094>

<https://orcid.org/0000-0002-6176-4691>

**Objetivo:** Identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre desbridamento de feridas. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo realizado com 22 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre maio e junho de 2018 por meio de questionário semiestruturado online. Para análise dos dados utilizou-se o software de análise estatística descritiva. **Resultados:** Maioria dos enfermeiros conhece as técnicas de desbridamento e contra-indicações, porém não sentem-se aptos e seguros para executá-lo, reflexo da fragilidade de instrumentalização, pois relatam que o conhecimento foi adquirido somente na graduação. Outro motivo de insegurança ao realizar o desbridamento é o distanciamento dessa prática diária. **Conclusões:** A instrumentalização dos enfermeiros com a prática do desbridamento é essencial para o processo de cicatrização de feridas. Uma vez que ações sistematizadas e individualizadas são fundamentais para o sucesso do tratamento de feridas complexas.

**Descritores:** Desbridamento; Ferimentos e lesões; Enfermagem; Idosos.

### DEBRIDING OF WOUNDS ON ELDERLY PERSONS IN PRIMARY HEALTH CARE

**Objective:** To identify nurses' knowledge about wound debridement. **Method:** Exploratory, descriptive study conducted with 22 nurses from the Family Health Strategy of a municipality in southern Brazil. Data collection took place between May and June 2018 through a semi-structured online questionnaire. For data analysis we used the descriptive statistical analysis software. **Results:** Most nurses know debridement and contraindication techniques, but they do not feel able and safe to perform it, reflecting the fragility of instrumentalization, as they report that knowledge was acquired only at undergraduate level. Another reason for insecurity when performing debridement is the distancing of this daily practice. **Conclusions:** The instrumentalization of nurses with the practice of debridement is essential for the wound healing process. Since systematic and individualized actions are critical to the success of complex wound care.

**Descriptors:** Debridement; Wounds and Injuries; Nursing; Seniors.

### DESBRIDAMIENTO DE FERIDAS EN IDOSOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

**Objetivo:** identificar el conocimiento de las enfermeras sobre el desbridamiento de heridas. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo realizado con 22 enfermeras de la Estrategia de Salud Familiar de un municipio del sur de Brasil. La recopilación de datos tuvo lugar entre mayo y junio de 2018 a través de un cuestionario en línea semiestruturado. Para el análisis de datos utilizamos el software de análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** la mayoría de las enfermeras conocen técnicas de desbridamiento y contra-indicación, pero no se sienten capaces y seguras de realizarla, lo que refleja la fragilidad de la instrumentación, ya que informan que el conocimiento se adquirió solo a nivel de pregrado. Otra razón para la inseguridad al realizar el desbridamiento es el distanciamiento de esta práctica diaria. **Conclusiones:** La instrumentalización de las enfermeras con la práctica del desbridamiento es esencial para el proceso de curación de heridas. Dado que las acciones sistemáticas e individualizadas son críticas para el éxito del cuidado complejo de heridas.

**Descritores:** Desbridamiento; Heridas y lesiones; Enfermería; Personas mayores.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

Autor correspondente: Daniela Soldera. E-mail: danielasoldera@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento acontece de maneira progressiva e irreversível resultando em inúmeras alterações no sistema fisiológico, dentre eles a pele. Esta torna-se frágil, seca e rugosa em decorrência da diminuição das glândulas sebáceas, da espessura da derme e epiderme e perda da elasticidade, somando-se a resposta imunobiológica e o processo de cicatrização comprometido<sup>(1-7)</sup>.

Assim, fatores que prolongam ou impedem o processo de regeneração celular como a baixa perfusão sanguínea, trauma/pressão, presença de corpos estranhos, microrganismos e presença de tecido inviável ou deficiente no leito da ferida, prolongam a resposta inflamatória e criam barreiras para formação de tecido de granulação e epitelização. Portanto, as características do tecido presente no leito da ferida desempenham papel muito importante na evolução do processo de cicatrização<sup>(8)</sup>.

Para que aconteça o processo de regeneração celular, o desbridamento da ferida é de extrema importância, pois consiste na remoção de tecidos inviáveis, desvitalizados ou colonizados o qual colabora com a estimulação do avanço das bordas da ferida para o desenvolvimento do tecido de granulação e de epitelização<sup>(9)</sup>.

Quando devidamente bem indicada, a técnica é fundamental para o processo de cicatrização da ferida uma vez que reduz a carga bacteriana da mesma, de forma a prevenir as infecções, facilitar a visualização e avaliação da ferida. Em nível molecular, o desbridamento interrompe o ciclo da ferida crônica<sup>(10)</sup>.

Dentre os métodos de desbridamento de feridas pode-se utilizar o autolítico, enzimático, mecânico e o instrumental. A escolha é baseada no tipo de tecido, material biológico presente na ferida, presença de exsudato, dor e demais fatores clínicos do paciente, destacando a habilidade do enfermeiro de executar a técnica<sup>(4)</sup>.

O método autolítico é atraumático, de fácil aplicação e custos reduzidos por realizar menos trocas de curativos, favorecendo a degradação dos tecidos inviáveis, porém não se utiliza em lesões colonizadas e infectadas. Por outro lado, no método químico ou enzimático as enzimas proteolíticas são capazes de digerir quimicamente os tecidos inviáveis, degradando fibrina, colágeno e elastina, podem lesar os tecidos viáveis. Por isso é um método não seletivo, ressaltando a importância na escolha da enzima como a colagenase, fibrinolisa e papaína onde atuam em vários tipos de tecidos e com pHs variados<sup>(11)</sup>.

O desbridamento instrumental conservador é um método seletivo que pode ser realizado a beira leito ou ambulatorial com objetivo de remover tecido necrótico desde não seja muito extenso. Ocorre a retirada do tecido necrótico com

abordagem conservadora, isto é, acima do tecido viável, sem causar dor ou sangramento. As técnicas utilizadas para desbridamento instrumental conservador são: Cover, Slice e Square. Tal procedimento exige competência técnica do enfermeiro, pois utilizam instrumental cortante e só deve ser realizado quando houver uma perfusão adequada em torno da ferida<sup>(11,12)</sup>.

Na comunidade é frequente a ocorrência de feridas dentre elas Lesões por pressão (LP), lesões por amputação, úlceras crônicas e skin tears visto que muitos idosos se encontram em situação de restrição ao leito, onde os cuidados na maioria das vezes são executados pela própria família culminando em ausência de conhecimento e orientação adequada para o desenvolvimento deste tipo de cuidado.

Frente ao exposto o interesse em pesquisar sobre essa temática surgiu pela prevalência de idosos com feridas que procuram a Atenção Primária à Saúde (APS) para realização de curativos, porém determinadas lesões necessitam de desbridamento e alguns enfermeiros manifestam insegurança na escolha do melhor método a utilizar; fator relevante para investigar o conhecimento destes profissionais sobre o procedimento e futuramente instrumentalizá-los para tal.

O presente estudo tem por objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros em relação ao desbridamento de feridas em idosos na Atenção Primária à Saúde.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratório e descritivo.

### Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram os Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). Como critérios de inclusão definiu-se: atuação na Estratégia Saúde da Família há pelo menos 12 meses; e como critérios de exclusão: profissionais em período de férias, afastamento de saúde ou licença maternidade.

### Local do estudo

A pesquisa ocorreu no âmbito da Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), de um município do Sul do Brasil. Atualmente, esta rede comporta em sua estrutura 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais prestam assistência à população através de 43 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo suas ações norteadas pela Diretoria de Atenção Primária, a qual é subdividida em quatro Distritos Sanitários (DS): Norte, Sul, Leste e Oeste.

As atividades das equipes estão voltadas ao

acompanhamento da família e comunidade no que diz respeito à promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação nos diversos aparatos sociais, bem como atenção aos grupos prioritários (idoso, gestante, usuários com doenças crônicas não transmissíveis, crianças, dentre outras), através de atendimentos programados ou espontâneos, sendo os atendimentos espontâneos, organizados através de Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco específico para a Atenção Primária à Saúde.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 28 de maio até 28 de junho de 2018, através da aplicação de questionário semiestruturado, o qual foi aplicado através de formulários online do Google®, encaminhado ao e-mail das unidades básicas de saúde. O mesmo era composto de duas partes, sendo a primeira abordando características sócio demográficas e a segunda com questionamentos específicos ao desbridamento. Antes de iniciar o preenchimento do questionário os participantes realizaram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordância na participação do estudo.

### Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram transcritos e organizados através do software online Formulários Google®, o qual permite a organização das respostas através de tabelas e gráficos gerados automaticamente, tendo sido analisados através de estatística descritiva.

### Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio do parecer substanciado CAAE nº 5628116.0000.0121. O mesmo está vinculado ao macroprojeto integrador financiado pelo CNPq: "Estratificação de risco e intervenções de enfermagem no diagnóstico, prevenção e tratamento de skin tears e úlcera por pressão em idosos". Dado o início da investigação, em todo o processo foram respeitados os critérios com relação à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme descrito na Resolução CNS 466/2012.

## RESULTADOS

No cenário investigado compõem as equipes de ESF 43 enfermeiros, os quais foram convidados para participação; mas efetivamente participaram 22 enfermeiros.

Em relação às características sócio demográficas oito (36,36%) apresentaram idade entre 25 e 46 anos, estando 14 (63,64%) no intervalo de 36 a 46 anos; com maior prevalência

do sexo feminino 18 (81,82%) seguido de quatro (18,18%) do sexo masculino. Quanto ao nível de escolaridade 13 (59,09%) possuem pós-graduação em nível de especialista. O tempo de atuação na ESF prevaleceu dez enfermeiros (45,45%) de 1 a 5 anos.

Na Tabela 1 são apresentados os conhecimentos e as técnicas de desbridamento empregadas por enfermeiros da ESF.

**Tabela 1.** Conhecimento sobre as técnicas de desbridamento utilizadas pelos enfermeiros da APS de um Município do Sul do Brasil – Florianópolis, 2018

Variável	n	%
<b>Técnicas de desbridamento</b>		
Conhece	10	47,62
Conhece parcialmente	09	40,91
Desconhece	03	18,18
<b>Segurança para realizar desbridamento</b>		
Sentem-se apto/seguro	05	22,73
Parcialmente apto/seguro	12	54,55
Não se sentem apto/seguro	03	13,64
Não responderam	02	9,09
<b>Contraindicações do desbridamento</b>		
Conhece	10	45,45
Conhece parcial	06	27,27
Desconhece	04	18,18
Não responderam	02	9,09
<b>Obtenção de conhecimento das técnicas desbridamento</b>		
Graduação	10	45,45
Prática clínica	05	22,73
Capacitações	04	18,18
Desconhece a temática	03	13,64

Na tabela 2 são apresentados os tipos de lesões que necessitam de desbridamento mais comumente encontrados na prática clínica destes enfermeiros, onde destacam as lesões por pressão sete (33,33%), sendo que quatro (19,05%) enfermeiros não possuíam conhecimentos sobre o desbridamento que deveria ser realizado nestas lesões.

**Tabela 2.** Tipos de lesões as quais necessitam de desbridamento na prática clínica, segundo vivência dos enfermeiros na APS. Município do Sul do Brasil – Florianópolis, 2018

Variável	n	%
<b>Lesões</b>		
Lesões por pressão	08	40
Úlceras crônicas	05	25
Lesões por amputação	04	20
Skin Tears	03	15



## DISCUSSÃO

Considerando a complexidade do cuidado e manejo das feridas, principalmente as complexas que podem necessitar de desbridamento, surge a necessidade dos enfermeiros estarem instrumentalizados para realizar as condutas de forma correta e segura. Neste sentido, ao analisarmos o perfil dos participantes do estudo percebe-se que (59,09%) dos sujeitos, apesar de estarem atuando há pouco tempo no serviço, possuem pós-graduação em nível de especialização, apontando uma preocupação com a sua formação, perfil este que se assemelha ao estudo realizado para avaliar o consenso dos enfermeiros nas condutas frente ao tratamento de feridas, observa-se uma maior feminilização do grupo, na faixa etária de adultos jovens e especialistas<sup>(13)</sup>.

O enfermeiro tem respaldo legal para realizar desbridamento instrumental conservador de maneira superficial, preparar o leito da ferida através da remoção do tecido inviável, desde que se sinta apto para desenvolver a técnica adequada. De acordo com a Resolução 0567/2018 do Conselho Federal de Enfermagem que regulamenta a atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com ferida o qual da autonomia para realizar o desbridamento autolítico, enzimático, instrumental e mecânico<sup>(12)</sup>.

Ao abordarmos especificamente às condutas relacionadas às técnicas de desbridamento percebe-se que o enfermeiro necessita empoderar-se acerca deste conhecimento na APS, pois esse deve ser incorporado como uma prática importante para o êxito no processo de cicatrização e diminuição de riscos ao idoso portador de feridas. Tal prática realizada por enfermeiros pode minimizar o número de internações hospitalares ou mesmo diminuir o período de internação e o tempo dos cuidados de enfermagem, bem como infecções e os custos com o tratamento de feridas, enquanto promove a cicatrização e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes<sup>(14)</sup>.

Cabe pontuar que para realizar as técnicas de desbridamento o enfermeiro precisa estar seguro da prática que está realizando. Conforme os dados encontrados neste estudo, um número reduzido considera ter aptidão e segurança para realizar o procedimento, corroborando com a fragilidade de embasamento teórico/prático durante a graduação e ausência de capacitações sobre o desbridamento de lesões no cenário da APS. Doravante, ações voltadas para a educação permanente em saúde são insuficientes para capacitação dos enfermeiros<sup>(15)</sup>.

Consoante, os conhecimentos adquiridos relacionados ao desbridamento, a maioria dos entrevistados refere tal preparo durante a graduação. Porém é sabido que a formação acadêmica ainda é insuficiente para instrumentalizar o enfermeiro com conceitos básicos sobre o cuidado com

feridas. Á que se destacar acerca das investigações nacionais sobre a adequação do conhecimento de acadêmicos de enfermagem e de sua experiência clínica durante a graduação, na área de prevenção e tratamento de pacientes com feridas, são incipientes<sup>(16,17)</sup>.

Sendo assim, quando descartado processo isquêmico, o desbridamento instrumental conservador poderá ser utilizado empregando uma das três técnicas: Cover, Square e Slice, onde utiliza-se instrumental cortante para remoção de tecido inviável. Como desbridamento instrumental não faz parte da formação do enfermeiro na graduação é imprescindível que busque capacitação ou especialização<sup>(18)</sup>.

Contudo nem toda lesão tem indicação de desbridamento, sendo contraindicado desbridar escaras quando o paciente encontra-se em fase terminal o qual não tem condições clínicas que favoreçam a cicatrização principalmente se esta localiza-se na região do calcâneo com características específicas como: crosta seca, íntegra, aderida, sem eritema ou flutuação, pois age como proteção biológica natural, ou ainda se estiver em uso de terapia anticoagulante e apresentar distúrbios hemorrágicos<sup>(9,19)</sup>.

A pele sofre transformações profundas com o envelhecimento, tornando-se vulnerável aos fatores externos, de modo que características individuais poderão levar o indivíduo ao desenvolvimento de lesões de pele, pois o processo de envelhecimento ocasiona déficit hidroeletrolítico, favorecendo o ressecamento e descamação da pele, tornando-a mais friável e susceptível a lesões. Além disso, amplia-se as chances de alterações como a redução na elasticidade e alteração na textura da pele, aparecimento de manchas senis, diminuição da massa muscular e fragilização vascular<sup>(5,7)</sup>.

Contudo a senilidade torna-os mais susceptíveis a desenvolver LP, condição determinada pela alteração tegumentar como redução da espessura da pele, das fibras elásticas, tornando o colágeno rígido, conseqüentemente diminui o acolchoamento subcutâneo e a vascularização ocasionando redução do suprimento sanguíneo tornando a pele desidratada predispondo a ocorrência de LP<sup>(1)</sup>.

Considerando alguns achados epidemiológicos relacionado a LP em nosso país uma prevalência em torno de 19,1% a 39,4% entre hospitalizados, porém dados referentes a ocorrência de LP em domicílio são restritos<sup>(20)</sup>. Nesta perspectiva o cuidado voltado ao idoso com LP deve acontecer em todos os níveis de assistência assim como na APS sob cuidados da ESF, onde o estabelecimento de diretrizes voltados a prática da prevenção enfatizando ações de promoção da saúde<sup>(20)</sup>.

Dentre os dados apresentados neste estudo, a ocorrência de ferida crônica tratada na APS é recorrente, acometendo

a população adulta e aumentando a frequência com o envelhecimento sendo considerada uma lesão crônica, que não cicatriza espontaneamente e pode perdurar por vários anos, e em alguns casos acompanhada de processos infecciosos, sendo caracterizada como lesão complexa quando associada com patologias sistêmicas que prejudicam o processo de cicatrização. Estas são de etiologia associada à hipertensão arterial, doença venosa crônica, doença arterial e neuropatia periférica, trauma físico, infecções cutâneas e tumores<sup>(19,22,24)</sup>.

As feridas crônicas são um problema de saúde pública, pois esse tipo de lesão acomete aspectos de ordem física, emocional e social, podendo levar à incapacidade, além do elevado custo com tratamento, da frequente recidiva, das repercussões na qualidade laboral e ao aumento das aposentadorias precoces<sup>(15,24)</sup>.

Diante do exposto a APS é o primeiro serviço acessado pelos portadores de úlceras. A equipe de saúde necessita, portanto, estar instrumentalizada acerca das opções terapêuticas e ciente da possibilidade, em casos resistentes ao tratamento, encaminhar para cuidados especializados (23).

Nessa pesquisa, outro tipo de lesão mencionada pelos enfermeiros como algo frequente são as Lesões por amputação, sobretudo em membros inferiores, as quais acometem pessoas em que o diabetes mellitus (DM) não está controlado. O Pé Diabético é responsável por 40% a 70% do total de amputações não traumáticas de membros inferiores na população geral, e representam uma das mais sérias e incapacitantes complicações decorrentes do DM<sup>(25)</sup>.

Ainda que com menor frequência conforme dados apresentados, as Skin Tears, conhecidas com Lesões por Fricção (LF) acometem (14,29%) dos idosos, podendo ter como fator de risco a idade avançada, devido mudanças fisiológicas da pele, gênero feminino, raça branca, imobilidade, ingesta nutricional inapropriada, longo prazo de utilização de corticosteróides, curativos adesivos, comprometimento cognitivo, presença de equimoses, problemas pulmonares e vasculares, deficiência visual, além de dependência nas atividades da vida diária 18.

### Limitações do estudo

Com base nos resultados encontrados, percebe-se que as limitações desse estudo foi a pouca adesão dos enfermeiros, onde incorporar as práticas de cuidado voltadas para o tratamento, prevenção e promoção à saúde ainda demonstram resistência para mudança de hábitos adquiridos ao longo de sua trajetória profissional e/ou a fragilidade dos processos de formação.

### Contribuições do estudo para a prática

Salienta-se a importância de um programa de educação permanente voltado aos profissionais de enfermagem no tratamento desse agravo com um planejamento dinâmico, participativo, interdisciplinar, buscando atender diretamente as necessidades de instrumentalização dos profissionais, educando-os a intervir positivamente no processo de prevenção e tratamento de feridas.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa foi possível identificar os principais obstáculos encontrados pelos enfermeiros da APS quanto à realização ou não do desbridamento de feridas. Achados pontuados pelos enfermeiros demonstram a fragilidade a respeito do tema, o que nos leva a refletir como está sendo desenvolvido as competências técnico-científica dos futuros enfermeiros na graduação acerca de práticas tão relevantes para o tratamento de feridas abrangendo as técnicas do desbridamento.

O idoso acometido por feridas apresenta fragilidades específicas tendo em vista que, a menor capacidade dos mesmos com relação aos processos de reparação tecidual, as quais o enfermeiro da APS devem agir na prevenção e tratamento desse agravo, através de conhecimentos técnico-científico quanto aos cuidados para terapêutica da lesão.

Frente ao exposto, percebe-se que ações de educação permanente são fundamentais para instrumentalizar esses profissionais quanto aos cuidados com atualizações sobre o tratamento contemplando não somente curativos e tecnologias mas também as técnicas de desbridamento para o êxito da cicatrização em consonância às especificidades da população longeva.

### Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Juliana Balbinot Reis Gironi, Daniela Soldera, Scheila Monteiro Evaristo, Melissa Orlandi Honório Locks, Lúcia Nazareth Amante, Amanda de Souza Vieira.

### Financiamento

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Edital 27/2016”.

## REFERÊNCIAS

1. Souza NR, Freire DA, Souza MAO, Melo JTS, Santos LV, Bushatsky M. Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. [Internet]. *Rev Estima*. 2017. [cited 2019 Apr 19];15 (4): 229-239. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/442>
2. Hammerschmidt KSA, Tier CG, Anhaia L, Santos SSC, Paz L, Ramos AK et al. Cuidados de enfermagem na saúde do idoso. In: *Cuidado de enfermagem: interfaces teóricas e práticas no ciclo vital do ser humano* [Internet]. Curitiba: CRV; 2015. p. 261-308.
3. Quirino DES, Faustino AM, Freitas RO, Oliveira AB, Medved IV. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Úlcera por Pressão em Unidade de Internação Clínica. [Internet]. *Rev Estima*. 2014. [cited 2019 Apr 19]; 12(4). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/99>
4. Malagutti W. *Feridas: conceitos e atualidades*. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2015.
5. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DC, Rosa EG, Rocha NA. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel [Internet]. *Rev Enf Centro Oeste Min*. 2016. [Cited 2019 Apr 19]; 6(2): 2292-306. Available from: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.1423>
6. Garbaccio JL, Ferreira AD, Pereira ALGG. Self-skincare knowledge and practice described by elderly persons in the mid-west of Minas Gerais. [Internet]. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016. [Cited 2019 Apr 19];19(1):45-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14237>
7. Fortes TML, Suffredini IB. Avaliação da pele em idosos: revisão da literatura [Internet]. *J Health Sci Inst*. 2014. [Cited 19 Apr 19]; 32(1): 94-101. Available from: [www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01\\_jan-mar/V32\\_n1\\_2014\\_p94a101.pdf](http://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-mar/V32_n1_2014_p94a101.pdf)
8. Gamba MA. *Feridas Crônicas*. In: Gamba MA, Petri V, Costa MTF. *Feridas: prevenção, causas e tratamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: Santos; 2016. p.277-280.
9. EWMA. Document: Debridement an updated overview and clarification of the principle role of debridement. *Journal of Wound Care*, vol. 22, n. 1 EWMA Document, 2014. [Cited 2019 Apr 19]. Available from: [www.ewma.org/debridement](http://www.ewma.org/debridement) <https://doi-org.ez46.periodicos.capes.gov.br/10.12968/jowc.2013.22.Sup1.S1>
10. Gonçalves MBB, Rabe SAN, Nogueira PC. Revisão - Terapia Tópica para Ferida Crônica: Recomendações para a Prática Baseada em Evidências. [Internet]. *Rev Estima*. 2014. [Cited 2019 Apr 19]; 12 (1). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/337>
11. Yamada BFA. *Limpeza e Desbridamento no Tratamento da Úlcera por Pressão*. In: Blanes L, Ferreira LM. *Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão*. São Paulo: Atheneu; 2014.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 0567/2018, de 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. [Internet]. Brasília: COFEN; 2018. [Cited 2019 Apr 19]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/RESOLU%C3%87%C3%83O-567-2018.pdf>
13. Silva CCR, Rogenski NMB. Uso da papaína: conhecimento de enfermeiros em um hospital da cidade de São Paulo. [Internet]. *Rev Estima*. 2010. [Cited 2019 Apr 19]; 8 (1). Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/54>
14. Santos ICRV, Oliveira RC, Silva MA. Surgical debridement and the legal responsibilities of nurses. [Internet]. *Rev Texto & Contexto Enferm*. 2013[Cited 2019 Apr 19]; Jan-Mar; 22(1): 184-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100022>
15. Ribeiro APL, Oliveira BGRB, Soares MF, Barreto BMF, Futuro DO, Castilho SR. Efetividade dos géis de papaína a 2% e 4% na cicatrização de úlceras venosas [Internet]. *Rev Esc Enferm da USP*. 2015[Cited 2019 Apr 19];49(3):395-402. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300006>
16. Santos AAR, Medeiros ABA, Soares MJGO, Costa MML. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. [Internet]. *Rev Enferm. UERJ*. 2010 [Cited 2019 Apr 19]; out/dez; 18(4):547-52. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a08.pdf>
17. Ferreira AM, Rigotti MA, Pena SB, Paula DS, Ramos IB, Sasaki VDM. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas [Internet]. *Escola Anna Nery*. 2013. [Cited 2019 Apr 19]; 17(2): 211-219. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200002>
18. Silva JC. Gestión de cuidado de las personas con úlcera venosa: una revisión integrativa [Internet]. *Rev Cult Cuid*. 2016. [Cited 2019 Apr 19]; 20(46):157-64. Available from: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61781/1/CultCuid\\_46\\_15.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/61781/1/CultCuid_46_15.pdf)
19. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014. ([www.npuap.org](http://www.npuap.org)) ([www.epuap.org](http://www.epuap.org))
20. Stuque AG, Sasaki VDM, Teles AAS, Santana ME, Rabe SAN, Sonobe HM. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. [Internet]. *Rev Rene*. 2017 [Cited 2019 Apr 19]; 18(2):272-282. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200018>
21. Soares CF, Heidemann ITSB. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. [Internet]. *Rev Texto & Contexto Enferm*. 2018. [Cited 2019 abr 2019]; 27(2):e1630016. Available from : <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001630016>
22. Garcia AB, Müller PV, Paz PO, Duarte ERM, Kaiser DE. Percepção do usuário no autocuidado de úlcera em membros inferiores. [Internet]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018.[Cited 2019 Apr 19];39:e20170095. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0095>
23. Souza MCA, Franco ROM, Oliveira PSC, Souza EPR. Úlcera crônica tratada com gel de papaína 10% na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência [Internet]. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017. [Cited 2019 Apr 19]; 12(39):1-8. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1355>
24. Ribeiro GSC, Cavalcante TB, Santos KCB, Feitosa AHC, Silva BRS, Santos GL. Pacientes internados com feridas crônicas: um enfoque na qualidade de vida. *Rev Enferm Foco* [Internet]. 2019 [Cited 2019 Oct 02]; 10(2):70-75. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1740/524>
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [Cited 2019 Apr 19] Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)



## ARTIGO 4 - Original

# QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS AMAZÔNICOS QUE PARTICIPAM DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Marcela Alves de Oliveira<sup>1</sup>,  
Hemellen Ferreira Ribeiro<sup>1</sup>,  
Nadia Pinheiro da Costa<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-2987-7861>

<https://orcid.org/0000-0002-5764-1672>

<https://orcid.org/0000-0001-6550-366X>

**Objetivo:** avaliar a qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de convivência e verificar o perfil sociodemográfico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa do tipo descritiva, onde foi aplicado um questionário sociodemográfico e o instrumento Whoqol-Bref para avaliar a qualidade de vida de 103 idosos de um centro de convivência de Belém do Pará. **Resultados:** a maioria são idosas pensionistas/aposentadas na faixa etária entre 70-75 anos, com escolaridade de 8 anos ou mais. Em relação ao instrumento Who-qol-bref os idosos apresentaram maior escore no domínio de percepção da qualidade de vida e nas relações sociais seguidos respectivamente pelos físico, psicológico, satisfação com a saúde e por último meio ambiente. **Conclusão:** A maioria das mulheres idosas aposentadas demonstraram possuir boa qualidade de vida, destacado para o domínio desta percepção e das relações sociais.

**Descritores:** Idosos; Qualidade de vida; Enfermagem.

### QUALITY OF LIFE OF AMAZONIAN ELDERLY WHO PARTICIPATE IN A CO-EXISTENCE GROUP

**Objective:** to evaluate the quality of life of elderly participants of a coexistence group; verify the sociodemographic profile. **Methodology:** This is a descriptive quantitative study, where a sociodemographic questionnaire and the Whoqol-Bref instrument were used to evaluate the quality of life of 103 elderly people from a community center in Belém do Pará. **Results:** most of them are elderly with age range between 70-75 years, schooling 8 years or more, pensioned/retired. In relation to the Whoqol-bref instrument, the elderly presented a higher score in the domain of perception of quality of life and social relations, followed respectively by physical, psychological, health satisfaction and ambient environment. **Conclusion:** Most retired elderly women demonstrated to have a good quality of life, highlighted for the domain of this perception and social relations.

**Descriptors:** Elderly; Quality of life; Nursing.

### CALIDAD DE VIDA DE ANCIANOS AMAZÓNICOS QUE PARTICIPAN EN UN GRUPO DE CONVIVENCIA

**Objetivo:** evaluar la calidad de vida de los ancianos participantes de un grupo de convivencia; verificar el perfil sociodemográfico. **Metodología:** Se trata de un estudio con abordaje cuantitativo del tipo descriptivo, donde se aplicó un cuestionario sociodemográfico y el instrumento Whoqol-Bref para evaluar la calidad de vida de 103 ancianos de un centro de convivencia de Belém do Pará. **Resultados:** la mayoría son mujeres, tienen rango de edad entre 70-75 años, escolaridad 8 años o más, pensionista/jubilado. En cuanto al instrumento Whoqol-bref, los ancianos presentaron mayor puntuación en el dominio de percepción de la calidad de vida y relaciones sociales seguido respectivamente por la satisfacción física, psicológica, de salud y, por último, el medio ambiente. **Conclusión:** La mayoría de las mujeres ancianas fueron jubiladas demostraron tener una buena calidad de vida, destacada por el dominio de esta percepción y las relaciones sociales.

**Descritores:** Ancianos; Calidad de vida; Enfermería.

<sup>1</sup>Faculdade Integrada Brasil Amazônia

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará-UFPA.

Autor correspondente: Marcela Oliveira; E-mail: marcella\_tm@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A população brasileira vem passando por uma transformação demográfica, e com isso a expectativa de vida dos idosos está aumentando. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos<sup>(1)</sup>.

No Brasil é notório o aumento da população de pessoas com 60 anos ou mais, devido à diminuição da mortalidade e da natalidade. Estima-se que em 2025 o Brasil poderá se tornar o sexto país com maior número de população de idosos em números absolutos, com cerca de 34 bilhões de idosos<sup>(2)</sup>.

Sabe-se que o envelhecimento não ocorre de forma semelhante a todos os indivíduos; os idosos podem envelhecer de forma saudável (senescência), mas alguns estão sujeitos a patologia, alterações físicas, cognitivas e sociais (senilidade) necessitando de profissionais capacitados para atenderem de forma adequada e humanizada essa população, proporcionando não só um tempo de vida maior, mas também qualidade de vida<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto busca-se envelhecer com qualidade de vida e esta pode ser alcançada por meio da promoção do acesso à saúde, através da vacinação, alimentação saudável e de qualidade, atividade física, lazer, condições de moradia, as relações de convivência. "A qualidade de vida é um conceito amplo e subjetivo, atrelado ao bem-estar sociocultural, físico e psicológico dos indivíduos, sendo sinônimo de saúde e longevidade"<sup>(4)</sup>.

No Brasil o crescimento da população de idosos ocorre de forma acelerada e a qualidade de vida precisa acompanhar esse crescimento. Visto que muitos idosos permanecem em situações desfavoráveis, uma estratégia importante para estes é a implementação de grupos de convivência na comunidade, sendo um fator relevante como meio de prevenção de agravos na velhice, pois a participação em grupos promove a interação interpessoal, autoestima, autonomia, independência, tornando-se mais ativos e saudáveis<sup>(5)</sup>.

Dessa forma, nessa pesquisa foi avaliar a qualidade de vida dos idosos que frequentam regularmente um grupo de convivência em Belém do Pará.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa.

### Participantes da pesquisa:

O público alvo dessa pesquisa foram idosos a partir de 60 anos de idade. A casuística estudada foi composta por

uma amostra de idosos a partir de 60 anos que frequentam regularmente as atividades desenvolvidas no Centro da Terceira Idade palácio Bolonha. Considerando que a população de estudo se constitui de 1.070 idosos, calculou-se o valor do  $n$  (amostral) a ser utilizada nesta pesquisa, conforme a fórmula citada por Fontelles<sup>(6)</sup> demonstrada abaixo:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

### Sendo:

Z = Nível de Confiança (95%)

P = Quantidade de acerto esperado (95%)

Q = Quantidade de Erro esperado (5%)

N = População Total = 103 idosos

e = Nível de Precisão (5%)

O cálculo foi feito admitindo um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. Após o cálculo, o ( $n$ ) amostral total foi composto por 103 idosos. O método para seleção dos participantes ocorreu por amostragem aleatória simples. A amostra atingiu mais de 70% da população de idosos.

### Critérios de inclusão

Idosos com idade igual ou superior a 60 anos que frequentam regularmente as atividades desenvolvidas no Centro de Convivência Palácio Bolonha.

### Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo idosos que não tinham atendimento regular ou que possuíam déficit cognitivo, dessa forma antes de começarmos a pesquisa foi realizada uma avaliação da cognição desses idosos, através do instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que é constituído de duas seções, a primeira diz respeito a respostas vocais, orientação, memória e atenção; e a segunda compreende a linguagem (capacidade para nomear, obedecer a comandos, escrita e desenho) que tem como pontuação máxima 30 pontos. Adotou-se como nota de corte, 23 pontos para alfabetizados e 19 para analfabetos<sup>(7)</sup>.

### Local do estudo

O presente estudo foi realizado com idosos participantes do grupo de convivência do Centro da Terceira Idade Palácio Bolonha que está localizado no estado de Belém- PA. O Centro é uma organização não governamental com cerca 1.170 cadastrados e tem como público alvo pessoas a partir dos 40 anos de idade.

O Centro dispõe de profissionais fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e educador físico, não contando

com o profissional de enfermagem. Oferece atividades tais como: alongamento; confecção de artesanato; boxe; coral; dança de salão; dança do ventre; aula de francês; ginástica localizada, hidroginástica, aulas de informática, musculação; memorização; natação; pilates, solo e studio; pintura em tela e tecido; ritmos, aulas sobre manuseio de smartphone, yoga; viagens e festas.

### Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada no 2º semestre de 2017, no Centro da Terceira Idade Palácio Bolonha, no Município de Belém, Estado do Pará, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (nº do parecer CAAE 78435917.5.0000.5171.). Todos os idosos participantes desta pesquisa assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os instrumentos foram aplicados com cada idoso da seguinte forma: Primeiramente foi avaliado a cognição através do Mini Exame do Estado Mental, posteriormente foram coletados os dados do perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, sabe ler, cor/raça, situação conjugal, possui alguma doença, etc) por meio de um instrumento que elaboramos com base na caderneta de saúde da pessoa idosa.

Por último avaliamos a qualidade de vida dos participantes através do instrumento WHOQOL-BREF, que é um questionário constituído de 26 perguntas sobre qualidade de vida, no qual as duas primeiras avaliam a percepção e a satisfação que os idosos têm com a qualidade de vida, e o restante é distribuído em quatro domínios: Físico; Psicológico; Relações sociais e Meio ambiente<sup>(8)</sup>.

### Procedimentos de análise dos dados

Neste estudo utilizamos o teste não paramétrico Qui-quadrado de Pearson para tendência/aderência e correlação entre as variáveis nominais, simbolizado por  $\chi^2$ , que é um teste de hipóteses que se destina a verificar se há tendência / correlação significativa ou não na ocorrência de determinados fatos, mensurados de forma nominal, adotando-se um nível de significância de p-valor < 0,05 ou p-valor < 0,10<sup>(9)</sup>.

Desta forma, os dados coletados foram tabulados, interpretados, processados e analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. Para a análise dos dados foram utilizados recursos de computação, por meio do processamento no sistema Microsoft Excel e Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 24.0, todos em ambiente Windows 7.

## RESULTADOS

A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico dos idosos participantes da pesquisa. Nela, verifica-se que a maioria

significativa (p<0.05) dos idosos pesquisados são do sexo feminino (93; 90,29%) e com faixa etária predominante de 70 a 75 anos (32; 31,07%). Entre os idosos predomina a cor e/ou raça parda (48; 46,60%), todos declararam saber ler e escrever (103= 100%). Nota-se que a maioria dos idosos possuem 8 anos ou mais de escolaridade (78= 75,73%), é aposentado ou pensionista (89= 86,41%) e recebe três ou mais salários mínimos (55= 53,40%). A maioria dos idosos reside com parentes (65= 63,11%).

No que refere a situação conjugal, observa-se que a maioria é viúva (o) (33= 32,04%). Os que são casados (as) ou que convivem com parceiro (a) também se destacam (30= 29,13%).

A maioria declarou que não possui deficiência (77= 74,76%) e dentre aqueles que relataram algum tipo de deficiência (26= 25,24%), metade (13= 50%) declararam possuir deficiência auditiva. Quanto às condições de saúde, verifica-se que a maioria declarou possuir algum problema (85= 82,52%); faz uso de algum tipo de medicação (88= 85,44%), realizou consulta médica no último ano (97= 94,17%) e 58 idosos (56,31%) realizaram consulta odontológica no último ano.

**Tabela 1:** Distribuição das variáveis sociodemográfica dos idosos participantes de um grupo de convivência no Município de Belém-PA (2017).

Variável	N	%	P-Valor(1)
<b>Sexo</b>			
Feminino	93	90,29	<0.0001**
Masculino	10	9,71	
<b>Faixa Etária</b>			
60-65	24	23,30	0.0141*
65-70	13	12,62	
70-75	32	31,07	
75-80	21	20,39	
80 ou mais	13	12,62	
<b>Sabe ler e escrever?</b>			
Sim	103	100,00	-
Não	0	0,00	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>			
1 A 3 anos	4	3,88	<0.0001**
4 A 8 anos	21	20,39	
8 anos ou mais	78	75,73	
<b>Cor/Raça</b>			
Pardo	48	46,60	<0.0001**
Branco	34	33,01	
Negro	16	15,53	
Amarelo	2	1,94	
Indígena	2	1,94	
Não Declarado (ND)	1	0,97	

Situação Conjugal			
Viúvo (a)	33	32,04	
Casado (a) / convívio c/ parceiro (a)	30	29,13	
Solteiro (a)	24	23,30	<0.0001**
Divorciado (a)	11	10,68	
Outra	4	3,88	
Separado (a)	1	0,97	
Tem alguma deficiência?			
Sim	26	25,24	
Não	77	74,76	<0.0001**
Qual?			
Auditiva	13	50,00	
Visual	11	42,31	0.0190*
Física	2	7,69	
Mora com quem?			
Com parentes	65	63,11	
Cônjuge ou companheiro	10	9,71	<0.0001**
Sozinho (a)	28	27,18	
Aposentado ou pensionista?			
Sim	89	86,41	
Não	14	13,59	<0.0001**
Renda Mensal			
Menos de um salário	4	3,88	
Um salário	25	24,27	
Dois salários	19	18,45	<0.0001**
Três ou mais salários	55	53,40	
Tem algum problema de saúde?			
Sim	85	82,52	
Não	18	17,48	<0.0001**
Utiliza algum tipo de medicação?			
Sim	88	85,44	
Não	15	14,56	<0.0001**
Realizou consulta médica no último ano?			
Sim	97	94,17	
Não	6	5,83	<0.0001**
Realizou consulta odontológica no último ano?			
Sim	58	56,31	
Não	45	43,69	0.2370ns

(1) Teste Qui-quadrado de Pearson para tendência (p-valor <0.05).

\*\* Valores Altamente significativos; \*Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

H1: Existe tendência significativa entre as frequências (p<0.05).

Na Tabela 2 está a distribuição dos escores de qualidade de vida (QV) dos domínios do WHOQOL-BREF dos idosos participantes da pesquisa, avaliados por meio do instrumento.

As duas primeiras questões do Whoqol-bref, apesar de fazerem parte do escore global, estratificam a população de idosos quanto às suas percepções em relação à qualidade de vida e condição de saúde.

Considerando que o escore médio é avaliado da seguinte forma: a qualidade de vida necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); é regular (3 até 3,9); é boa (4 até 4,9) e é muito boa (5). Em relação aos domínios da qualidade de vida, obteve maior escore para o domínio percepção da qualidade de vida (PQV) com ( $\mu = 4.15 \pm 0.61$ ) e relações sociais (RS) com ( $\mu = 4.05 \pm 0.46$ ), e menor escore em meio ambiente (MA) com ( $\mu = 3.73 \pm 0.47$ ).

**Tabela 2:** Nível da qualidade de vida dos idosos participantes de um grupo de convivência no Município de Belém-PA (2017), segundo os domínios qualidade de vida, saúde, físico, social, psicológico e ambiental mensurados pelo questionário de Whoqol-Bref.

Domínio	Média	DP
PQV	4.15	0.61
SS	3.85	0.75
DF	3.93	0.54
DP	3.93	0.50
RS	4.05	0.46
MA	3.73	0.47

PQV – Percepção da qualidade de vida; SS – Satisfação com a saúde; DF – Domínio Físico; DP – Domínio Psicológico; RS – Relação Social; MA – Meio Ambiente.

## DISCUSSÃO

Esse estudo apresentou características similares da predominância do sexo feminino de outros estudos que afirmam que este fato está relacionado com o processo de feminização da velhice, onde pode ser justificado pela maior preocupação das mulheres com o autocuidado e pela maior procura pelo serviço de saúde. Além disso os homens estão mais expostos a situações de violência, agressões e acidentes e acabam não chegando a faixas etárias longevas na mesma proporção que as mulheres<sup>(10,11)</sup>.

Quanto ao resultado encontrado em escolaridade e renda mensal, pode estar ligado ao fato de que para participação nesse centro de convivência é necessário dispor de uma taxa. Dessa forma, os idosos com mais escolaridade e maior poder aquisitivo têm mais facilidade em adentrar ao grupo.

Em relação ao convívio familiar dos idosos, como foi visto, a maioria reside com familiares e isso representa um elemento importante para a saúde e bem-estar da pessoa idosa, é na família muitas vezes que o idoso encontra o apoio necessário para as dificuldades encontradas no dia-a-dia, fazendo com

que estes se sintam acolhidos e mais seguros.

O grande número de viúvas frequentando o grupo de convivência pode estar relacionado na tentativa de evitar o isolamento, a dor da perda, a solidão, por isso os grupos sociais para estes idosos não são apenas momentos de lazer, ao contrário, é de suma importância possibilitando-lhes ressocialização.

Durante o processo do envelhecimento podem ocorrer algumas perdas sensoriais, como as dificuldades para ouvir frequências mais altas, resultantes da degeneração das células dos órgãos dos sentidos. Essa disfunção auditiva denominada presbiacusia, pode ser observada nos idosos entrevistados, pois os mesmos tiveram dificuldade de compreensão, esse fato implica em efeitos negativos, visto que prejudica a comunicação, afetando consequentemente as relações sociais e a qualidade de vida<sup>(12)</sup>.

Além da presbiacusia os idosos alegaram ser acometidos por algumas doenças crônicas tais como: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabete Mellitus; Osteoporose e Doenças Cardiovasculares, tornando-os dependentes do uso contínuo de medicamentos e de acompanhamento médico. As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem acometer a funcionalidade do idoso, comprometendo a capacidade de realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), tais como tarefas de autocuidado; tomar banho, vestir-se, alimentar-se e também o comprometimento das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), como, por exemplo, fazer compras, telefonar, utilizar meios de transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro. A perda dessa capacidade funcional que pode ser ocasionada por essas doenças crônicas, que quando não controladas levam a perda da autonomia e independência interferindo na qualidade de vida desses idosos<sup>(13)</sup>.

O fato desses idosos terem algum tipo de doença crônica não interferiu na percepção de qualidade de vida dos mesmos, visto que o domínio qualidade de vida obteve maior escore. Pode-se dizer que este resultado está relacionado com a auto percepção dos idosos deste estudo, pois relatam que sua qualidade de vida é boa, devido eles se considerarem ativos, satisfeitos com a saúde, terem o controle das doenças que lhes acometem, felizes e acolhidos pelos familiares.

Em relação aos domínios relações sociais e meio ambiente, resultados parecidos foram encontrados em uma pesquisa com idosos residentes em Palmas- PR, onde também obtiveram escores maiores no domínio RS ( $\mu = 3,88 \pm 0,57$ ) e menor no MA ( $\mu = 3,37 \pm 0,48$ ) (14). O menor valor em MA deve sugerir a dificuldade de adaptação no meio onde estes residem, fazendo necessário o planejamento do meio urbano de acordo com a Norma Brasileira (NBR) Regulamentadora 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT),

com intuito de permitir ambientes saudáveis e seguros para essa população, ou seja, criar espaços adaptados, como ambientes mais iluminados, sinalizados, com rampas de acesso, corrimão, pisos antiderrapantes, de modo a evitar quedas, acidentes e consequentemente problemas de saúde. Com o processo do envelhecimento as atividades executadas no dia-a-dia acabam se tornando mais difíceis de serem realizadas, logo, ter um ambiente favorável torna-se indispensável para manter a autonomia, independência e consequentemente um envelhecimento com qualidade<sup>(15)</sup>.

O resultado da pesquisa em relação ao escore no domínio RS é possível que esteja ligado com as maiores oportunidades que os idosos pesquisados têm de participar das atividades disponibilizadas no centro de convivência, a relação diária entre eles e os seus familiares, as amizades desenvolvidas na comunidade e nos centros de convivência, proporcionando aos idosos uma sensação de bem-estar, contribuindo com o processo de envelhecimento e com a saúde emocional<sup>(16)</sup>.

Desse modo, a qualidade de vida é um constructo subjetivo que possui várias dimensões, é a percepção, compreensão e satisfação que o indivíduo considera ter em relação a vida. Comumente a qualidade de vida está associada à autoestima, bem-estar pessoal, podendo influenciar no estado de saúde, no modo de vida, nas relações sociais e familiares, no nível socioeconômico e na satisfação que estes têm com a vida<sup>(17)</sup>.

#### Limitações do estudo

Como limitação pode-se apontar o número de pessoas estudadas e o fato da pesquisa ter sido com idosos com uma situação econômica boa, o que facilita os mesmos participarem deste Centro de Convivência, uma vez que é necessário dispor de uma taxa mensal para usufruir do espaço, o que impossibilita a generalização dos dados. Entretanto a pesquisa servirá como estímulo para mais pesquisas nessa área e para criação de mais espaços como esse a fim de tornarem-se acessíveis a pessoas que não tenham condições financeiras.

#### Contribuições do estudo para a prática

Sabe-se que a população idosa está em contínuo crescimento, sendo assim é necessário que o governo, profissionais e a sociedade priorizem esse acontecimento afim de aprimorar os serviços socioeconômico e de saúde já existentes, planejar e ofertar cada vez mais serviços com equidade a população que lhes proporcione um envelhecimento com qualidade de vida. Essa pesquisa irá contribuir para o maior conhecimento e incentivo a profissionais da área da saúde e gestores a continuarem estimulando os idosos e pessoas em geral a participarem de centros de convivências e outros setores da sociedade,



engajando-se cada vez mais na comunidade e incorporando cada vez mais hábitos saudáveis com o intuito de alcançar um envelhecimento ativo.

## CONCLUSÃO

No presente estudo verificou-se através do instrumento Whoqol-bref que os idosos participantes do grupo de convivência têm uma boa qualidade de vida, onde os domínios PQV e relações sociais foram avaliados positivamente com maior escore e como menor escore foi o meio ambiente.

Esse Centro de Convivência oferece por meio das atividades propostas, mais possibilidades de interações sociais entre os idosos, trocas de experiências, lazer, promove saúde, estimula hábitos saudáveis tornando-os mais ativos e dispostos a aceitar o processo de senescência, proporcionando-lhes acima de tudo bem-estar físico e psicológico.

O estudo feito nesse centro mostrou a importância da implementação de mais grupos que atendam todas as classes sociais e que tenham boa acessibilidade, visto que nessa pesquisa o escore meio ambiente foi baixo, esse fato poder ter

ocorrido não somente pelos relatos de que o ambiente onde esses idosos vivem é barulhento, de difícil acesso, sujo, mas também pelo fato desse espaço não dispor de uma melhor acessibilidade, como rampas, elevadores, corrimão.

No entanto, notou-se a ausência do profissional de enfermagem, levando a reflexão da importância do mesmo nos grupos de convivência, pois estes contribuem com a melhoria da qualidade de vida dos idosos através de ações de cuidados, aconselhamento, prevenção de doenças e agravos.

Diante do exposto, conclui-se que a participação desses idosos nesse centro de convivência os motiva de alguma forma a não perderem a autonomia, a capacidade de desenvolver as atividades de vida diária e possibilita o resgate do convívio social, refletindo na melhoria da qualidade de vida.

## Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Marcela Alves de Oliveira, Hemellen Ferreira Ribeiro, Nadia Pinheiro da Costa.

## REFERÊNCIAS

- Mendes JLV, Silva SC, Silva GR, Santos NAR. O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: Uma revisão da literatura. *REV. EDUC. MEIO AMB. SAÚ.* [Internet]. 2018 [cited JAN/MAR];8(1):13-26. Available from: [www.faculadadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/165](http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/165)
- Cruz CB, Macedo KCS, Medeiros MP, Lucas GKS. Ativa idade. *Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica* [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar];1:1-10. Available from: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/download/6876/pdf>
- Cantele AB, Araújo BN, Pellizzari G, Bidet RMR. Envelhecimento ativo: o conhecimento dos técnicos de enfermagem da estratégia saúde da família. *Revista Saúde e Desenvolvimento* [Internet]. 2017 [cited 2017];11(9): 156-171. Available from: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/download/784/467>
- Carvalho AMB, Cardosos JA, Silva FAA, Lira JAC, Carvalho SM. Qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Enferm Foco* [Internet]. 2018 [cited 2018 Mai 10];9(3):35-41. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/1159/458>
- Schoffen LP, Santos WL. A importância dos grupos de convivência para os idosos como instrumento para manutenção da saúde. *Rev. Cient. Sena Aires* [Internet]. 2018 [cited 2018 Out-Dez];7(3):160-171. Available from: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/317/227>
- Fontelles MJ, Simões MG, Almeida JC, Fontelles RGS. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Revista Paraense de Medicina* [Internet]. 2010 [cited 2010 Abr];24(2):57-64. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n2/a2125.pdf>
- Chaves RN, Lima PV, Valença TDC, Santana ES, Marinho MS, Reis LA. Perda cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em instituições de longa permanência. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan/mar]; 22(1): 01-09. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48497/pdf>
- Cavalcante DG, Oliveira DV, Antunes MD, Prati ARC. Análise da qualidade de vida em idosas praticantes de dança. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan /Mar.]; 1(1): 23-31. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/riipsunisc/article/view/11944>
- Rodrigues CFS, Lima FJC, Barbosa FT. Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas. *Rev Bras Anestesiol.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Abr 10];67(6):619-625. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v67n6/pt\\_0034-7094-rba-67-06-0619.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v67n6/pt_0034-7094-rba-67-06-0619.pdf)
- Junior AGS, Pedro JO, Oliveira MC, Furlan CR, Nascimento FG, Basseler TC, et al. Caracterização sociodemográfica e a autopercepção das condições de saúde de idosos. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar]; 12(3):692-700. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230161/28026>
- Barbosa RL, Silva TDCS, Santos MF, Carvalho FR, Marques RVDA, Matos Junior EM. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. *Revista Kairos-Gerontologia* [Internet]. 2018 [cited 2018]; 21(2):357-373. Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/40968/27640>
- Guarisco LPC, Dalpabel D, Labanca L, Chagas MHN. Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dez 10]; 22(11):3579-3588. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n11/3579-3588/pt>
- Gavasso WC, Beltrame V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mai 19]; 20(3): 399-409. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt\\_1809-9823-rbgg-20-03-00398.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00398.pdf)
- Ribeiro CG, Ferreti F, Sá CA. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Abr 24]; 20(3): 330-339. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt\\_1809-9823-rbgg-20-03-00330.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00330.pdf)
- Pagliuca LMF, Lima BS, Silva JM, Cavalcante LM, Martins MC, Araújo TL. Acesso de idosos às unidades de atenção primária à saúde. *REME - Rev Min Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2017];21:1-5. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1157>
- Silva RL, Santos CC, Prazeres LR. Dança Sênior: uma alternativa para melhorar a qualidade de vida dos idosos. *Revista Kinesis* [Internet]. 2018 [cited 2018 Agost 21];36(2):73-82. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/kinesis/article/view/30596>
- Fidalgo AR, Landim LFS, Melo DM. Suporte social e qualidade de vida no envelhecimento: uma revisão sistemática. *Rev. Estação Científica* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan/Jun.]; 19:1-19. Available from: <http://portal.estacio.br/media/3730426/suporte-social-e-qualidade-de-vida-no-envelhecimento.pdf>

# INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA CLASSIFICAÇÃO E AUXÍLIO NA TERAPIA TÓPICA DE QUEIMADURAS EM TEMPO REAL

Gilka de Albuquerque Forte Aguiar<sup>1</sup>

Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu<sup>2</sup>

Gabriela Nogueira de Castilho<sup>2</sup>

José Eurico Vasconcelos Filho<sup>2</sup>

Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>3</sup>

Luis Rafael Leite Sampaio<sup>4</sup>

Karla Maria Carneiro Rolim<sup>2</sup>

Paulo Roberto Ramos Pereira<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-1190-5054>

<https://orcid.org/0000-0002-5130-0703>

<https://orcid.org/0000-0003-1223-7171>

<https://orcid.org/0000-0002-6881-0814>

<https://orcid.org/0000-0003-1424-0649>

<https://orcid.org/0000-0003-1437-9421>

<https://orcid.org/0000-0002-7914-6939>

<https://orcid.org/0000-0001-6468-9028>

**Objetivo:** descrever o desenvolvimento e validação de uma tecnologia (aplicativo) que se embasou na inteligência artificial para classificação e auxílio na terapia tópica de queimaduras em tempo real. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa metodológica desenvolvida à luz do Design de Interação Participativo Centrado no Usuário. **Resultado:** Mostrou que o aplicativo se apresentou válido na avaliação de enfermeiras e médicos com experiência na área; possibilitou o diagnóstico automático por imagem da classificação do tipo de queimadura e a identificação dos tratamentos da queimadura classificada. **Conclusão:** O objetivo do estudo foi alcançado ao apresentar o desenvolvimento do aplicativo, bem como uma positiva avaliação dele por profissionais, que também fizeram sugestões, já incorporadas.

**Descritores:** Queimaduras; Inteligência Artificial; Sistemas de Informação.

## ARTIFICIAL INTELLIGENCE FOR CLASSIFICATION AND AID IN TOPICAL BURN THERAPY IN REAL TIME

**Objective:** to describe the development and validation of a prototype for mobile device to assist professionals to topical treatment in patients with burns. **Methodology:** This is a methodological research developed in light of the User-Centered Participatory Interaction Design. **Results:** showed that the application proved to be valid in the evaluation of nurses and physicians with experience in the area, enabled the automatic diagnosis by image of the classification of the type of burn and the identification of the treatments of the classified burn. **Conclusion:** that the aim of the study was reached when presenting the application development, as well as a positive evaluation of it by professionals, who also made suggestions, already incorporated.

**Descriptors:** Burns; Artificial Intelligence; Information Systems.

## INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA CLASIFICACIÓN Y AYUDA EN EL TRATAMIENTO DE QUEMADURAS TÓPICAS EN TIEMPO REAL

**Objetivo:** describir el desarrollo y validación de una tecnología (aplicación) que se basó en la inteligencia artificial para clasificación y auxilio en la terapia tópica de quemaduras en tiempo real. **Metodología:** Se trata de una investigación metodológica desarrollada a la luz del Diseño de Interacción Participativa Centrado en el Usuario. **Resultados:** Muestra que la aplicación se presentó válida en la evaluación de enfermeras y médicos con experiencia en el área; permitió el diagnóstico automático por imagen de la clasificación del tipo de quemadura y la identificación de los tratamientos de la quemadura clasificada. **Conclusión:** El objetivo del estudio fue alcanzado al presentar el desarrollo de la aplicación, así como una positiva evaluación de él por profesionales, que también hicieron sugerencias, ya incorporadas.

**Descriptor:** Quemaduras; Inteligencia artificial; Sistemas de información.

<sup>1</sup>Instituto Dr José Frota, Prefeitura de Fortaleza/CE.

<sup>2</sup>Universidade de Fortaleza-Unifor, CE.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará-UECE, CE.

<sup>4</sup>Universidade Estadual do Cariri-URCA, CE.

Autor correspondente: Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu. E-mail: rita\_neuma@yahoo.com.br



## INTRODUÇÃO

O advento do computador trouxe uma enorme ampliação da dimensão do homem, aumentando sua capacidade de calcular e armazenar grandes volumes de dados, bem como o acesso rápido e constante a informação. Sabe-se que a Inteligência Artificial em saúde é amplamente utilizada como uma ferramenta de propor soluções para problemas médicos, através da análise de um grande volume de dados e seguindo algoritmos definidos por especialistas na matéria<sup>(1)</sup>.

Organizações técnicas internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a União Internacional de Telecomunicações (UIT), incentivam a adoção da tecnologia m-Health pelo uso da computação móvel na promoção de cuidados com a saúde e outras Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) nos sistemas de saúde para diminuir as barreiras geográficas e atingir melhorias na oferta de informações em saúde<sup>(2)</sup>. Neste contexto, referente ao tratamento do paciente queimado, nem sempre há a disponibilidade de um centro de queimados ou equipe especializada nos locais de atendimento de emergência de saúde. Em um centro de queimados, referência na região Nordeste do Brasil, é recorrente que profissionais, dos mais diversos locais de atendimento do estado, consultem de forma remota os especialistas do centro, buscando por uma confirmação de classificação bem como por alternativas de tratamento.

Vê-se a relevância das Tecnologias da Informação e Comunicação. Pelis é um projeto multidisciplinar, com pesquisadores da Enfermagem, Ciência da computação e Comunicação e Marketing que objetiva a concepção, desenvolvimento, avaliação e implantação de uma tecnologia m-Health (aplicativo para dispositivos móveis) que apoie os profissionais de saúde na classificação de queimaduras por meio de imagem e na respectiva indicação de opções de tratamentos tópicos. O presente trabalho teve como objetivo apresentar a concepção e a validação de uma tecnologia (aplicativo) que se embasou na inteligência artificial para classificação e auxílio na terapia tópica de queimaduras em tempo real.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica desenvolvida à luz do Design de Interação Participativo Centrado no Usuário<sup>(3)</sup>.

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital terciário na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. O Centro de Tratamento de Queimado (CTQ) desse hospital é referência Norte e Nordeste no atendimento de pessoas vítimas de queimaduras. A fase de

validação foi realizada no Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

### População e Amostra

A população foi composta por enfermeiros e médicos que atuam no CTQ do hospital em estudo. Foram traçados os critérios de inclusão a saber: Ser enfermeiro ou médico do CTQ e ter, no mínimo, um ano de experiência no referido setor. Os critérios de exclusão adotados: funcionários de licença maternidade, licença saúde; ou férias e que retirassem seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) durante a coleta de dados.

Do total de dez enfermeiros e dez médicos do CTQ, uma médica e cinco enfermeiras compareceram ao NATI para avaliar: relevância atribuída à construção do software para o cuidado das pessoas com queimaduras; avaliação do conteúdo; facilidades ou dificuldades no uso do software e registro de sugestões.

### Coleta de dados

Quanto aos procedimentos, a pesquisa envolve quatro fases: 1) busca de fundamentação teórica no National Library of Medicine/National Institutes of Health (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF); 2) concepção e o desenvolvimento do aplicativo no NATI da UNIFOR; 3) fase de avaliação com uma médica e cinco enfermeiras. Para a coleta de dados com esses profissionais, foi utilizado um questionário aplicado em novembro de 2017.

### Análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados em quadros, enfatizando a relevância atribuída à construção do aplicativo para o cuidado das pessoas com queimaduras; facilidades ou dificuldades no uso do aplicativo e avaliação de aspectos relacionados ao aplicativo. Para nomear os participantes, foi utilizada a letra P, seguida do número ordenador do roteiro da entrevista para identificação das unidades de codificação.

### Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos e legais, a pesquisa foi realizada mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, no intuito de atender às exigências do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos, com o Parecer: 1.815.198(4). Foi concedido o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa pudesse refletir para a tomada de decisão livre e esclarecida.

## RESULTADOS

Conforme já mencionado, foi realizada inicialmente uma busca em múltiplas bases de dados (Fonte da sua revisão),

encontrando muito material relevante<sup>(5)</sup> sobre as queimaduras e os produtos utilizados, além de manuais do Ministério da Saúde<sup>(6)</sup> e Guidelines<sup>(7,8)</sup>, dentre outros.

Após a revisão, para identificar as necessidades e estabelecer os requisitos da tecnologia a ser criada, procurou-se saber quem eram os usuários alvo e que tipo de suporte o produto interativo poderia fornecer de maneira útil no contexto da saúde e do cuidado com a pele. Essas necessidades formaram a base dos requisitos do produto e sustentaram o projeto e o desenvolvimento subsequentes. Os requisitos do sistema foram estabelecidos com base em reuniões presenciais de brainstorming entre a autora principal e os especialistas em Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's) aplicadas à saúde, e nos resultados da revisão da literatura. Foram um total de cinco reuniões ocorridas durante o ano de 2017, em que os requisitos do aplicativo foram identificados e discutidos, a exemplo de: 1) o profissional deveria identificar-se para ter acesso às funções do aplicativo (login) e cadastrar-se; classificar automaticamente o tipo de queimadura por imagem (apenas para usuários cadastrados que fossem profissionais de saúde), usando tecnologia Watson; 2) identificar os tratamentos da queimadura classificada; 3) oferecer informações gerais sobre queimaduras e tratamentos associados.

A concepção e o desenvolvimento do software contaram com a contribuição de uma equipe de TIC e com maneira específica do desenvolvimento do artefato, o Design de Interação Centrado no Usuário<sup>(3)</sup>.

Na atividade de design e, quando necessário, de re-design do artefato, foram gerados os desenhos das interfaces (telas do sistema), sua paleta de cores, tipografia e elementos visuais. Os desenhos, como já são um reflexo da solução, permitem a discussão e a revisão (re-design) por parte da equipe antes de iniciar a codificação do artefato.

Em seguida, na etapa de Construção de uma versão interativa (protótipo funcional/interativo), foi desenvolvido o protótipo funcional, que permitiu a interação do usuário e a realização de testes. Essa atividade é a de codificação, na qual práticas e ferramentas da engenharia de software foram utilizadas com o objetivo de facilitar o desenvolvimento e tornar a ferramenta flexível a mudanças e acréscimos. Como resultado dessa etapa, é concebido o protótipo funcional do software aplicativo, contemplando todas as funções, aparência e conteúdos.

O aplicativo foi desenvolvido em plataforma Android, pois é a plataforma de maior aceitação do mercado mundial. Também se utilizou no aplicativo a ferramenta Watson da empresa IBM. Esse serviço incorporado permite que as imagens registradas ou submetidas ao aplicativo sejam avaliadas e classificadas (quanto a queimaduras) em tempo real, com base em algoritmos de inteligência artificial. Esse serviço de classificação automático de imagens chamado Watson Visual Recognition possibilitou que as imagens pudessem ser registradas na hora, a partir da câmera do smartphone, ou selecionadas da galeria, provenientes de redes sociais, e-mail, dentre outros.



**Figura 1** – Interfaces do sistema, Fortaleza, 2019.

A figura 1 apresenta (da esquerda para a direita e de cima para baixo) algumas das interfaces do sistema: 1 - Tela de abertura do aplicativo (splashScreen); 2 - Tela de registro de imagem para classificação: o usuário pode registrar uma foto pela câmera do smartphone ou utilizar uma foto do arquivo; 3 e 4 - Tela de classificação: a partir da foto selecionada, o aplicativo classifica o tipo da queimadura pelo serviço de computação cognitiva chamado Watson. Apenas classificações com nível de certeza acima de 80% são apresentadas; 5 - Tela de reclassificação: caso o algoritmo não consiga classificar pelo menos 80% de certeza, ou o usuário não concorde com a classificação, é possível que o profissional faça/refaça a classificação; e 6 - Tela de apresentação dos possíveis tratamentos: com base na classificação identificada, o aplicativo apresenta os possíveis tratamentos para a queimadura.

Outro resultado é o protótipo funcional do aplicativo apresentado a seguir a partir de suas interfaces (vide Figura 2):



\*Imagem disponível em: <https://www.dermatologia.net/cat-doencas-da-pele/queimaduras/>

**Figura 2** – Telas do protótipo do aplicativo Pelis.

A Figura 2 apresenta tela de acesso e registro, tela inicial com menu de funções, tela de captura ou leitura de imagem, informações gerais sobre queimaduras e tratamentos associados.

A Inteligência Artificial envolve várias etapas ou competências: reconhecer padrões e imagens, entender linguagem aberta escrita e falada, perceber relações e nexos, seguir algoritmos de decisão propostos por especialistas, ser capaz de entender conceitos, adquirir “raciocínios” pela capacidade de integrar novas experiências e, assim, se autoaperfeiçoar, resolvendo problemas ou realizando tarefas<sup>(1)</sup>.

Por fim, na avaliação da versão interativa (protótipo), esta última atividade contemplou a avaliação por meio de um teste de avaliação qualitativa da usabilidade do protótipo funcional. No teste de usabilidade<sup>(9)</sup>, potenciais usuários reais utilizaram o protótipo mediante um caso de uso e, ao final, responderam a um questionário de satisfação. Os dados coletados durante este momento foram apresentados nos Quadros 1 e 2: relevância atribuída à construção do aplicativo para o cuidado das pessoas com queimaduras; facilidades ou dificuldades no uso do aplicativo; avaliação de aspectos relacionados ao aplicativo.

**Quadro 1** – Relevância atribuída à construção do aplicativo para o cuidado das pessoas com queimaduras; facilidades ou dificuldades no uso do aplicativo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018

Relevância do Aplicativo	Facilidades/Dificuldades no uso do Aplicativo
<i>Excelente para o profissional da área da saúde ou de outra área para treinamento prévio como agente multiplicador na área da saúde, salientando, que em nosso estado, Ceará, temos um centro de queimados e em alguns estados da federação inexistem. (P1).</i>	<i>Dificuldade no manuseio do aplicativo no passo a passo no aparelho, mas o conteúdo é excelente. (P1).</i>
<i>O aplicativo irá contribuir na definição de cuidados dispensados na lesão por queimadura, facilitará a tomada de condutas relacionadas às coberturas (curativo). (P2).</i>	<i>Não senti dificuldades em acessar o aplicativo, as etapas do software foram simples e claras. (P2).</i>
<i>Extremamente importante, conseguir visualizar e diferenciar uma queimadura de 1º, 2º e 3º Graus. (P3).</i>	<i>Foi um pouco difícil, pois não sou muito habilidosa, digo, não uso muito, difícil nesse momento. (P3).</i>
<i>Forma de qualificar o atendimento e o tratamento, facilitando a tomada de decisão de forma segura. (P4).</i>	<i>Instrumento prático e rápido que ajudará a conduzir o processo. Dificuldade em acessar a 1ª fase para conclusão da sequência de telas. (P4).</i>
<i>Foi muito esclarecedor, pois a pessoa leiga vai visualizar e identificar os tipos de queimadura bem como o tratamento. (P5).</i>	<i>Simple e bem objetivo. (P5).</i>
	<i>A dificuldade foi a falta no manuseio do celular, pois não uso muito, porém acho importantíssimo. (P6).</i>

Os profissionais que avaliaram o software reconheceram a relevância para diferenciar o grau da queimadura, qualificar o atendimento, auxiliar na tomada de decisão, bem como para o uso de pessoas leigas. Cabe ressaltar que os profissionais que avaliaram o software atuam no CTQ já referido.

Um estudo de revisão sistemática apontou a efetividade do uso de um aplicativo com o propósito de reduzir o tempo de cirurgia em um hospital nos Estados Unidos. Os criadores do aplicativo e autores do estudo, comprovaram, através de dados estatísticos, que o aplicativo agiu como ferramenta facilitadora na diminuição do tempo cirúrgico, evidenciando a melhora na qualidade do serviço<sup>(10)</sup>.

Diversos aplicativos vem sendo desenvolvidos como suporte aos profissionais da área da saúde. Um recente estudo clínico randomizado<sup>(11)</sup> mostrou a efetividade de um aplicativo móvel para a precoce detecção e tratamento de melanoma. Paralelo a isso, foi realizada uma pesquisa para demonstrar a aceitação dos usuários de tal aplicativo, tendo como conclusão o suporte desses usuários a utilização dessa tecnologia<sup>(12)</sup>.

É importante registrar que uma das participantes ressaltou que o software poderá ser utilizado “como agente multiplicador na área da saúde”.

Em alguns registros, ficou evidente a dificuldade no manuseio do aparelho celular (Participantes 3 e 6). No entanto, o aplicativo se apresentou prático, simples, claro, objetivo, com conteúdo julgado adequado pelas participantes. Quanto à avaliação em relação aos diversos aspectos relacionados ao software, vejamos as falas:

**Quadro 2** – Avaliação de aspectos relacionados ao aplicativo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2018

Aspectos relatados no uso do Aplicativo	
<i>Acrescentar algum conteúdo no primeiro atendimento. (P1).</i>	<i>Poderei sugerir algo mais fácil, nem todos têm essa habilidade de manuseio, mas como falei, é muito importante. (P3).</i>
<i>Fiquei em dúvida ao colocar a foto ou a cobertura, não seria possível, digo, não entendi no primeiro momento tratamento, acredito que ficou um pouco confuso, porém no momento que utilizamos os aplicativos pela primeira vez acontece. Sem sugestões. (P2).</i>	<i>Dificuldade de concluir, pois é necessário voltar ao início do aplicativo. Após a retirada da foto já deveria apresentar a solução ou desfecho final. (P4).</i>
	<i>Achei ótimo o instrumento usado. (P6).</i>

Os participantes relataram dificuldades para retornar para a tela inicial; dificuldades no manuseio, entre outros. Outra observação foi referente à apresentação do desfecho final mais rapidamente, no caso, a terapia tópica ideal. Ao investigar a importância atribuída à avaliação de conteúdo do aplicativo e sua usabilidade, viu-se que uso da tecnologia tem um impacto positivo sobre a percepção dos médicos e enfermeiros. No entanto, os profissionais relataram certa dificuldade no manuseio. Porém, considerando que foi o primeiro contato com o aplicativo, ou seja, trata-se de uma ferramenta nova, acredita-se que com uso frequente essa dificuldade possa ser reduzida. A interação com esses usuários resultou em um processo de rapidez de aprendizagem e oferta para os profissionais de informações relevantes na conduta uniforme de tratar o paciente com queimadura.

É importante ressaltar a aplicabilidade das tecnologias móveis no cotidiano dos profissionais e usuários da saúde, adequando-se a sua realidade<sup>(13)</sup>. No tocante aos cuidados de pessoas vítimas de queimaduras, estudos<sup>(14,15)</sup> mostram a gravidade do problema e ressaltam a necessidade de novas maneiras de intervir no contexto da saúde.

### Limitações do estudo

O estudo apresentou como limitação a validação por profissionais de um único centro de tratamento de pessoas com queimadura.

### Contribuições do estudo para a prática

O aplicativo apresenta utilidade para ajudar os profissionais na classificação e escolha da terapia tópica de queimaduras e também para ser utilizado na transmissão de conhecimentos nas universidades, ao ser utilizado por docentes e discentes, por apresentar conteúdo educativo sobre os tipos de queimaduras e tratamentos, além da possibilidade de uso por pessoas leigas.

### CONCLUSÃO

Constata-se que os resultados obtidos geraram material para pequenas melhorias nos textos apresentados, além de sugestões e observações sobre o aplicativo. De modo geral o teste deu indícios positivos da usabilidade do protótipo e da satisfação dos usuários ao dele dispor.

O diferencial desse aplicativo está relacionado à sua utilização por ter sido desenvolvido em plataforma Android, pois é a plataforma de maior aceitação do mercado mundial. Viu-se que, com base em algoritmos de inteligência artificial, as imagens registradas ou submetidas ao aplicativo são avaliadas e classificadas (quanto a queimaduras) em tempo real. Este serviço de classificação automático de imagens, chamado Watson Visual Recognition, possibilitou que as imagens pudessem ser registradas na hora, a partir da câmera do smartphone, ou selecionadas da galeria, provenientes de redes sociais, e-mail, dentre outros.

O uso de inteligência artificial para facilitar processos e diagnósticos em saúde via smartphones (m-Health) pode otimizar a ação de profissionais aos quais a população comumente tem difícil acesso, sobretudo em situações de saúde que ocorrem com frequência, como é o caso das queimaduras. Um dos trabalhos futuros é utilizar outros algoritmos de reconhecimento automático de imagens de modo a permitir a comparação de desempenho.

### Contribuição dos autores

Gilka de Albuquerque Forte Aguiar: Concepção; Análise e interpretação dos dados, revisão do artigo, revisão crítica, revisão final; Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu: Concepção; Análise e interpretação dos dados, revisão do artigo, revisão crítica, revisão final; Gabriela Nogueira de Castilho: Análise e interpretação dos dados, revisão do artigo, revisão crítica, revisão final; José Eurico Vasconcelos Filho: Concepção; Análise e interpretação dos dados, revisão do artigo; Thereza Maria Magalhães Moreira: Análise e interpretação dos dados, revisão do artigo, revisão crítica, revisão final; Luis Rafael Leite Sampaio: Análise e interpretação dos dados, revisão do artigo, revisão crítica, revisão final; Karla Maria Carneiro Rolim: Análise e interpretação dos dados, revisão do artigo, revisão crítica, revisão final; Paulo Roberto Ramos Pereira: Concepção.



## Agradecimentos

Agradecemos ao Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico

e Tecnológico (FUNCAP) e aos profissionais do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do Instituto Dr. José Frota (IJF), Prefeitura de Fortaleza, Ceará, Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Lobo LC. Inteligência Artificial e Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2017 [cited 2020 jan. 16]; 41(2):185-193. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022017000200185&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022017000200185&script=sci_abstract&tlng=pt)
2. Masika MM, Omondi GB, Ntembeya DS, Mugane EM, Bosire KO, Kibwage IO. Use of mobile learning technology among final year medical students in Kenya. *The Pan African Medical Journal* [Internet]. 2015 [cited 2017 out. 26]; 21:127. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546722/>
3. Prece J, Rogers Y, Sharp H. Design de interação: além da interação Homem-Computador. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.
4. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
5. Smaniotto PHS, Dalli R, Carvalho VF, Ferreira MC. Tratamento clínico das feridas-curativos. *Revista de Medicina* [Internet]. 2010 [cited 2017 out. 26]; 89(3-4):137-141. Available from: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46287>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
7. Wounds International. Best Practice Guidelines: effective skin and wound management of noncomplex burns. [Internet]. Wounds International, 2014 [cited 2020 jan. 16]. Available from: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/best-practice-guidelines-effective-skin-and-wound-management-in-non-complex-burns>
8. Connolly S. Clinical practice guidelines: burn patient management. ACI Statewide Burn Injury Service. Chatswood, NSW, Australia: NSW Agency for Clinical Innovation, 2014.
9. Preece J, Rogers Y, Sharp H. Design de interação: além da interação Homem-Computador. Porto Alegre: Bookman, 2005.
10. Uddin M, Allen R, Huynh N, Vidal JM, Taaffe KM, Fredendall LD et al. Assessing operating room turnover time via the use of mobile application. *mHealth* 2018 [cited 2020 jan. 16]; 4(12): 1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29963557>.
11. Janda M, Horsham C, Koh U, Gillespie N, Loescher LJ, Vagenas D, et al. Redesigning Skin Cancer Early Detection and Care Using a New Mobile Health Application: Protocol of the SKIN Research Project, a Randomised Controlled Trial. *Dermatology* 2019 [cited 2020 jan. 16]; 235: 11-18. Available from: <https://www.karger.com/Article/Pdf/493729>
12. Koh U, Horsham C, Soyer HP, Loescher LJ, Gillespie N, Vagenas D et al. Consumer Acceptance and Expectations of a Mobile Health Application to Photograph Skin Lesions for Early Detection of Melanoma. *Dermatology* 2019; [cited 2020 jan. 16] 235:4-10. Available from: <https://www.karger.com/Article/Pdf/493728>
13. Mello G, Erdmann A, Magalhães A. SEPSISCARE: avaliação de aplicativo móvel no cuidado de enfermagem ao paciente com sepse. *Cogitare Enferm*, 2018 [cited 2020 jan. 16]; 2(23). Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52283>
14. Lima PME, Almeida AOA, Bezerra EP, Carneiro EP, Andrade FMR, Gubert FA. Identificação dos conhecimentos de mães na prevenção de acidentes domésticos com crianças da primeira infância. *Enferm foco*, 2018 [cited 2019 ago. 16]; 9(4): 77-80. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1273/483>.
15. Camaran DS, Marcuzzo D, Pilecco JC, Dall'Asta A, Colomé J, Backes, DS. Atendimento às vítimas e sobreviventes da tragédia kiss: potencialidade e fragilidade da rede de saúde. *Enferm em foco*, 2017 [cited 2019 ago. 16]; 8(2): 62-66. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1226/387>.

# ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Jaquelyny Felix Correia<sup>1</sup>  
Wanderlaine Aparecida Silva<sup>1</sup>  
Dandara Novakowski Spigolon<sup>1</sup>  
Maria Antonia Ramos Costa<sup>1</sup>  
Tereza Maria Mageroska Vieira<sup>1</sup>  
Sonia Silva Marcon<sup>2</sup>  
Elen Ferraz Teston<sup>3</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-3393-9095>  
<https://orcid.org/0000-0001-5588-3953>  
<https://orcid.org/0000-0002-9615-4420>  
<https://orcid.org/0000-0001-6906-5396>  
<https://orcid.org/0000-0002-3514-4376>  
<https://orcid.org/0000-0002-6607-362X>  
<https://orcid.org/0000-0001-6835-0574>

**Objetivo:** conhecer a utilização da estratificação do idoso na prática dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida com 16 profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município da região Noroeste do Paraná, por meio de entrevista semiestruturada nos meses de abril e maio de 2018. Posteriormente as entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** Os participantes destacaram as estratégias utilizadas para implementação da estratificação de risco do idoso na rotina do serviço, bem como os desafios e potencialidades vivenciados na prática com relação a utilização dessa ferramenta. **Conclusão:** Salienta-se que a estratificação de risco do idoso, quando compreendida e utilizada de acordo com sua finalidade, oportuniza a equipe multiprofissional reflexão sobre o perfil do idoso nos diferentes estratos de risco direcionando o planejamento das ações de cuidado.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento; Serviços de saúde.

## RISK STRATIFICATION AS A TOOL FOR THE ORGANIZATION OF CARE TO THE ELDERLY IN PRIMARY CARE

**Objective:** to know the use of elderly stratification in the practice of professionals working in Primary Health Care. **Methodology:** Descriptive research with a qualitative approach, developed with 16 professionals from the Family Health Strategy of a municipality in the Northwest region of Paraná, through a semistructured interview in April and May 2018. Subsequently the interviews were transcribed and submitted to the analysis of content. **Results:** Participants highlighted the strategies used to implement the risk stratification of the elderly in the routine of the service, as well as the challenges and potentialities experienced in practice regarding the use of this tool. **Conclusion:** It should be emphasized that the risk stratification of the elderly, when understood and used according to their purpose, allows the multiprofessional team to reflect on the profile of the elderly in the different risk strata directing the planning of care actions.

**Descriptors:** Primary health care; Aging; Health services.

## ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO COMO HERRAMIENTA DE ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO AL IDUARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

**Objetivo:** conocer la utilización de la estratificación del anciano en la práctica de los profesionales que actúan en la Atención Primaria. **Método:** Investigación descriptiva, desarrollada con 16 profesionales de la Estrategia Salud de la Familia de un municipio de la región Noroeste de Paraná, a través de una entrevista semiestruturada en los meses de abril y mayo de 2018. Posteriormente las entrevistas fueron transcritas y sometidas al análisis de contenido. **Resultados:** Los participantes destacaron las estrategias utilizadas para implementar la estratificación de riesgo del anciano en la rutina del servicio, así como los desafíos y potencialidades vivenciados en la práctica con relación a la utilización de esa herramienta. **Conclusión:** Se destaca que la estratificación de riesgo del anciano, cuando es comprendida y utilizada de acuerdo con su finalidad, oportuniza al equipo multiprofesional reflexión sobre el perfil del anciano en los diferentes estratos dirigiendo la planificación de acciones de cuidado.

**Descriptores:** Atención primaria de salud; Envejecimiento; Servicios de salud.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Paraná-Unespar,PR.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Maringá-UEM,PR.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Mato Grosso do Sul-UFMS,MS.

Autor correspondente: Elen Ferraz Teston. E-mail: elen-1208@hotmail.com



## INTRODUÇÃO

As consequências da transição demográfica e epidemiológica constituem prioridades na agenda governamental, uma vez que exigem mudanças na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e no processo de trabalho. No cenário mundial, a expectativa de vida aumenta em pelo menos dois anos a cada década, no entanto, esta não vem acompanhada de melhora na tendência de incapacidades<sup>(1)</sup>.

Nesse contexto, a senilidade tem trazido importante carga aos sistemas de saúde, entretanto é pouco provável que o simples ajuste de instituições políticas existentes seja uma resposta eficiente aos desafios colocados<sup>(2)</sup>. Diante disso, além da importância das parcerias Inter setoriais, a rede de serviços de saúde necessita estar organizada e apta para atender as demandas dessa população, a fim de que os anos a mais de vida sejam acompanhados de qualidade, autonomia e o máximo de independência<sup>(3,4)</sup>.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde individual, familiar e coletiva, desenvolvidas por equipes multiprofissionais, pautadas na prática do cuidado integrado e gestão qualificada, e constitui a porta de entrada para a RAS<sup>(5)</sup>. No entanto, inúmeros desafios tem sido vivenciados na estruturação e funcionamento dos serviços<sup>(6)</sup>.

Destarte, em 2011 o estado do Paraná inicia o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS), por meio da implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde, a fim fortalecer a capacidade de assistência e de gestão das equipes que atuam na Atenção Primária. Em especial, na área da Saúde do Idoso, a rede temática discorre sobre a necessidade de estabelecer prioridades no acompanhamento dos idosos pelos serviços de saúde<sup>(7)</sup>.

Para tanto, propõe a utilização da estratificação de risco do idoso a partir da avaliação de sua fragilidade, determinada pelo escore obtido com a aplicação do Vulnerable Elders Survey (VES-13). Salienta-se que a identificação do estrato de risco visa à adoção de ações preventivas, curativas ou reabilitadoras pertinentes em cada caso, a fim de oferecer a esses indivíduos a oportunidade de manutenção da sua funcionalidade e qualidade de vida pelo maior tempo possível<sup>(7-8)</sup>.

Estudos realizados em diferentes países<sup>(9-11)</sup> revelaram que embora seja necessária a implantação de políticas de cuidados ao idoso desenvolvidas a partir da identificação da vulnerabilidade, a utilização de ferramentas para tanto na prática assistencial, ainda é bastante incipiente. Isto suscita os seguintes questionamentos: como tem sido a utilização da estratificação de risco do idoso pelos profissionais de saúde que atuam na APS?

Nesse sentido, acredita-se que a utilização de instrumentos

que identifiquem a especificidade de cada idoso permite o planejamento e a construção do plano de cuidado adequado as reais necessidades, além da oferta de uma assistência com equidade e maior chance de resolutividade.

O objetivo do estudo foi conhecer a utilização da estratificação de risco do idoso na prática dos profissionais que atuam na APS.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Descritivo, de natureza qualitativa.

### Participantes da pesquisa

Participaram do estudo profissionais que atuam na APS, os quais foram selecionados adotando-se como critério de inclusão ter participado da oficina de capacitação do APSUS, referente à Estratificação do idoso. Um total de 20 profissionais eram elegíveis a participar da pesquisa, visto que 27 profissionais não participaram da oficina estadual e nem do treinamento municipal equivalente. O único critério de exclusão definido foi estar de licença ou férias durante o período de coleta de dados.

### Local do estudo

O estudo foi realizado em um município de médio porte localizado no Sul do Brasil. Foram selecionadas as três UBS que durante o ano de 2017 receberam o selo de qualidade pelo Programa de Melhoraria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Isso porque, um dos itens para concorrer ao selo de qualidade é a utilização, pelas equipes, das fichas de estratificação de risco. Na ocasião da pesquisa as três UBS contavam com 47 profissionais da ESF sendo eles: quatro médicos, quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, três odontólogos, três técnicos em saúde bucal, 28 ACS.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nas referidas UBS em sala privativa, nos meses de abril e maio de 2018, em dias e horários previamente agendados, por meio de entrevista individual com duração média de 30 minutos, utilizando-se a seguinte questão norteadora: Fale sobre a utilização da estratificação de risco do idoso na rotina de trabalho da equipe desde sua implantação. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pelas pesquisadoras principais, preferencialmente, no mesmo dia em que foram realizadas. A busca por informações aconteceu até o momento em que os dados começaram a se tornar repetitivos e o objetivo da pesquisa foi alcançado.

### Procedimento de análise dos dados

Os dados foram analisados segundo o referencial metodológico da análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo-se as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (12). Inicialmente ocorreu a leitura exaustiva e detalhada das falas, seguida pela classificação e agregação dos dados com a identificação de termos comuns: utilização da estratificação – preenchimento, dificuldades, implantação; utilização dos resultados gerados pela ficha pela equipe para produzir mudanças na prática) e por fim procedeu-se a elaboração da categoria temática: Desafios e potencialidades na utilização da estratificação de risco do idoso no contexto da APS.

### Procedimentos éticos

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos institucional pelo parecer no. 2.566.753. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. As entrevistas foram identificadas com o nome da categoria profissional seguido do número arábico referente à ordem de realização das entrevistas por categoria. Ex: (Enfermeiro 1, Agente Comunitário de Saúde 1).

### RESULTADOS

Os informantes do estudo foram 16 profissionais, visto que dos 20 elegíveis, dois estavam de férias (um médico e uma enfermeira) e outros dois se recusaram a participar do estudo (um médico e uma técnica em saúde bucal). Os participantes foram oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três enfermeiros, três técnicos de enfermagem, um médico e uma odontóloga. Eles tinham idade entre 28 e 54 anos (média de 37 anos), 15 eram do sexo feminino e o tempo médio de formação e de atuação na APS foi de nove anos.

Desafios e potencialidades na utilização da estratificação de risco do idoso no contexto da APS

Nesta categoria pode-se observar as estratégias utilizadas pelas equipes da ESF para implementar a estratificação de risco do idoso, bem como os desafios e potencialidades vivenciados na prática com relação a utilização dessa ferramenta. Assim, as falas apontaram que são os ACS, durante a visita domiciliar, quem realizam a estratificação de risco: “Os ACS que fazem a estratificação de risco, eles aplicam uma vez ao ano (Enfermeiro 1); Nós, ACS, aplicamos a estratificação. A gente vai na área e na conversa com o idoso faz o questionário com ele, depois trazemos para a nossa coordenadora enfermeira chefe (ACS 5)”.

No entanto, alguns ACS referem dificuldades, em especial, durante o preenchimento, “As perguntas confundem... por serem muitas vezes, duas perguntas numa mesma questão (ACS 4); [...] na hora de fazer para saber o risco a gente sabe o que o paciente tem, mas na hora de preencher ficamos com dúvidas (ACS 1)” e relatam a necessidade de treinamentos permanentes para proporcionar a fidedignidade dos resultados encontrados: “A capacitação não foi suficiente porque foi em um único momento, um dia só...tudo de uma vez... e estavam diferentes categorias profissionais em um ambiente muito grande e acaba que fica muito vago [...] eram marcados encontros que a gente ficava o dia todo lá, geralmente tudo teoria[...], como a conversa é muito ampla, o grau de entendimento dos ACS é menor, as enfermeiras deveriam fazer um mini curso após a oficina para explicar melhor (ACS 2)”

Verificou-se também que, embora a oficina de capacitação para utilização da estratificação tenha incluído todos os membros da equipe multiprofissional da ESF, por vezes, os profissionais da odontologia sentem-se alheios à utilização dessa ferramenta em sua prática diária: “Para nós da odontologia fica um pouco fora da nossa ação, foi mais para parte médica, enfermagem e dos agentes, ficou faltando a odontologia, ter a abordagem para o odontólogo fazer nessa estratificação. Como vamos utilizar isso na nossa prática? (Odontólogo 1)”

Em contrapartida, alguns profissionais destacaram mudanças que já ocorreram na prática do serviço em decorrência da utilização das informações produzidas pela estratificação: “A estratificação é o começo, é um modo de ajudar mais a gente a conhecer esse paciente e poder levar para unidade para nosso chefe os problemas para poder resolver no lugar certo e de acordo com a necessidade dele (Técnico de enfermagem 1); Nós temos uma pasta onde arquivamos todas as estratificações por ACS e temos uma pasta compartilhada também onde elas atualizam os dados [...] quantos são baixo risco, quantos são alto risco para gente conhecer quem são esses pacientes e organizar onde ele precisa ser atendido e qual a real precisão de cuidado que ele tem...se é mais dependente ou independente...se tem apoio ou não (Enfermeiro 2); Acho que a estratificação de risco faz um diagnóstico da clientela idosa, e assim facilita saber qual estratégia será mais adequada utilizar...ajuda também a estabelecer metas de trabalho e realizar o encaminhamento adequado de cada idoso (Médico 1); Aqui a gente faz a estratificação deles e acompanha, aqueles de alto risco a gente encaminha para o programa de atendimento aos pacientes com condições crônicas do município. (Técnico de enfermagem 3).

Também foi relatada a necessidade de estratégias que

precisam ser discutidas e implementadas pela equipe da APS, a fim de utilizar os resultados gerados pela estratificação de risco para planejar atividades educativas e elaborar plano de cuidado individual, conforme o estrato: “Eu acho que deveria ter mais ação educativa, tem um grupo de idoso que faz academia da terceira idade aqui só que são idosos mais ativos, de baixo risco, então eles precisam de ações com foco maior na prevenção e promoção [...] (ACS 7); Eu acho que deveria ser elaborado plano de cuidados para os idosos vulneráveis, oferecer opções que melhore a qualidade de vida dele dentro do ambiente em que ele vive, [...] a gente ainda não consegue desenvolver as ações a partir da estratificação por questão de tempo (Técnico de enfermagem 2); [...]precisávamos colocar em prática isso o mais rápido possível, essa periodicidade o controle do retorno desse idoso na UBS, principalmente o de alto risco, ter um número x de consulta pra esse idoso por ano, estar monitorando, não só estratificar, mas sim transformar esses dados em coisas que vão ter benefícios pra eles (Enfermeiro 3). Normalmente não temos discussão sobre o resultado da estratificação [...] o que estamos começando a implantar aqui no posto, quando o idoso é risco habitual, ele tem que passar pelo menos uma vez ao ano por consulta com o clínico geral. Quando é risco intermediário, tem que passar pelo menos duas vezes por ano com o clínico geral e quando é alto risco, vai passar em consulta com geriatra pelo e nós vamos poder detectar alguma alteração ou alguma vulnerabilidade maior (Enfermeiro 2)”

## DISCUSSÃO

Frente ao conhecimento quanto a utilização da estratificação de risco na prática dos profissionais entrevistados, ressalta-se que embora recente e ainda que apresente dificuldades na implantação, essa ferramenta oportuniza possibilidades de organização do fluxo e equidade do cuidado ao longo dos diferentes pontos da RAS. Embora haja uma vasta literatura sobre o cuidado à pessoa idosa, a organização do cuidado por estratos de risco ainda é insuficientemente abordada e discutida durante a formação dos profissionais de saúde e no cotidiano de trabalho.

A visita domiciliar é uma estratégia fundamental na prática da APS, pois possibilita o reconhecimento, pelos profissionais de saúde, das reais necessidades vivenciadas nos diferentes contextos (13). Nesse sentido, a realização da estratificação de risco no âmbito domiciliar, conforme observado nas falas do Enfermeiro 1, ACS 5 e ACS 6, possibilita o reconhecimento de peculiaridades e o planejamento de ações de cuidado que envolva também a família, considerando o grau de risco do idoso. Cabe destacar ainda, que o vínculo entre a equipe e o usuário do serviço é favorecido pelo contexto domiciliar, possibilitando assim a identificação de fatores que podem

influenciar variáveis no planejamento das ações de cuidado.

Segundo relato dos entrevistados, a realização da estratificação de risco do idoso está restrita a atividade dos ACS. Nesse sentido, identifica-se a necessidade de discutilas com os outros membros da equipe, a fim de tornar possível a interação profissional com a utilização de uma ferramenta comum à equipe, a qual pode contribuir para o planejamento sistemático de atividades e ações de cuidado multiprofissional.

Observou-se no presente estudo, que embora estejam realizando conforme capacitação recebida, por vezes os ACS apresentam dificuldade, em especial, com relação a compreensão de algumas questões da ficha. Ademais, considerando que a estratificação de risco constitui uma ferramenta de trabalho de grande valia para a organização do fluxo de atendimento e acompanhamento de idosos no âmbito da APS, a fidedignidade durante o preenchimento é fundamental para obtenção do estrato de risco adequado.

Nesse sentido, destaca-se a importância de realização frequente de capacitações, de modo a oportunizar o esclarecimento de dúvidas relacionadas as ferramentas de trabalho utilizadas pela equipe, bem como apresentação de sugestões para melhorias na operacionalização(14). Além de favorecer e acelerar o atendimento ao usuário e conferir segurança aos profissionais que executam determinada tarefa, a educação permanente é primordial para a ocorrência de mudanças nos padrões de saúde, a partir das melhorias que possibilita na qualidade da assistência (15-16).

Para além do preparo teórico e prático para utilização a estratificação de risco, conforme revelado pelos profissionais em estudo, mostrou-se necessário ações de fortalecimento da interação entre as diferentes categorias profissionais de uma mesma equipe, de modo que compartilhem e discutam a utilização das ferramentas de trabalho e conseqüentemente os resultados produzidos. Reitera-se que a existência de lacunas na atuação dos diferentes profissionais da APS, principalmente entre os odontólogos e demais profissionais, já apontadas pela literatura como fator negativo para a qualidade da assistência<sup>(17)</sup>.

Em contrapartida, estudos apontaram que ações multidisciplinares favorecem a oferta de cuidados mais efetivos e com maior impacto na qualidade de vida, tanto dos idosos quando de seus cuidadores<sup>(18-19)</sup>.

Destaca-se que estruturar o sistema de cuidado por meio das RAS é o mais eficiente caminho para a concretização da integralidade como princípio fundante do SUS pois tem como objetivo superar as dificuldades produzidas pela fragmentação da organização do serviço, substituir ações imediatistas e curativas, por um modelo que valoriza o princípio da integralidade e o atendimento das particularidades de cada

território e população<sup>(5)</sup>.

Atinente a isso, a utilização dessa ferramenta na prática do serviço auxilia também, no diagnóstico situacional do idoso e na identificação das condições de vulnerabilidade, o que possibilita o planejamento de ações de cuidado direcionado. Nesse sentido, é importante o conhecimento de todos quanto a legislação e políticas pertinentes ao idoso, além do perfil epidemiológico, situações de risco e das várias faces do processo de envelhecimento, a fim de, em grupo, planejar a organização das ações de cuidado<sup>(20)</sup>.

Deveras, é necessário um trabalho sistematizado junto a toda a equipe de saúde para que as ações direcionadas aos idosos de alto risco por exemplo, que são aqueles que possuem maior quantitativo de síndromes geriátricas, menor qualidade de vida e maior implicações na prestação de cuidados de saúde, sejam direcionadas pela ênfase na reabilitação e elaboração de estratégias que favoreçam a manutenção da autonomia/independência considerando as limitações<sup>(21)</sup>. Por vezes, para o tratamento integral desse idoso, torna-se necessário o atendimento compartilhado entre APS e serviços especializados.

Além disso, destacam a necessidade em oferecer assistência continuada, em especial ao idoso estratificado como alto risco, uma vez que se observa que o modelo predominante vivenciado no processo de trabalho dos profissionais da APS ainda é predominantemente curativista, resumindo-se ao encaminhamento ao especialista<sup>(22)</sup>.

Do mesmo modo, para aqueles idosos estratificados como baixo e médio risco a ênfase das ações deve ocorrer na promoção da saúde e a prevenção de doenças e/ou complicações. Nessa perspectiva, a educação em saúde é entendida como prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade<sup>(23)</sup>. Salienta-se que uma alternativa de acompanhamento para os idosos desse estrato, é a formação de grupos, a fim de possibilitar aos diferentes integrantes compartilharem informações e estratégias utilizadas para contornar as dificuldades com relação aos comportamentos de risco ressignificações necessárias<sup>(24)</sup>.

Portanto, a organização das estratégias de cuidado a partir da identificação do grau de risco do idoso pode ser útil na elaboração de políticas públicas e na implementação de programas de cuidado multidisciplinar<sup>(25)</sup>. No entanto, mudança na maneira de produzir o trabalho em saúde possui inúmeros desafios, sendo necessário uma inversão na lógica

que tem sido operada até então. Esta deve estar presente e se fazer sentir no agir de todos os sujeitos envolvidos no processo - gestores, trabalhadores de saúde e usuários, já que compartilham um objetivo comum que é a assistência de qualidade<sup>(26)</sup>. Ademais, os próprios profissionais reconhecem as fragilidade dos elementos estruturais da rede<sup>(27)</sup>, no entanto por vezes, não refletem sobre os aspectos de governabilidade pessoal e de organização do processo de trabalho que necessitam ser alterados para qualificação do cuidado.

### **Limitações do estudo**

Identifica-se como limitação a realização da pesquisa em um único contexto.

### **Contribuições do estudo para prática**

O estudo atende aos pressupostos da pesquisa qualitativa e traz importante contribuição para o processo a reflexão na prática diária dos profissionais quanto a utilização de ferramentas que podem organizar e direcionar a crescente demanda de cuidado exigida pela população idosa. Sugere-se a realização de estudos futuros, em especial de intervenção, que auxiliem a discussão pelos membros da equipe quanto aos resultados gerados pela estratificação e teste diferentes estratégias de cuidado de acordo com o estrato de risco.

### **CONCLUSÃO**

A importância da utilização da estratificação de risco para organização da assistência é reconhecida pelos profissionais da ESF, embora apontem alguns desafios nesta utilização, tais como a fragmentação no processo de trabalho evidenciando a necessidade de estratégias para fortalecer o trabalho em equipe, caracterizado pela discussão dos casos, a construção coletiva de planos de cuidados, bem como o desenvolvimento de estratégias para evitar a fragilização dos idosos.

### **Contribuição dos autores**

Todos os autores participaram da concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.



## REFERÊNCIAS

- Jagger C, Matthews FE, Wohland P, Fouweather T, Stepha BC, Robinson L, et al. A comparison of health expectancies over two decades in England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jan 10]; 387(10020): 779-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26680218>
- Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jan 14];385(9968): 649-57. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61464-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61464-1/fulltext)
- Hua CY, Huang Y, Su YH, Bu JY, Tao HM. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure. *Braz J Med Biol Res*. [Internet]. 2017[Cited 2019 Jan 10]; 50(11): e6355. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28953989>
- Li J, Xu L, Chi I. Challenges and resilience related to aging in the United States among older Chinese immigrants. *Aging Ment Health* [Internet]. 2017 [Cited 2019 Jan 22]; 15:1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28914547>
- Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [Cited 2019 Fev 01];22(3):713-23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-812320170023000713](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320170023000713)
- Borges LS, Freitas PF, Vietta GG, Borges KR, Nazario NO. Estudo dos critérios determinantes de procura pelo serviço de emergência, por pacientes classificados como pouco urgentes e não urgentes, em um Hospital geral do Sul do Brasil. *Arq Catarinenses de Medicina* [Internet]. 2018. [citado 2019 Abr 09];47(3):60-73. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/363/273>
- Luz LL, Santiago LM, Silva JFS, Mattos IE. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [Cited 2019 Fev 07]; 29(3):621-28. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000300019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000300019&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [Cited 2019 Fev 12]; 46:116-22. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000700017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000700017&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Kong t, Yang P. Finding the vulnerable among China's elderly: identifying measures for effective policy targeting. *Journal of aging & Social Polycy*. [Internet]. 2019. [Cited 2019 May 12]; 31(3). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2018.1485391>
- Kirkhus L, Benth JS, Rostoft S, Gronberg BH, Hjermstad MJ, Selbaek G et al. Geriatric assessment is superior to oncologists' clinical judgement in identifying frailty. *British Journal of cancer*. [Internet]. 2017. [Cited 2019 Abr 12];117:470-77. Available from: <https://www.nature.com/articles/bjc2017202>
- Andrew MK, Keefe JM. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BMC Geriatr*. [Internet]. 2014. [Cited 2019 May 18]; 14:90. Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-90>
- Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revisada e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Basu P, Mahajan M, Patira N, Prasad S, Mogri S, Muwonge R et al. A pilot study to evaluate home-based screening for the common non-communicable diseases by a dedicated cadre of community health workers in a rural setting in India. *BMC Public Health* [Internet]. 2019[Cited 2019 May 08];19(1):14. Available from: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6350-4>
- Santos Neto CG, Barbosa MIS. Estratificação de Risco das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: A Contribuição da Psicologia. *Sanare* [Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 07]; 17(1):06-14. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1217>
- Nascimento RAM, Assunção MSC, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TM, Lima EQ, et al. Conhecimento do enfermeiro para identificação precoce da Injúria Renal Aguda. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado 2019 Mar 08]; 50(3):399-404. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt\\_0080-6234-reeusp-50-03-0399.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0399.pdf)
- Ghaferi AA, Dimick JB. Importance of teamwork, communication and culture on failure-to-rescue in the elderly. *Br J Surg* [Internet]. 2016 [Cited 2019 Abr 01]; 103(2):e47-51. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bjs.10031>
- Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Goes PSA. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Abr. 02]; 20(10):3111-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003111&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003111&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Bertazone TMA, Ducatti M, Camargo HPM, Batista JMF, Kusumoto L, Marques S. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. *Rene* [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr. 18]; 17(1):144-53. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2633/2020>
- Joist T, Wagner J, Bitschnau-Kueg A, Ruberg K. Eine multiprofessionelle Herausforderung. Outpatient palliative care a multiprofessional challenge. *Med Monatsschr Pharm*. [Internet]. 2016. [Cited 2019 Jun 04]; 39(11):458-64. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-29956522>
- Perkinson MA. International fieldwork in the age of global aging: fostering intercultural competence through student research and service provision in a residential care facility for older Guatemalans. *Gerontol Geriatr Educ* [Internet]. 2019 [Cited 2019 Abr 07];1-19. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02701960.2018.1561445>
- Anzaldi LJ, Davison A, Boyd CM, Leff B, Kharrazi H. Comparing clinician descriptions of frailty and geriatric syndromes using electronic health records: a retrospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2017 [Cited 2019 Jun. 18]; 17:248. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657074/>
- Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev Bras Promoç Saúde*. [Internet]. 2016 [Cited 2019 Jun 08]; 29(Supl):118-27. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413>
- Brandstetter S, Curbach J, Lindacher V, Rueter J, Warrelmann B, Loss J. Empowerment for health nutrition in German communities: a study framewok. *Health Promot Int*. [Internet]. 2017. [Cited 2019 Jun 02];32(3):500-10. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/32/3/500/2950949>
- Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2018 [citado 2019 Jun 02]; 21(2): 158-67. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n2/pt\\_1809-9823-rbgg-21-02-00155.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n2/pt_1809-9823-rbgg-21-02-00155.pdf)
- Rossetti ES, Terassi M, Ottaviani AC, Santos-Orlandi AA, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2018 [Cited 2019 Fev 22]; 27(3):e3590016. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072018000300329&tng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072018000300329&tng=pt&nrm=iso)
- Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2015 [citado 2019 Jun 18]; 68(2):333-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000200333&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000200333&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Bandeira FJS, Campos ACV, Gonçalves LHT. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da Atenção Primária. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [citado 2019 Ago 06];10(2): 24-9. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1988/514>

# VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS USUÁRIOS

Daiana Cesconetto<sup>1</sup>  
Francine Lima Gelbcke<sup>1</sup>  
Maria Elena Echevarría-Guanilo<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-1509-5500>  
<https://orcid.org/0000-0003-3742-5814>  
<https://orcid.org/0000-0003-0505-9258>

**Objetivo:** avaliar a validade de conteúdo do Instrumento de Avaliação de Grau de Dependência dos Usuários – GDU, segundo pertinência, objetividade e clareza, junto a juízes. **Método:** Estudo Metodológico. O Instrumento foi submetido à avaliação por um grupo de especialistas, mediante a aplicação da técnica Delfos para análise da legibilidade e clareza do conteúdo. A análise estatística procedeu-se por meio da aplicação do coeficiente de Kappa Ponderado (K). **Resultados:** Obtiveram-se valores de concordância de 0,52 a 0,93, na primeira rodada e 0,72 a 1,0 na segunda rodada, após adequações sugeridas. **Conclusão:** Conclui-se que houve evidência estatística entre os juízes, indicando a adequação do GDU quanto ao seu conteúdo, haja vista índice de concordância de Fleiss.

**Descritores:** Validação; Carga de trabalho; Enfermagem; Cuidados de enfermagem.

### CONTENT VALIDATION THE INSTRUMENT FOR ASSESSMENT OF USERS DEPENDENCY DEGREE

**Objective:** assess content validity of the instrument to evaluate degree of dependence on users - GDU, according to relevance, objectivity and clarity, with the judges. **Method:** It's a descriptive exploratory study, which is proposed to verify, through specialists opinion, the legibility and the clarity of the instrument content. The Instrument was submitted to evaluation by a group of specialists, through the application of the Delphi technique. With the responses, the data statistical analysis was made through the Weighted Kappa coefficient (K). **Results:** There was obtained concordance values from 0.52 to 0.93, in the first round and 0.72 to 1.0 in the second round after suggested adjustments. **Conclusion:** Is that there was statistical evidence between the judges, indicating GDU's adequacy regarding its content, considering the Fleiss' concordance index.

**Descriptors:** Validation; Workload; Nursing; Nursing care.

### VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS USUARIOS

**Objetivo:** evaluar la validez de contenido del Instrumento de Evaluación del Grado de Dependencia de los usuarios – GDU, según pertinencia, objetividad y clareza, por jueces. **Método:** Estudio Metodológico. El instrument fue sometido a la evaluación de un grupo de especialistas, mediante la aplicación de la técnica Delfos para análisis de legibilidad y clareza del contenido. La análisis estatística fue por medio de la aplicación del coeficiente de Kappa Ponderado (K). **Resultados:** Se obtuvieron valores de concordancia de 0,52 a 0,93, en la primera rodad e 0,72 a 1 en la segunda rodada, después de las adecuaciones sugeridas. **Conclusiones:** Huvo ecidencia estatística entre los juezes, indicando la adecuación de la GDU en relación a su contenido, a partir de la concordancia del Fleiss.

**Descriptores:** Validación; Volumen de trabajo; Enfermería; Cuidados de enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).  
Autor Correspondente: Francine Lima Gelbcke - E-mail: francine.lima@ufsc.br



## INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, estimula uma prática assistencial segura e cultiva a cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais<sup>(1)</sup>. Neste sentido, torna-se necessária a utilização de estratégias de gestão que possibilitem mensurar e maximizar a qualidade da assistência prestada.

Cuidados de enfermagem adequados, seguros e de qualidade exigem uma organização do trabalho em que a centralidade seja o usuário dos serviços de saúde, no qual a alocação de funcionários deve ser ajustada conforme os cuidados requeridos pelos usuários<sup>(2)</sup>. Neste sentido, a carga de trabalho de enfermagem tem sido amplamente discutida nas instituições hospitalares, em virtude de suas implicações na qualidade da assistência<sup>(3)</sup>.

O trabalho da enfermagem está relacionado ao atendimento direto ou indireto ao usuário, constituído pelo tempo dispensado pela equipe de enfermagem na realização das atividades de sua responsabilidade, sendo que o grau de dependência gera reflexos na carga de trabalho de enfermagem e isto pode repercutir diretamente na qualidade e custo da assistência<sup>(4)</sup>. Uma equipe superdimensionada resulta em alto custo ao sistema de saúde, por outro lado, uma equipe reduzida tende a determinar prejuízo na qualidade da assistência, interferindo na segurança dos usuários<sup>(2)</sup>.

Para mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem, podem ser utilizadas ferramentas diretas ou indiretas para obtenção das horas de cuidado necessárias à assistência de enfermagem, sendo utilizados no país diferentes instrumentos<sup>(5)</sup>. Os instrumentos de classificação dos usuários representam um sistema que possibilita identificar e classificar grupos ou categorias de cuidados, e expressam as reais necessidades dos pacientes<sup>(6)</sup>.

No Brasil, os instrumentos para classificação de pacientes (ICP) foram introduzidos no início da década de 1970<sup>(7)</sup>, sendo que os estudos evidenciam importante contribuição na proposta de instrumentos utilizados, principalmente em ambientes hospitalares, tanto específicos como genéricos. Entre os instrumentos específicos, destacam-se os direcionados à neonatologia, pediatria<sup>(8)</sup> e psiquiatria<sup>(9)</sup>, álcool e drogas<sup>(10)</sup> e entre os genéricos, o Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca<sup>(11)</sup>; o Therapeutic Intervention Scoring System - TISS<sup>(12)</sup> e o Nursing Activities Score - NAS<sup>(13)</sup>.

Esses instrumentos possibilitam avaliar o nível de complexidade de cuidado ou a carga de trabalho de Enfermagem requerida pelos usuários. No entanto, há que se considerar a mudança do perfil da população brasileira, decorrente, entre outras razões do aumento da população idosa com problemas crônicos de saúde<sup>(14)</sup>, implicando

em uma mudança no perfil da complexidade de cuidado dos usuários. Com o aumento da expectativa de vida, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão, já que os idosos por vezes apresentam enfermidades complexas e onerosas, destacando-se doenças crônicas e incapacidade funcional, com exigência de cuidados constantes<sup>(14)</sup>.

Diante deste cenário e da limitação de instrumentos validados, identifica-se a necessidade de instrumentos que incorporem a demanda de cuidados de um maior número de usuários. Além disso, são necessárias propostas que incluam aspectos não contemplados nos já existentes<sup>(15)</sup> e reflitam a real complexidade da assistencial dos usuários já que no processo de envelhecimento a população requer cuidado distinto e qualificado pela equipe de enfermagem e de saúde, incluindo além de cuidados uma prática educativa que qualifique o atendimento da equipe de saúde<sup>(16)</sup>.

Neste sentido, foi desenvolvido o instrumento denominado Avaliação do Grau de Dependência dos Usuários (GDU), que contempla diversas dimensões, incluindo aspectos ainda não abordados nos instrumentos já existentes<sup>(15)</sup>. Assim, no GDU foram acrescidos os aspectos relacionados às necessidades humanas básicas de integridade cutâneo-mucosa; a educação em saúde/comunicação; o sono e repouso; a regulação hormonal; a segurança emocional; a percepção dos órgãos dos sentidos, considerando-se audição, visão, tato e dor; e a condição da família/acompanhante ou gregária no cuidado<sup>(15)</sup>.

Estudos preliminares apontaram que o presente instrumento possibilita a realização de uma avaliação mais abrangente, permitindo uma visão mais ampliada do usuário e de suas necessidades assistenciais<sup>(15,17)</sup>. Entretanto, os autores compreendem a necessidade de dar continuidade ao processo de estudo das propriedades de medida do GDU, em decorrência da identificação de necessidade de adequações durante a utilização do instrumento na prática clínica.

Os métodos mais utilizados para obtenção da validade de uma medida pelos psicometristas são a validade de conteúdo, validade de constructo e a validade de critério<sup>(18)</sup>. O presente estudo trata da validade de conteúdo do GDU.

A validação de conteúdo refere-se à parte do procedimento metodológico na qual é avaliada a qualidade do instrumento. Está definida como a capacidade de medir o fenômeno estudado e minimizar o potencial erro associado à operacionalização do instrumento<sup>(18,19)</sup>.

Assim, sugere-se a realização de uma avaliação da concordância entre juízes ou avaliadores acerca da relevância de cada item em relação à temática do instrumento. A avaliação do instrumento em relação a sua clareza, pertinência e relevância dos itens, permitirão a identificação de possível inconsistência ou erros no processo<sup>(18,19)</sup>.

## OBJETIVO

A pesquisa tem como objetivo avaliar o conteúdo teórico do Instrumento de Avaliação de Grau de Dependência dos Usuários – GDU, segundo pertinência, objetividade e clareza, junto a juízes.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de estudo metodológico e descritivo, para validação de conteúdo do instrumento intitulado Avaliação do Grau de Dependência dos Usuários (GDU). A validade de conteúdo propõe-se a verificar, por meio da opinião de especialistas, a legibilidade e a clareza de conteúdo do instrumento<sup>(18)</sup>.

### Participantes do estudo

O estudo ocorreu no período de 15 de maio a 10 de junho de 2015, na 1ª rodada e de 18 de agosto a 15 de setembro de 2015, na 2ª rodada.

Para a avaliação do conteúdo, foi organizado um grupo de juízes de forma intencional, objetivando inclusão de pessoas que trabalhassem diretamente com a temática estudada. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: possuir graduação em enfermagem, ter experiência mínima de cinco anos na área de enfermagem, com atuação no cuidado direto ou indireto ou gerência de enfermagem ou no ensino e pesquisa em gestão. Como critérios de exclusão: os que não assinaram a TCLE.

Na primeira rodada, foi encaminhado um e-mail solicitando a participação de 32 juízes/enfermeiros, sendo 16 envolvidos com pesquisa e docência e 16 da área gerencial e assistencial. Consideraram-se como participantes dos estudos os juízes que acessaram o link indicado na carta convite e responderam o questionário. Na primeira rodada, obtiveram-se respostas por parte de 16 juízes, sendo 8 envolvidos com pesquisa e docência e 8 da área gerencial e assistencial. Na segunda rodada, foi encaminhado o e-mail com a carta convite para os juízes que responderam à 1ª rodada.

### Procedimentos de coleta e análise de dados

O instrumento GDU é constituído de 16 indicadores de avaliação, cada um com cinco itens de gradação de intensidade, crescente em complexidade de cuidado, sendo o primeiro item de menor nível de complexidade assistencial e o último ao nível mais complexo. O usuário deve ser classificado em todos os indicadores, na opção que melhor descreva a sua situação em relação à assistência de enfermagem, com classificação diária, considerando-se o período das últimas 24h. A soma do valor obtido (score total) é comparada com os intervalos de pontuações propostos, conduzindo, dessa

forma, à categoria de cuidado a que este usuário pertence: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados de alta dependência, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos.

O instrumento foi submetido à avaliação qualitativa através da aplicação da técnica Delphi. A utilização desta técnica derivou da intencionalidade de se buscar subsídios teóricos aliados a expertises de enfermeiros, a fim de contribuir com a discussão sobre o assunto<sup>(20)</sup>. A busca pelo consenso ocorreu de forma sistematizada, em que os juízes realizaram um julgamento das informações prestadas pelo pesquisador, através de rodadas<sup>(21)</sup>.

A operacionalização da técnica Delphi objetivando a avaliação de conteúdo dos itens que compõem o GDU foi realizada por meio de duas rodadas. Na primeira rodada, os juízes avaliaram o instrumento original, nas rodadas subsequentes a partir das modificações sugeridas, até se obter um consenso entre os juízes.

Os questionários foram acessados pelos juízes a partir da ferramenta Google Docs®. Estes consistiram em perguntas com opções de resposta em escala Likert de quatro pontos, na qual os juízes poderiam avaliar cada item quanto à clareza, objetividade e pertinência.

A escala Likert apresenta normalmente três ou mais pontos, onde o juiz da pesquisa relata seu parecer entre os pontos propostos, sendo que o mesmo poderá concordar ou discordar do que é afirmado no item, desta forma ele estará avaliando se o item tem capacidade de medir o que o instrumento se propõe<sup>(18)</sup>. Os juízes poderiam “concordar”, “concordar parcialmente”, “discordar parcialmente” e “discordar”. Para cada item, foi deixado um campo em aberto para que os juízes pudessem expor seus comentários ou sugestões a respeito do cuidado de enfermagem.

O critério de consenso foi definido previamente, sendo considerados validados os índices de concordância classificados como satisfatórios a excelente, conforme classificação de Fleiss.

Após o recebimento das respostas, procedeu-se com análise estatística dos dados. A análise de dados deu-se por meio da aplicação do coeficiente de Kappa Ponderado (K) considerando-se a classificação nos seguintes valores, <0,40, pobre; de 0,40 a 0,75, satisfatório a bom; e >0,75 excelente<sup>(22)</sup>.

### Procedimentos éticos

O estudo foi iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento dos juízes. Foram respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa científica apresentados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Compuseram a amostra do estudo 16 juízes, dos quais participaram das duas etapas de avaliação (duas rodadas) 12 juízes, que tinham como titulação mínima apresentada a de especialista e máxima de pós-doutorado, sendo que a maioria possuía doutorado (Tabela 1).

**Tabela 1** - Titulação do painel de Juízes. Florianópolis, 2015.

	1ª Rodada % (n=16)	2ª Rodada % (n=12)
Doutorado	62,5	50
Mestrado	18,75	25
Especialista	18,75	25

Em relação ao tempo de atuação em enfermagem, não se observou diferença significativa nas duas rodadas, sendo que os juízes apresentavam uma média de 22,5 anos de atuação, tendo juízes com o máximo de 39 anos de atuação e 5 anos no mínimo.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos juízes, destacou-se o ensino e pesquisa e atividade assistencial. Entre eles alguns desenvolviam mais de uma função, porém em um percentual menos expressivo.

**Tabela 2** - Atividades desenvolvidas pelos Juízes. Florianópolis, 2015.

	1ª Rodada % (n=16)	2ª Rodada % (n=12)
Ensino e Pesquisa	37,5	25
Assistencial	25,0	33,3
Gerencial	12,5	8,3
Assistencial e Gerencial	6,2	8,3
Gerencial e ensino Pesquisa	6,2	16,7
Assistencial e Ensino	12,5	8,3

Os valores de concordância entre os juízes em relação aos itens que compõe o Instrumento de Avaliação do Grau de Dependência dos Usuários (GDU) na primeira rodada, variaram entre satisfatórios e bom (0,49 a 0,93, respectivamente), conforme a classificação adotada, sendo que os valores mínimos encontrados em relação à objetividade, clareza e pertinência foram de 0,52; 0,49; 0,64, respectivamente. Embora os juízes tivessem concordado sobre vários itens do instrumento, sugestões de melhoria em relação à estrutura do conteúdo, à redação, à adequação de termos e à graduação de gravidade foram propostas e acatadas.

**Tabela 3** - Valores de concordância entre os juízes na 1ª Rodada. Florianópolis, 2015.

	Coeficiente de Kappa (n=16)		
	Objetividade	Clareza	Pertinência
Orientações para aplicação	0,53	0,57	0,63
1.Estado Mental	0,53	0,49	0,67
2.Percepção Dos Órgãos Dos Sentidos	0,52	0,50	0,65
3.Oxigenação	0,72	0,74	0,77
4.Terapêutica	0,70	0,74	0,73
5.Regulação Glicêmica	0,78	0,76	0,81
6.Alimentação/Ingesta hídrica	0,81	0,82	0,93
7. Eliminação e Perdas Gastrointestinais e vesicais	0,80	0,78	0,76
8. Sinais Vitais	0,80	0,80	0,76
9. Deambulação	0,78	0,70	0,84
10. Motilidade	0,79	0,82	0,84
11. Cuidado Corporal	0,91	0,91	0,91
12. Integridade Cutânea-Mucosa	0,89	0,85	0,91
13. Sono e Repouso	0,53	0,53	0,64
14. Segurança Emocional	0,70	0,74	0,68
15.Educação Para Saúde/Aprendizagem	0,71	0,73	0,73
16. Família Acompanhante ou Gregária	0,69	0,77	0,80

Com base nas respostas dos juízes e nas alterações propostas, foi reestruturado o instrumento e elaborada uma nova versão do instrumento, o qual foi encaminhado novamente aos juízes, contemplando as modificações sugeridas e a explicação do que levou a determinada modificação, sendo novamente avaliado (2ª rodada) quanto à objetividade, clareza e pertinência (Tabela 4).

**Tabela 4** - Valores de concordância entre os juizes na 2ª Rodada. Florianópolis, 2015.

	Coeficiente de Kappa (n=12)		
	Objetividade	Clareza	Pertinência
Orientações para aplicação	1,00	1,00	0,72
1.Estado Mental	0,85	1,00	0,72
2. Percepção Dos Órgãos Dos Sentidos	0,85	1,00	1,00
3.Oxigenação	0,85	0,85	1,00
4.Terapêutica	1,00	0,85	1,00
5.Regulação Glicêmica	1,00	0,85	1,00
6.Alimentação/Ingesta Hídrica	1,00	1,00	1,00
7. Eliminação	0,85	0,85	0,85
8. Sinais Vitais	0,85	0,85	1,00
9. Deambulação	1,00	1,00	1,00
10. Motilidade	1,00	1,00	1,00
11. Cuidado Corporal	1,00	1,00	1,00
12. Integridade Cutânea-Mucosa	0,85	1,00	1,00
13. Sono E Repouso	1,00	1,00	1,00
14. Segurança Emocional	0,85	1,00	0,85
15. Educação Para Saúde/Aprendizagem	0,85	1,00	1,00
16. Família Acompanhante ou Gregária	0,85	0,85	1,00

Nesta rodada, o índice de concordância foi classificado como excelente em todos os itens, com exceção das orientações para aplicação e estado mental, em que dois juizes “concordaram parcialmente”, gerando índice de concordância de 0,72, considerado satisfatório.

## DISCUSSÃO

O processo de validação é imprescindível para que instrumentos possuam fidedignidade e validade comprovada a fim de minimizar a possibilidade de julgamentos subjetivos. Processos de validação que contemplem etapas criteriosas e sistemáticas poderão garantir qualidade dos resultados e aprimoramento dos instrumentos de medida no decorrer da sua utilização.

O reconhecimento da qualidade dos instrumentos é um aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa<sup>(23)</sup>, e para que possamos ter dados fidedignos e consistentes deve-se contar com um corpo de juizes qualificados e com amplo conhecimento da temática abordada.

Destaca-se a importância do monitoramento das propriedades de instrumentos de avaliação durante o processo de utilização. A avaliação a partir de juizes contempla aspectos relacionados à legibilidade e clareza do conteúdo, sendo importante, neste caso, que seja observada a diversidade do país para o qual foi proposto. Os juizes que

participaram desta pesquisa eram de diferentes regiões do país, conforme preconizado na literatura a respeito da técnica Delphi, a qual destaca que o grupo deve ser diversificado, com origens distintas na forma de abordar e tratar a temática em questão<sup>(18)</sup>. Obteve-se uma taxa de abstenção elevada principalmente na primeira rodada, todavia estes valores já eram esperados haja vista que os níveis de abstenção relatados na literatura são de 30 a 50% na primeira rodada e de 20 a 30% nas subsequentes<sup>(21)</sup>.

Optou-se como meio de comunicação entre pesquisador e juizes o meio eletrônico, que se mostrou uma alternativa eficaz e de baixo custo para superar a barreira espacial imposta pela distribuição dos participantes em diferentes regiões do país, não apresentando diferenças significativas no percentual de aderência dos participantes selecionados<sup>(20)</sup>.

Na primeira rodada, apesar dos níveis de concordância entre os juizes terem se demonstrado satisfatórios, foram recebidas consideráveis sugestões que possibilitaram o refinamento do instrumento. Dentre as contribuições sugeridas pelos juizes destacam-se: manter uma ordem cronológica para melhor clareza nas orientações para aplicação do GDU; padronização do estilo de redação nas categorias de sinais vitais e regulação glicêmica; modificação do título de algumas categorias de cuidado para mantê-los mais coesos com aquilo que se pretendia verificar, por exemplo, a “regulação hormonal” que passou a ser “regulação glicêmica e, eliminações/ vômitos/drenagens” que passou a ser denominada “eliminações e perdas gastrointestinais e vesicais”; mudança de gradação ou intensificação da gradação dentre os itens da categoria Eliminações e perdas gastrointestinais e vesicais, motilidade e sono e repouso; retirada de escalas de apoio como no caso do item sono e repouso que continha a escala de Ramsay, tendo sido sugerida a supressão da mesma, haja vista possibilitar ambiguidade de interpretação. Na categoria de integridade cutânea-mucosa foi sugerida a inserção das úlceras por pressão.

Após as modificações, segundo as sugestões dos juizes, obteve-se um excelente grau de concordância entre os mesmos juizes, sendo encontrado o valor mínimo e isolado de 0,72, nas orientações para aplicação do instrumento e Estado Mental no quesito pertinência. Assim, considera-se que as mudanças propostas contemplaram as necessidades em relação à objetividade e clareza do que se pretendia questionar e o que os juizes sugeriram modificar.

Ressalta-se que a construção do instrumento foi respaldada na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, referencial utilizado na instituição em que o instrumento foi desenvolvido, considerado pertinente pelos juizes. Os itens agregados ao instrumento (no processo de construção) permitem sua aplicação em unidades de

internação gerais e especializadas, inclusive em unidades de tratamento intensivo, haja vista a incorporação, para avaliação dos usuários, de escalas utilizadas nestas unidades, como as de Ramsay e Glasgow. Além disto, salienta-se que o GDU, mesmo tendo como referência o instrumento proposto por Fugulin<sup>(10)</sup>, contempla uma nova descrição dos itens avaliados nos quesitos, adequando-os à realidade atual, inclusive considerando os avanços tecnológicos, aspectos estes considerados pelos juízes como pertinentes.

Como limitação do estudo aponta-se o número de juízes que não responderam à segunda rodada. Entretanto, acredita-se que as mudanças necessárias, apontadas pelos juízes, tanto da primeira rodada, quanto da segunda foram essenciais para o aprimoramento do GDU, em relação ao conteúdo teórico dos itens e aos componentes nos quais estes foram organizados.

#### Contribuições do estudo para área da enfermagem

Este estudo traz como contribuição a instrumentalização dos enfermeiros para que possibilitem avaliar o grau de dependência dos usuários, ou seja, a carga de trabalho da enfermagem. Por isso a proposta do GDU é que seja aplicado juntamente com o processo de enfermagem e que parte de seu conteúdo migre para a evolução de enfermagem, visando à diminuição da sobrecarga dos enfermeiros com mais um instrumento a ser preenchido. Além disto, é importante que os enfermeiros se apropriem deste conhecimento, para que efetivamente as decisões sejam pautadas em evidências.

## CONCLUSÃO

A validação de conteúdo do instrumento para Avaliação do Grau de Dependência de Usuários dos serviços de saúde mostrou-se pertinente, claro e objetivo, possibilitando sua aplicação de forma confiável, visando a contribuir como parâmetro para o dimensionamento de enfermagem.

A segurança no processo assistencial tem direta relação com o quantitativo de pessoal nos serviços de saúde e de instrumentos que possam avaliar de forma mais abrangente o cuidado de enfermagem. Estes quantitativos tornam-se cada dia mais importantes como instrumental para dar sustentação às ações gerenciais, na tomada de decisão pautada em evidências. Atualmente discute-se na profissão que o cuidado deve ser holístico e que os usuários dos serviços de saúde necessitam serem cuidados em suas múltiplas dimensões.

Entende-se que o instrumento proposto amplia a possibilidade de avaliar os usuários em outras dimensões que não apenas as psicobiológicas, mesmo que o instrumento, majoritariamente comporte esta dimensão. Há um avanço no sentido de se ter um olhar para a família, que também demanda uma carga de trabalho para a equipe de enfermagem.

Com base nos dados apresentados, conclui-se que o instrumento demonstrou validade de conteúdo, e que, no intuito de dar continuidade ao aprimoramento do GDU, pesquisas futuras darão prosseguimento à avaliação de outras propriedades psicométricas.



## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013 [cited 2018 Jul 31]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
2. Möller G, Magalhães AMM. Bed baths: nursing staff workload and patient safety. *Texto contexto enferm.* [Internet]. 2015 Dez [cited 2018 Jul 31]; 24(4):1044-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003110014>.
3. Batassini É, Silveira JT, Cardoso PC, Castro DE, Hohegger T, Vieira DFVB et al. Nursing Activities Score: qual periodicidade ideal para avaliação da carga de trabalho?. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2019 Mar [cited 2019 Dec 16]; 32( 2 ): 162-168. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000200162&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200162&lng=en). Epub June 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900023>.
4. Souza P, Cucolo DF, Perroca MG. Carga de trabalho de enfermagem: influência das intervenções de cuidados indiretos. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 24]; 53: e03440. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100433&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100433&lng=en). Epub June 03, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018006503440>.
5. Ferreira PC, Machado RC, Martins QCS, Sampaio SF. Classification of patients with and without the use of a classification instrument: comparison between instruments. *Rev Gaúch Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 31]; 38(2):e62782. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62782>.
6. Perroca MG, Jericó MC, Paschoal JVL. Identification of care needs of patients with and without the use of a classification instrument. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2014 Aug [cited 2018 Jul 31]; 48(4):625-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400004000008>.
7. 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.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 24]; 39: e2017-0107. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100426-8&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100426-8&lng=en). Epub Aug 02, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0107>.
8. Santos NC, Fugini FMT. Creation and validation of an instrument to identify nursing activities in pediatric wards: information for determining workload. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2013 Oct [cited 2018 Jul 31]; 47(5):1052-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201300005000007>.
9. Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT. Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2008 Jun [cited 2018 ago 10]; 42(2):233-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200004>.
10. Nóbrega MPSS, Munhoz RI, Rovarotto J. Sistema de Classificação de Pacientes em álcool e outras drogas: construção e validação. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 24]; 52: e03324. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100413&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100413&lng=en). Epub May 24, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017020603324>.
11. Santos CE, Klug D, Campos L, Losekann MV, Nunes TS, Cruz RP. Análise da Escala de Perroca em Unidade de Cuidados Paliativos. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 24]; 52: e03305. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100412&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100412&lng=en). Epub May 24, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017037503305>.
12. Wang, Z, Zheng J, You L, Wang Y, Gao M. Evaluation of the implied therapeutic intervention scoring system: Chinese Version. *Intensive and Critical Care Nursing.* [Internet]. 2019. [cited 2019 Dec 24]; 45: 85-90. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339716301069>. April, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.009>.
13. Cardoso RB, Caldas CP, Souza PA. Nursing Activities Score e sua correlação com a teoria do conforto de Kolcaba: reflexão teórica. *Enfermagem em Foco.* [Internet]. 2019. [cited 2019 Dec 24]; 10: 87-92. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1347/501>. 2019. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1347>
14. Toffoletto MC, Oliveira EM, Andolhe R, Barbosa RL, Padilha KG. Comparação entre gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem antes e após a ocorrência de eventos adversos em idosos em cuidados críticos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 24]; 27(1): e3780016. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000100323-8&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100323-8&lng=en). Epub Mar 22, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003780016>.
15. Gelboke FL, Matos E, Schmoeller R, Mesquita MPL, Benedet SA. Instrumento para classificação do grau de dependência de usuários: um estudo para contribuir no dimensionamento de pessoal. *Enferm Foco.* 2012 [cited 2019 Jul 30]; 3(1):25-8. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n1.216>.
16. Gelbcke FL, de Souza AP, Cunha, B, Santos JLG. Grau de dependência de pacientes internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário. *Enferm Global.* 2018 2012 [cited 2019 Jul 30]; 52: 560-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.303011>
17. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Beuter M, Muller LA, Linck CL. Qualification of the nursing team by means of convergent-care research: contributions to the care of the hospitalized elderly person. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 Sep [cited 2018 Jul 31]; 18(3):486-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140069>.
18. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
19. Shrotryia VK, Dhanda U. Content Validity of Assessment Instrument for Employee Engagement. *Sage* [Internet] 2019 jan-mar: 1-7. Available from: <https://doi.org/10.1177/2158244018821751>.
20. Pereira RDM, Alvim NAT. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015 [cited 2018 Jul 31]; 19(1):174-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150024>.
21. Marques JBV, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 24]; 29(2): 389-415. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=pt&nrm=iso). Ago 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-014022>.
22. Fleiss JL. Measurement of interrater agreement with adjustment for covariates. In: Fleiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical Methods for Rant and proportions.* 3rd. New Jersey: Wiley; 2003. p.695-702.
23. Medeiros RK, Ferreira Júnior MA, Pinto DP, Vitor AF, Santos VE, Barichello E. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. Referência [Internet]. 2015 Feb [cited 2018 Jul 31]; 4(4):127-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>

## ARTIGO 8 Original

# CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE ENFERMEIROS HOSPITALARES

Roseany Patrícia Silva Rocha<sup>1</sup>

Marília Duarte Valim<sup>1</sup>

João Lucas Campos de Oliveira<sup>2</sup>

Antônio Cesar Ribeiro<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2295-5321>

<https://orcid.org/0000-0002-2746-1865>

<https://orcid.org/0000-0002-1822-2360>

<https://orcid.org/0000-0002-6147-0802>

**Objetivo:** verificar o estado de estresse ocupacional de enfermeiros hospitalares e a relação do estresse com características dos profissionais e do seu trabalho. **Metodologia:** estudo transversal. Foi realizado em hospital universitário do Centro-oeste do Brasil. A coleta de dados aconteceu no primeiro semestre de 2017, aplicando-se dois instrumentos: um para caracterização socioprofissional da amostra (n=85), e, a versão brasileira validada do Job Stress Scale. **Resultados:** os enfermeiros eram do sexo feminino (88,3%); Possuíam um vínculo empregatício (80%). Houve prevalência de trabalhadores que possuem alta demanda no trabalho (n=53; 62,2%) e alto controle (n=51; 60%), o que caracterizou maior proporção de trabalho ativo (35%). Não houve associação estatística significativa entre as características de trabalho e as classificações do trabalho. **Conclusão:** apesar de estarem expostos à alta demanda de trabalho, os enfermeiros referiram alto controle e suporte social ao labor, o que determinou maior concentração do trabalho ativo na amostra, logo, pouco estresse.

**Descritores:** Estresse ocupacional; Desgaste profissional; Enfermagem; Saúde do trabalhador.

### CHARACTERISTICS OF WORK AND OCCUPATIONAL STRESS AMONG HOSPITAL NURSES

**Objective:** to verify the occupational stress state of hospital nurses and the relationship of stress with characteristics of professionals and their work. **Methodology:** cross-sectional study. It was held at a university hospital in the Midwest of Brazil. Data collection took place in the first semester of 2017, applying two instruments: one for the socio-professional characterization of the sample (n = 85), and the validated Brazilian version of the Job Stress Scale. **Results:** the nurses were female (88.3%); they had an employment relationship (80%). There was a prevalence of workers who have high demand at work (n = 53; 62.2%) and high control (n = 51; 60%), which characterized the highest proportion of active work (35%). There was no statistically significant association between job characteristics and job classifications. **Conclusion:** Despite being exposed to high work demand, nurses reported high control and social support to work, which determined higher concentration of active work in the sample, thus, little stress.

**Descriptors:** Occupational stress; Professional stress; Nursing; Worker's health.

### CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO Y ESTRÉS OCUPACIONAL ENTRE LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL

**Objetivo:** verificar el estado de estrés laboral de las enfermeras del hospital y la relación del estrés con las características de los profesionales y su trabajo. **Método:** estudio transversal. Se llevó a cabo en un hospital universitario en el medio oeste de Brasil. La recopilación de datos tuvo lugar en el primer semestre de 2017, aplicando dos instrumentos: uno para la caracterización socio profesional de la muestra (n = 85) y la versión brasileña validada de la Escala de estrés laboral. **Resultados:** las enfermeras eran mujeres (88,3%); Tenían una relación laboral (80%). Hubo una prevalencia de trabajadores con alta demanda en el trabajo (n = 53; 62.2%) y alto control (n = 51; 60%), que caracterizó la mayor proporción de trabajo activo (35%). No hubo asociación estadísticamente significativa entre las características del trabajo y las clasificaciones del trabajo. **Conclusión:** a pesar de estar expuestos a una alta demanda de trabajo, las enfermeras informaron un alto control y apoyo social al trabajo, lo que determinó una mayor concentración de trabajo activo en la muestra, por lo tanto, poco estrés.

**Descriptores:** Estrés laboral; Estrés ocupacional; Enfermería; Salud laboral.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Mato Grosso-UFMT.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio grande do Sul-UFRGS.

Autor correspondente: Roseany Patrícia Silva Rocha. E-mail: roseanyrocha1@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Por meio do trabalho o homem produz e reproduz sua existência, e, ao fazê-lo, estabelece relações sociais. Desta forma, o trabalho desempenha importante papel na vida social e histórica do ser humano, além de ser um meio de crescimento e construção de identidade pessoal, fato que impulsiona a conotação de satisfação vinculada ao trabalho, mas que, em alguns contextos, nem sempre é constante<sup>(1)</sup>.

Como constituinte do trabalho em saúde, a enfermagem historicamente se organizou assumindo como núcleo central das suas práticas o cuidado de indivíduos, famílias ou coletividades, atendendo às necessidades de saúde no âmbito da sua promoção, como também, da prevenção e recuperação de doenças. Assim, a prática da enfermagem constitui-se em processo de trabalho, podendo ser particularizado em dimensões ou sub-processos na medida em que são compreendidos pelos distintos objetos, instrumentos, finalidades e produto, além de características peculiares entre a equipe de saúde como a comum institucionalização e a divisão sócio técnica do trabalho<sup>(2)</sup>.

A respeito da cisão hierárquica e técnica do trabalho de enfermagem, destaca-se o trabalho do enfermeiro que, segundo a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem no Brasil, é detentor do saber e das prerrogativas universais do trabalho da enfermagem<sup>(2)</sup>. Portanto, lhe compete privativamente as atividades de organização/direção dos serviços de enfermagem, além do planejamento, organização, coordenação, e execução dos serviços assistenciais<sup>(3)</sup>.

Envoltos a demandas de trabalho intensas e também, condições laborais muitas vezes desfavoráveis, é comum que enfermeiros sofram os impactos das cargas de trabalho que lhe são impostas<sup>3</sup>. Isso porque, esses profissionais estão continuamente expostos a demandas emocionais diretamente ligadas ao sofrimento dos pacientes e familiares, sobrecarga de trabalho; falta de autonomia; baixo apoio institucional reconhecimento social; além de violências/agressões no trabalho<sup>(4)</sup>.

Dentre os principais efeitos nocivos da forma de agir e estar no trabalho em enfermagem pode-se apontar o estresse ocupacional como precursor e potencializador de agravos à saúde caracterizados como doenças ocupacionais, este, definido como uma reação psicofisiológica que se caracteriza com desequilíbrio entre o que é cobrado de uma pessoa pelo seu entorno social e a capacidade dela em responder a tal cobrança<sup>(6)</sup>. Destarte, cita-se como fatores contribuintes para o estresse ocupacional na enfermagem, a saber: a sobrecarga de trabalho, as interrupções frequentes durante o exercício laboral, trabalhar em horário noturno e a simultaneidade na execução de tarefas distintas<sup>(5)</sup>.

Outros estudos<sup>(6-8)</sup> referem que o estresse ocupacional

traz efeitos nocivos como dores de cabeça, perda do sono, mau humor, ansiedade, depressão, irritabilidade, perda de peso potencializando, e também inclusive o aparecimento de doenças crônicas como Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM). Ademais, a exposição prolongada aos agentes estressores no trabalho pode favorecer o desenvolvimento da síndrome do desgaste profissional ou Síndrome de Burnout<sup>(7)</sup>.

Postula-se que, na medida em que os fatores que podem levar à condição de estresse ocupacional são identificados, os estudos sobre as condições de trabalho são importantes no processo de gestão do trabalho, com ênfase na viabilização de melhorias, assertiva que justifica a execução de pesquisas neste escopo<sup>(8)</sup>.

Tal premissa culminou às seguintes perguntas: Qual o estado de estresse entre enfermeiros hospitalares? Existe relação entre estresse e características de enfermeiros hospitalares e do seu trabalho? Assim, objetivou-se verificar o estado de estresse ocupacional de enfermeiros hospitalares e a relação do estresse com características dos profissionais e do seu trabalho.

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudo

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

### Local do estudo

Foi realizado em um hospital universitário público de uma capital do Centro-oeste brasileiro. A instituição é referência em atenção de pré-natal de alto risco, em triagem neonatal (acompanhamento e tratamento), fibrose cística e doenças falciformes. Ainda, presta atendimento ambulatorial, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico com demanda espontânea e referenciada, contando, para internação, com 119 leitos hospitalares.

### População do estudo

No intuito de se atingir um senso, propôs-se que a população de estudo estivesse composta por todos (n=104) os enfermeiros pertencentes à instituição na época do estudo. Para definição da amostra, aplicou-se os critérios de inclusão: atuação na gerência ou assistência do referido hospital há pelo menos seis meses, e, presença em labor durante o período de coleta de dados. Do total de enfermeiros, quatro se recusaram a participar do estudo e outros 15 se encontravam em licença médica no período da coleta dos dados, o que resultou na amostra de 85 enfermeiros.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2017, por meio de dois questionários cuja aplicação foi feita na forma de entrevista pelo próprio pesquisador. O primeiro instrumento foi disposto em perfil sociodemográfico e profissional, e, acoplado a este, utilizou-se o questionário já validado "Critério Brasil de Classificação Econômica", da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), na sua versão 2017<sup>(9)</sup>.

O segundo instrumento aplicado foi o Job Stress Scale (JSS) traduzido Escala de verificação do grau de estresse ocupacional, que foi validado ao contexto brasileiro. Está organizado em três dimensões (demanda, controle e apoio social) e 17 itens, distribuídos em cinco para avaliar demanda, seis para avaliar controle e seis para o apoio social. Para todas as dimensões as opções de resposta dos itens são apresentadas em escala tipo Likert<sup>(1-4)</sup>, em nível de concordância<sup>(10)</sup>.

Entre os itens que avaliam demanda, esses referem-se a aspectos como tempo e velocidade para realização do trabalho. Dentre as seis questões referentes ao controle, quatro refere-se ao uso e desenvolvimento de habilidades, e duas à autoridade para tomada de decisão dentro do processo de trabalho. Referente ao apoio social, seis questões referem-se sobre relações com os colegas e chefes<sup>(10)</sup>.

O referido instrumento classifica o estresse em quatro possibilidades de condição de trabalho, a saber: trabalho ativo, alta desgaste, baixa desgaste, trabalho passivo<sup>(10)</sup>. Os quadrantes "baixo desgaste" e "trabalho ativo" são mencionados na teoria de suporte ao instrumento como os de menor associação ao risco de adoecimento, e conduz para trabalhos ativos e menos danosos para a saúde mental, enquanto o quadrante "alto desgaste" acompanhado pelo "trabalho passivo" tem maior risco de adoecimento do indivíduo e o aparecimento do estresse<sup>(10)</sup>.

### Análise dos dados

Os dados coletados manualmente foram transpostos para planilhas eletrônicas em dois bancos de dados, primeiramente no Programa Epidata 7.0, e, posteriormente analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0. As variáveis numéricas foram descritas por estatística descritiva, por medidas de tendência central e dispersão. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa.

Para definição dos quadrantes de exposição ao estresse e a definição dos valores altos/baixos, atribui-se o ponto de corte da mediana dos escores encontrados para cada uma das dimensões. Ou seja, os dados dos escores relativos à demanda psicológica, controle e apoio social evidenciam

pontuação mínima e a máxima, e é preciso utilizar a mediana para que os valores acima da mediana sejam considerados como altos e abaixo da mediana considerados baixos. Vale destacar que alto controle e suporte são considerados positivos, e, alta demanda, negativo, na interpretação do estresse ocupacional<sup>(10)</sup>.

Para inferência estatística sobre os dados utilizou-se a associação bivariada dos quadrantes que evidenciam o estresse ocupacional, sendo eles o trabalho ativo, alto desgaste, trabalho passo e baixo desgaste com as variáveis sexo, estado civil, filhos, chefe de família, natureza do vínculo, carga horária semanal, turno de trabalho, segundo vínculo, agravo/doença, doença ocupacional, acidente de trabalho e lazer. Para isso, empregou-se teste de Qui-quadrado.

### Aspectos éticos

O estudo cumpriu com todas as exigências que regem as pesquisas com seres humanos. A respeito disso, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa institucionalizado, recebendo parecer de nº 1796.973/2016 e protocolo de CAAE: 59166116.7.0000.5541.

### RESULTADOS

Na caracterização quanto ao sexo, conforme demonstrado, obteve-se a predominância de mulheres (n=75; 88,2%). Em relação à idade, destaca-se a faixa etária de 24 a 34 anos, com 47 (55,3%) sujeitos, seguida pelas faixas etárias de 35 a 45 anos (n=25; 29,1 %); e de 45 a 59 anos (n=13; 15,6%).

No que se refere ao estado civil, 42 trabalhadores (49,4%) declararam a condição de casado/união estável, e 43 (50,6%) vivem sem a presença do companheiro(a). Em que pese a condição de presença de filhos, 48 (56%) declararam ter filhos, sendo que destes, 20 (43,5 %) afirmaram ter apenas um filho. Verificou-se que a maior proporção de enfermeiros (n=49; 57,6 %) que afirmaram ser o chefe da família, seguido de 36 (32,9%) que referiram ser o esposo (a) ou outros.

Quanto à classificação econômica, os enfermeiros foram classificados de modo mais expressivos nos níveis B2 e B1, com 37 (43,5%) e 25 (29,4%) trabalhadores, respectivamente. Nove enfermeiros (10,7%) foram classificados no nível A e 14 (16,4%) no nível C.

Adiante, os dados da Tabela 1 ilustram a caracterização de vínculo de trabalho entre outras informações atinentes ao perfil profissional dos enfermeiros.



**Tabela 1** – Distribuição das características relacionadas ao trabalho entre enfermeiros de um hospital universitário público. Cuiabá, MT, Brasil, 2017. (n=85).

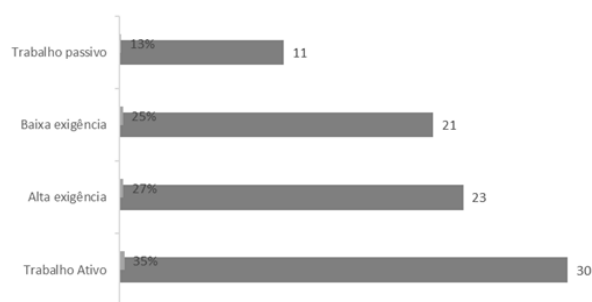
Variáveis	Categorias	n	%
Natureza do vínculo	Concurso Público	15	17,6
	Celetista	70	82,4
Jornada de Trabalho Semanal	30h	15	17,6
	36h	70	82,4
Regime de Trabalho	Diarista	53	62,4
	Plantonista	32	37,6
	Manhã	28	32,9
	Tarde	18	21,1
Turno de Trabalho	Noite	2	2,3
	Integral dia	9	10,5
	Noite 12/60	5	5,8
	Noite 12/36	23	27,4
	Assistencial	80	94,1
Função que Exerce	Gerencial	5	5,9
	Assistencial	80	94,1
Segundo Vínculo empregatício	Sim	16	18,8
	Não	69	81,2
Terceiro Vínculo empregatício	Sim	1	1,2
	Não	84	98,8

Com a definição dos escores provenientes da JSS observou-se que 53 (62,2%) enfermeiros percebem-se na condição de alta demanda. Em contrapartida, 51 (60%) dos trabalhadores acreditavam ter alto controle sobre o trabalho. Ademais, o apoio social encontrou-se alto no grupo de enfermeiros entre 48 (55,2%) trabalhadores, o que significa um fator positivo na relação Demanda versus Controle (Tabela 2).

**Tabela 2** – Valores mínimos, máximos, mediana e percentual > que mediana, por domínios Demanda, Controle e Apoio social da Job Stress Scale. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Domínios da Job Stress Scale	Mínimo	Máximo	Mediana	Percentual (%) > mediana
<b>Demanda</b>	8	20	15	62,2
<b>Controle</b>	13	23	18	60,0
<b>Apoio social</b>	9	24	19	55,2

Com os dados supracitados foi possível estabelecer a classificação ao nível de estresse ocupacional – por tipo de trabalho –, na qual o gráfico a seguir mostra a classificação encontrada no presente estudo (Figura 1).



**Figura 1** – Distribuição dos tipos de trabalho percebidos pelos enfermeiros de acordo com o modelo Demanda-Controle (n=85). Cuiabá, Brasil, 2017.

A inferência estatística dos quadrantes que evidenciam o estresse ocupacional, com as variáveis do perfil sociodemográfico e características do trabalho mostrou que não existe associação dos grupos testados.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, o perfil sociodemográfico é semelhante a de outras pesquisas realizadas com enfermeiros no Rio de Janeiro, Paraná, São Paulo e em Portugal, onde predomina o sexo feminino, e esse fato está relacionado com o fator histórico da profissão de enfermagem e a crescente representação da mulher no mercado de trabalho e na sociedade<sup>(11,15)</sup>.

O conjunto dos enfermeiros é constituído por uma população relativamente jovem, com idade distribuída entre 24 e 55 anos, com a predominância das menores faixas etárias. A predominância das faixas etárias mais jovens entre enfermeiros foi encontrada em outras pesquisas<sup>(12-14)</sup>. Talvez, esse é um dado que possa justificar o baixo nível de estresse encontrado no estudo, uma vez que o tempo pode ser um fator a aumentar a exposição do trabalhador à desgastes próprios do ambiente laboral, inegáveis no trabalho da enfermagem.

No que se refere à condição civil, o conjunto de enfermeiros declarou-se predominantemente na condição casado(a) (n=42; 49,4%). Tal resultado se aproxima aos resultados com trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários do Rio Grande do Sul, com percentuais de 70,2% e 76% de casado(as) e ou em situação similar, respectivamente<sup>(15)</sup>.

Sobre possuir ou não filhos, 48 (56%) enfermeiros responderam positivamente. Quando perguntado sobre quem é o chefe da família, predominou a autodeclaração, como sendo o próprio entrevistado, concentrando 49 (57,6%) trabalhadores. Assim, foi destacado que os profissionais de enfermagem em estudo predominantemente eram os que mantinham a sua casa. Neste escopo, deve-se ressaltar que a dificuldade inerente do ambiente de trabalho somada as atribuições de cuidar do lar, dos filhos – atribuições ainda



muito delegadas com maior ênfase à mulher – e prover a casa pode ser desgastante para a saúde física e mental desses indivíduos.

A respeito do turno de trabalho, identificou-se que a maior parte dos enfermeiros (n=55; 64,71%) cumprem suas atividades laborais durante o dia, seguida do trabalho noturno 30 (35,29%). Cabe discutir que funções do enfermeiro exercidas durante o dia já foram descritas como atividades mais exaustivas e que demandam maior atenção aos pacientes com relação a sua higiene, preparo e administração de medicações, coordenação da equipe, funções gerenciais, gerando do maior demanda de trabalho, podendo então acarretar problemas tanto de ordem física, quanto mental<sup>(16)</sup>.

Quanto ao número de vínculos empregatícios, 16 (18,8%) declararam outro emprego, o que para literatura é um fator negativo para a saúde do profissional de enfermagem, considerando que duplas e extensas jornadas de trabalho são fatores de risco para acidentes de trabalho, doenças crônicas como hipertensão arterial (HA), problemas musculoesqueléticos, fadiga e estresse<sup>(17)</sup>. Isso também é uma sinalização para reflexão da valorização social do trabalhador de enfermagem, especialmente confrontando-se à classe social B2 constatada com maior prevalência (n=37; 43,5%), em outras palavras, possivelmente parte dos trabalhadores precisa aderir a duplas jornadas para galgar melhores posições socioeconômicas.

O fato da predominância dos enfermeiros deste estudo declararem possuir único vínculo empregatício pode estar relacionado à classificação econômica, que no geral, se corresponde com remuneração razoável somada à estabilidade no emprego intermediada pelo tipo de instituição empregadora. Portanto, acredita-se que esse dado, por si só, permeia uma vasta contribuição do estudo pois ratifica a importância da viabilização de melhores condições de trabalho para a enfermagem como algo indissociável à própria qualidade da produção do cuidado humano.

Considerando a predominância do trabalho ativo e baixa exigência (60%) entre os enfermeiros, considera-se que o alto estresse ocupacional, a princípio, parece não ser uma condição vivenciada pela maioria dos entrevistados. Apesar disso, destaca-se a alta demanda psicológica apontada, o que, segundo estudo realizado em hospital universitário na Suécia demonstra que (64%) de 908 profissionais de enfermagem estiveram expostos a altas demandas psicológicas resultando em fator deletério a sua saúde<sup>(18)</sup>.

A condição de trabalho ativo (altas demandas psicológicas e alto controle sobre tomadas de decisões) e um alto apoio social representa um risco menor de adoecimento físico e mental, pois ainda que existam demandas excessivas essas são consideradas menos danosas para a saúde do trabalhador

que consegue ter domínio, planejamento, organização de suas atividades laborais. Verificou-se também essa condição de trabalho em outras investigações<sup>(18,19)</sup>, fato que possivelmente sinalize que, apesar da elevada demanda comumente imposta à equipe de enfermagem, essa consegue encontrar meios para elaborar isso e não repercutir em piores percepções sobre o estresse ocupacional.

Pode-se considerar como alta demanda de trabalho destes profissionais as questões relacionadas ao déficit no quadro de pessoal, alta responsabilidade relacionada às competências ético-legais, pressão do tempo, serviços de alta complexidade, pressão da equipe e gestão, falta de autonomia somado ao baixo apoio e reconhecimento social, violências/agressões no trabalho. Conforme referido em outros estudos, tais demandas representam um alto risco de adoecimento físico e mental do trabalhador<sup>(14-16,20)</sup>.

Os enfermeiros entrevistados apresentaram alto controle, considerando que possuem autonomia nas tomadas de decisões, uso da criatividade e do desenvolvimento individual para a realização do processo de trabalho em saúde, aspectos característicos que são benéficos para sua saúde mental no trabalho<sup>(16,17)</sup>. Segundo a teoria Demanda versus Controle, o estresse ocupacional é desencadeado quando o indivíduo não consegue manter o controle sobre sua prática, podendo apresentar um trabalho de alta exigência ou passivo, que converge para o adoecimento ou ao distanciamento de suas atividades laborais<sup>(20)</sup>.

Vale destacar que o controle sobre o ambiente de trabalho foi recentemente constatado como algo que se difere em relação ao tipo de hospital (público X privado). Deve-se considerar o trabalho de alta exigência (baixo controle e alta demanda), que representa um elevado risco de adoecimento físico e mental para a saúde do trabalhador e foi o segundo mais apontado entre os enfermeiros (n=23; 27%). A partir dos processos de trabalho desse profissional, que inclui cuidar/assistir, gerenciar/administrar, pesquisar, ensinar e participar politicamente<sup>(2)</sup> pressupõe-se que o mesmo vivencie uma condição de alta exigências/demandas. Portanto, ações que possam atenuar essa situação (como por exemplo, aumentar o controle sobre o trabalho) precisam ser continuamente (re) planejadas por gestores de enfermagem e saúde, além das entidades de classe.

Aponta-se que os fatores de origem ocupacional, sobretudo aquelas relacionadas à assistência prestada ao paciente, como as de maior significância para alta demanda vivenciada pelos profissionais de enfermagem<sup>(21)</sup>. Portanto, há de se considerar que apesar da totalidade dos dados representar uma nuance positiva sobre o estresse ocupacional, 30% dos enfermeiros sofrem com alta demanda somada ao baixo controle sobre o planejamento e a execução

das atividades, o que talvez possa diminuir ou ausentar a autoridade, e ter efeitos desfavoráveis sobre a autoestima e a satisfação no trabalho.

Outra condição de trabalho nociva, é aquela caracterizada como trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda), que representou 13% entre os enfermeiros. Os enfermeiros que declararam vivenciar a condição de trabalho passivo, estão mais expostos frente à possibilidade de adoecimento, já que o ambiente de trabalho fica caracterizado como pouco motivador, passivo e indiferente, levando a ausência da capacidade de solucionar problemas, altos níveis de tédio, e possibilidade aprendizagem negativa<sup>(20)</sup>.

Entre os profissionais de enfermagem estudados em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, houve predominância do trabalho passivo para (29,9%) dos trabalhadores de enfermagem, dados esses que competem com os resultados de outro estudo realizado em um hospital Italiano com 217 enfermeiros, onde foi observado que 80 (34%) da população estudada vivenciavam a condição de trabalho passivo<sup>(19,20)</sup>.

Quanto à baixa exigência (baixa demanda e alto controle), 21 (25%) dos enfermeiros entrevistados se encontraram nesta condição, o que é o desejável, pois permite ao trabalhador maior autonomia, criatividade, uso de suas habilidades sobre o processo de trabalho<sup>(15)</sup>.

A condição de baixa exigência foi observada em (49%) dos trabalhadores de uma unidade de terapia intensiva<sup>15</sup>, o que corrobora com resultados de um outro estudo que investigou equipes de enfermagem de um hospital universitário, revelando que (46,7%), se encontravam predominantemente na mesma condição<sup>(18)</sup>.

O apoio social encontrou-se em 48 (52,2%) enfermeiros, o que significa um fator positivo na relação demanda versus controle. Esse resultado configura-se um fator protetor para o trabalhador que vivencia a alta exigência, pois o apoio de chefes e colegas de trabalho é considerado um aspecto psicossocial capaz de amenizar, proteger esses indivíduos das influências negativas advinda do estresse ocupacional<sup>(19)</sup>.

Em investigações realizadas com trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos brasileiros verificou-se que, quanto maior o apoio social recebido pelos chefes e colegas e tempo de trabalho na instituição, menor foi a percepção das condições de trabalho considerada desgastantes para o trabalhador<sup>(19,20)</sup>.

Ante o exposto, fica evidente que a somatória: melhor apoio social com o alto controle no trabalho pode evidenciar menores níveis de estresse ocupacional, conforme atestado

nesta pesquisa. Todavia, alvitra-se à necessidade de revisão a respeito das questões relacionadas às demandas laborais dos enfermeiros.

### Limitações do estudo

A limitação deste estudo refere-se ao reduzido n (85), que não permitiu a realização da análise inferencial. Outra limitação, considerada como instrumental, está no instrumento Job Stress Scale (JSS) que, por ser genérico, não considera aspectos específicos do trabalho da enfermagem. Neste sentido, sugere-se a realização de outros estudos com uma população maior e que avaliem aspectos não considerados neste estudo.

### Contribuições para a prática

Este estudo pretende suscitar novas reflexões acerca do estresse ocupacional, principalmente sobre o impacto desta condição na organização do trabalho, na vida dos profissionais e na satisfação dos usuários atendidos; bem como a busca de novas estratégias para prevenção e para acompanhamento desses profissionais afetados e, assim a criação de novas estratégias para enfrentamento da doença e melhora na qualidade vida.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que, apesar de estarem expostos à alta demanda de trabalho, os enfermeiros referiram elevado controle e suporte social no labor, o que determinou maior concentração do trabalho ativo na amostra, logo, menor nível de estresse ocupacional. Isso pode significar que as demandas (cargas) de trabalho sejam o foco para a melhoria de condições laborais.

Destaca-se que a impossibilidade de generalização é a principal limitação da presente investigação. Contudo, acredita-se que o estudo traz contribuições relevantes, pois ao caracterizar as condições de trabalho por meio dos prognosticadores que definem a relação demanda, controle e apoio social, permite-se que os gestores e os próprios trabalhadores busquem medidas para amenizá-los e, assim, melhorar a qualidade de vida no trabalho, incluindo a redução do estresse ocupacional.

### Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Roseany Patricia Silva Rocha; Marília Duarte Valim; João Lucas Campos de Oliveira; Antônio Cesar Ribeiro.

## REFERÊNCIAS

1. Duarte JMG, Simões ALA. Significados do trabalho para profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. *Revista de Enfermagem UERJ*. [Internet] 2015 [cited 2019 Jan 1] 23(3):388-94. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6756/13780>
2. Leal JAL, Melo CMM. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Internet] 2018 [cited 2018 Jan 01] 71(2):441-52. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt\\_0034-7167-reben-71-02-0413.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0413.pdf)
3. Carvalho PC, Rocha LP, Tomaszewski B, Dias JS, Schallenger CD. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*. [Internet] 2017 [cited 2019 June 01] 22(1): 01-11. Available from: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/03/46569-194206-2-PB.pdf>
4. Puerto JC, Soler LM, Montesinos MJL, Marcos AP, Chorda VMG. Uma nova contribuição para a classificação dos fatores estressores que afetam os profissionais de enfermagem. *Revista Latino Enfermagem*. [Internet] 2017 [cited 2018 Dez 02] 25:2895. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2895.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2895.pdf)
5. Silva FG, Andrade AP, Ponte KMA, Ferreira VES, Sousa BS, Gonçalves KG. Predisposição para síndrome de Burnout na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm Foco*. [Internet] 2019 [cited 2019 Jun 01] 10 (1): 40-45. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1600/491>
6. Filho IMM, Almeida RJ. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde*. [Internet] 2016 [cited 2019 Jan 01] 29(3): 447-454. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4645/pdf>
7. Kestenberg CCF, Felipe ICV, Rossone FO, Delphim LM, Teotonio MC. O estresse do trabalhador de enfermagem: estudo em diferentes unidades de um hospital universitário. *Rev enferm UERJ*. [Internet] 2015 [cited 2018 Feb 01] 1(23) 45-51. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a08.pdf>
8. Carleto TC, Moura RCD, Santos VS, Pedrosa LAK. Adaptação à universidade e transtornos mentais comuns em graduandos de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2018 [cited 2018 Jan 01] 20:20-01. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/43888/25414>
9. ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (2017) Critérios de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
10. Scholze AR, Martins JT, Robazzi MLCC, Haddad MCFL, Galdino MJO, Ribeiro RP. Estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos. *Cogitare Enferm*. [Internet] 2017 [cited 2019 Jan 01] (22)3: 50-238. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50238>
11. Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M. Características gerais de enfermagem: O perfil sócio demográfico. *Enferm Foco*. [Internet] 2016 [cited 2018 Jan 01] 6(14):11-17. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>
12. Warm FA, Pinto MAO, Schiavenato D, Ascari RM, Trindade LL, Silva OM. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. *Rev. Cuid.* [Internet] 2016 [cited 2018 Nov 02] 7(2)12, 81-96. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a06.pdf>
13. Roque H, Veloso A, Silva I, Costa P. Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet] 2015 [cited 2018 Jan 01] 20(10): 377-397. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001003087&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001003087&script=sci_abstract&tlng=pt)
14. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Galdino MJO, Ribeiro PHV. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2018 [cited 2018 Dez 02] 39: 65 (12). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v39/1983-1447-rge-39-e65127.pdf>
15. Azevedo BDS, Nery NA, Cardoso JP. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2017 [cited 2018 Dez 02] 26(1)394. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_1980-265X-tce-26-01-e3940015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e3940015.pdf)
16. Matos AIS, Araújo TM, Almeida MMG. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. [Internet] 2017 [cited 2018 Dez 02] 5:148. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006446.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006446.pdf)
17. Chin DL, Nam S, Lee SJ. Occupational factors associated with obesity and leisure-time physical activity among nurses. A cross sectional study. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2016 [cited 2019 May 01] 57: 60-69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4871118/>
18. Alves MGM, Braga VM, Faerstein E, Lopes C, Junger W. Modelo demanda-controle de estresse no trabalho. Considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2015 [cited 2019 Jan 01] 31(1): 208-212. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/pt\\_0102-311X-csp-31-01-00208.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/pt_0102-311X-csp-31-01-00208.pdf)
19. Negrinho NBS, Malaguti-Toffanoll SE, Reislll RK, Pereira MVP, Gir E. Fatores associados à exposição ocupacional com material biológico entre profissionais de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2017 [cited 2019 Jan 01] 7(1)126-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0133.pdf>
20. Pisanti R, Doef MVDD, Maes S, Meier LL, Lazzari D, Violani C. How Changes in Psychosocial Job Characteristics Impact Burnout in Nurses. A longitudinal Analysis. *Frontiers in Psychology*. [Internet] 2016 [cited 2019 Jan 01] 7(1): 10-32. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01082/full>
21. Matos AIS, Araújo TM, Almeida MMG. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. [Internet] 2017 [cited 2019 Jan 01] 5:148. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006446.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006446.pdf)

# A EXPERIÊNCIA DA VULNERABILIDADE DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Lídia Nunes Vieira<sup>1</sup>

Flávia Mendes de Sá<sup>1</sup>

Wilza Carla Spiri<sup>1</sup>

Maria Helena Borgato<sup>1</sup>

Cassiana Mendes Bertencello Fontes<sup>1</sup>

**Objetivo:** Compreender as vulnerabilidades do processo de cuidar do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). **Metodologia:** Estudo qualitativo, baseado no referencial teórico da ergologia e realizado em hospital de ensino público, no período de junho de 2016 a agosto de 2017. Foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin para analisar as respostas dos enfermeiros assistenciais da UTIP em entrevistas individuais a partir de duas perguntas norteadoras: “Explique o que você compreende sobre vulnerabilidade” e “Como você experiencia a vulnerabilidade no processo de cuidar do paciente internado na UTIP?” **Resultados:** Foram identificadas categorias e temas comuns e específicos referentes às perguntas norteadoras. **Conclusões:** Constatou-se a conceituação do termo vulnerabilidade e a análise das experiências vivenciadas pelos enfermeiros de diversas maneiras pelos indivíduos, o que possibilitou sua classificação em categorias de acordo com o tema pertencente. **Descritores:** Vulnerabilidade em saúde; Pesquisa qualitativa; Unidades de terapia intensiva pediátrica; Cuidados de enfermagem; Enfermagem.

## THE EXPERIENCE OF NURSES' VULNERABILITY IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE

**Objective:** To understand the vulnerabilities of the nurse care process in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU). **Methodology:** Qualitative study based on the theoretical reference of ergology and carried out in a public teaching hospital from June 2016 to August 2017. The Content Analysis of Bardin was used to analyze the responses of nurses assisting the PICU in individual interviews from two guiding questions: “Explain what you understand about vulnerability” and “How do you experience vulnerability in the PICU process?” **Results:** Common and specific categories and themes have been identified for guiding questions. **Conclusions:** The conceptualization of the term vulnerability and the analysis of the experiences experienced by the nurses in different ways by the individuals was verified, which made possible their classification into categories according to the theme.

**Descriptors :** Health vulnerability; Qualitative research; Intensive care units pediatric; Nursing care; Nursing.

## LA EXPERIENCIA DE LA VULNERABILIDAD DE LAS ENFERMERAS EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

**Objetivo:** comprender las vulnerabilidades del proceso de atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). **Metodología:** estudio cualitativo basado en la referencia teórica de la ergología y realizado en un hospital público de enseñanza desde junio de 2016 hasta agosto de 2017. El análisis de contenido de Bardin se utilizó para analizar las respuestas de las enfermeras que asistieron a la UCIP en entrevistas individuales. a partir de dos preguntas guía: “Explique lo que entiende sobre la vulnerabilidad” y “¿Cómo experimenta la vulnerabilidad en el proceso de la UCIP?” **Resultados:** Se han identificado categorías y temas comunes y específicos para las preguntas guía. **Conclusiones:** se verificó la conceptualización del término vulnerabilidad y el análisis de las experiencias vividas por las enfermeras de diferentes maneras por los individuos, lo que hizo posible su clasificación en categorías según el tema.

**Descriptores:** Vulnerabilidad en salud; Investigación Cualitativa; Unidades de cuidado intensivo pediátrico; Atención de enfermeira; Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Autor correspondente: Lídia Nunes Vieira. E-mail: lidia.nunes18@outlook.com

## INTRODUÇÃO

O processo de tomada de decisões em ambiente crítico de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) envolve os princípios de autonomia e vulnerabilidade, pois permanece tenuamente contextualizado nas relações interpessoais, no desgaste gerado pelo estresse profissional e no risco inerente à assistência ao paciente<sup>(1)</sup>.

O princípio da autonomia norteia a relação que existe entre os profissionais de saúde e os pacientes e contribui de maneira harmoniosa entre o sentir, o pensar e o agir.

O termo vulnerabilidade é polissêmico e implica sentido de desastre ou perigo, derivado do verbo no Latim *vulnerare*, significando “provocar uma injúria ou um dano”. Nas pesquisas em saúde tal termo pode “designar suscetibilidade das pessoas e danos de saúde<sup>(2)</sup>”.

O conceito mais atual de vulnerabilidade consiste em demonstrar os potenciais de adoecimento e não adoecimento do indivíduo sob determinadas condições<sup>(2)</sup>. Sendo assim, a vulnerabilidade pode ser definida como um estado sindrômico provocado por fatores ou condições diversas, e também de acordo com a percepção de cada indivíduo<sup>(3)</sup>.

O referencial da Ergologia, desenvolvido pelo filósofo francês Yves Schwartz<sup>(2)</sup>, aborda conceitos fundamentais para a reflexão sobre os comportamentos humanos no ambiente de trabalho e suas relações. Na perspectiva ergológica de Schwartz é possível perceber nas atividades de trabalho uma dimensão “micro” e outra “macro”, o geral e o singular, onde a história está presente perpassando esses níveis da vida social<sup>(4)</sup>.

A análise é realizada na medida de que é possível levar em consideração o ponto de vista de quem trabalha e com a finalidade de investigar “o permanente debate de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade humana, concentrando-se sobre a relação que a pessoa estabelece com o meio no qual está engajada<sup>(5)</sup>”.

Em estudos realizados em UTIs pediátricas e neonatais constatou-se que a participação da família no cuidado fica limitada devido a separação da criança, o que gera conflitos, falta de diálogo e afastamento, evidenciando a vulnerabilidade do profissional<sup>(6-7)</sup>. Um desses trabalhos<sup>(7)</sup> utilizou narrativas produzidas pelos enfermeiros para que eles pudessem refletir sobre sua prática e como cultivar o relacionamento com os pais.

Estudos apontam que as reinternações geram aumento da ansiedade da família, altos gastos de recursos materiais e tecnológicos, e promovem maior estresse profissional relacionado a demanda de leitos disponíveis<sup>(8-9)</sup>.

No que tange as questões éticas e legais, os estudos descreveram as aflições dos profissionais em relação a recomendação de não ressuscitação, tomada de decisão

de suspensão de tratamento fútil, síndrome de abstinência neonatal e distanásia, bem como a falta de conhecimento, reflexão e evidências científicas acerca desses temas<sup>(10-13)</sup>.

Os princípios éticos e morais que norteiam o cuidado de enfermagem intensivo são pilares que sustentam as decisões clínicas. Sendo assim, identificar como os enfermeiros descrevem suas experiências e as vulnerabilidades a que se submetem no processo de cuidar, podem trazer contribuições para a prática baseada em evidências éticas e nos princípios da beneficência e não maleficência.

Dessa maneira esse estudo tem por finalidade descrever a experiência sobre a vulnerabilidade dos enfermeiros de terapia intensiva pediátrica de um hospital público de ensino.

O objetivo do estudo foi compreender as vulnerabilidades do processo de cuidar do enfermeiro na UTIP.

## METODOLOGIA

### Referencial teórico-metodológico

Estudo de abordagem qualitativa por meio da Análise de Conteúdo de Bardin<sup>(14)</sup>, na vertente temática, como técnica para identificar os significados, e a análise lexical para os significantes da realidade além da mensagem.

### Participantes da pesquisa

A amostra foi constituída por nove enfermeiros assistenciais escalados na UTIP, independentemente, do turno, da carga horária semanal, do tipo de vínculo empregatício, do cargo e função e cobertura de absenteísmo. Os participantes foram incluídos após aceitarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Local de estudo

A unidade pertence a um hospital público de ensino, possui sete leitos para internação da faixa etária de 30 dias a 15 anos de idade. As pesquisadoras possuem vínculo de ensino e pesquisa na UTIP devido ao convênio de atividades curriculares do Curso de Graduação de Enfermagem.

### Coleta dos dados

Realizou-se uma entrevista individual com os participantes em sala privativa da UTIP, agendadas previamente, com duração média de 20 minutos, fora do horário de trabalho, pelas pesquisadoras que registraram as respostas referentes às duas perguntas norteadoras: “Explique o que você compreende sobre vulnerabilidade” e “Como você experencia a vulnerabilidade no processo de cuidar do paciente internado na UTIP?”



### Análise dos dados

As unidades de falas foram analisadas e descritas por classes e categorias permitindo evidenciar os temas que inferem sobre a realidade. A discussão dos dados foi realizada à luz do referencial da ergologia.

Procedimentos éticos

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Após esclarecer os objetivos, garantia de anonimato e os benefícios do estudo, em observância à legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado em duas vias, uma delas entregue a pesquisadora.

### RESULTADOS

Os resultados foram descritos e analisados a partir das respostas às duas perguntas norteadoras e identificadas as categorias representativas dos conceitos de vulnerabilidades, porém alguns desses conceitos foram comuns.

As categorias advindas da primeira pergunta foram: exposição emocional, física e social do enfermeiro; fragilidade da criança; risco de acontecer evento e estar exposta a qualquer coisa e ao ambiente; infecção; acidentes biológicos; eventos adversos; riscos físico, biológico e emocional.

As categorias relacionadas à segunda pergunta foram as vulnerabilidades: de mão dupla; aos sentimentos e emoções; cuidado paliativo; família; impotência; exposição ao ambiente; falta de material; acidentes perfuro cortantes; falta autonomia e cuidado centrado no tratamento médico.

A seguir, os dois temas identificados e que são comuns às duas perguntas norteadoras foram: "Conceito de vulnerabilidade relacionado aos riscos e acidentes de trabalho" e o "Conceito de vulnerabilidade relacionado aos problemas organizacionais/ administrativos".

### Conceito de vulnerabilidade relacionado aos riscos e acidentes de trabalho

Neste tema os participantes destacam sua perspectiva de vulnerabilidade relacionando-a ao ambiente laboral e seus riscos:

*Os riscos biológicos: contato secreções, pacientes com diversas patologias, leque grande. Tem crianças maiores. (E1)*

*Vulnerável a acidentes biológicos; eventos adversos. (E5)*

*Existe uma vulnerabilidade dupla, por exemplo a perfuração com a agulha. (E7)*

*Estar vulnerável as doenças dos pacientes, a se contaminar com secreções. (E9)*

### Conceito de vulnerabilidade relacionado aos problemas organizacionais/ administrativos

A percepção do enfermeiro que relaciona sua vulnerabilidade ao contexto no qual está inserido:

*Principalmente com relação à prescrição médica, devido ter muito residente, por ser hospital universitário, no sentido de induzir ao erro de medicação; mesmo questionando no sentido de dosagens. (E5)*

O trabalho multiprofissional percebido como determinante de vulnerabilidades:

*Tomada de decisão em UTI que depende de outros profissionais e tem que analisar. (E2)*

*Erros médicos, prescrição médica, erros da enfermagem. (E5)*

A falta de recursos humanos e materiais é um tema recorrente nas falas:

*Os profissionais trabalham muito, difícil RH, sobrecarga de trabalho. (E1)*

*Dimensionamento inadequado, falta pessoal, falta material, mascara em precauções por gotículas. Exposição à radiação. (E7)*

Dos temas que emergiram da análise da primeira pergunta temos:

### O conceito de vulnerabilidade sob o aspecto da polissemia indicando susceptibilidade a algo.

*Você está suscetível a alguma coisa. (E1)*

*Quando está em risco, a frequência com que pode acontecer um evento. (E6)*

*Exposição, o quanto exposto a gente está, várias coisas, parte emocional, espiritual, física. (E7)*

*Estar exposto a algo, de uma maneira indireta. (E8)*

*Algo que seja fácil e tenha probabilidade de acontecer. (E9)*

Nota-se que as entrevistadas definiram sua compreensão de vulnerabilidade relacionando-a à suscetibilidade e exposição física e emocional.

### Conceito de vulnerabilidade relacionado à chance de ocorrência de um evento ou doença.

No que tange a vulnerabilidade e ocorrência de doenças,

as falas dos participantes descrevem:

*Está sujeito ao incerto, algo incerto, doença. (E2)*

*O que as crianças estão vulneráveis a ter: infecção no sangue, urinária, pneumonia devido infecção pulmonar. (E3)*

### **Conceito de vulnerabilidade relacionado ao envolvimento emocional com paciente e família.**

A fala expressa a intensificação da carga emocional na UTIP:

*Suscetível às emoções, aos sentimentos, envolvimento pessoal com a família e o paciente. Isso afeta a minha pessoa. (E4)*

A partir da análise dos conteúdos da segunda pergunta surgiram os seguintes temas:

### **Vulnerabilidade experienciada através dos processos comunicativos dentro da equipe de saúde**

Os participantes desvelam esse tema nas seguintes falas:

*Equipe médica não escuta, não valoriza a equipe de enfermagem, muitas vezes a gente avisa, comunica e eles não ouvem, independente de que membro da equipe. Às vezes dá um pouquinho mais de ouvido para o técnico de enfermagem. (E5)*

*Parte do estresse, independente da sobrecarga, ter dó, discute com o médico se precisa fazer o procedimento novamente. (E7)*

*Vulnerabilidade experienciada pelos processos dolorosos dos pacientes*

*Nesse tema revela-se que os processos dolorosos vivenciados pelos profissionais são vulnerabilidades as quais os profissionais estão expostos. As falas expressam: Estória do paciente: dar mais atenção, ficar abalada com a criança, é mais emotivo, se apega. (E3)*

*Não é fácil ver uma criança morrer, ou sair daqui neuropata, ainda mais que tenho filho, tem que ter muito amor. (E9)*

### **Vulnerabilidade experienciada no processo de cuidar da enfermagem**

Os profissionais necessitam desenvolver competências clínicas, pois essas interferem na situação de saúde do paciente, como se observa na unidade de fala a seguir:

*A destreza, sensibilidade motivacional tem que estar alinhada para conseguir credibilidade e atuar com ação. Procurar um suporte para questão de atuar. Na dúvida*

*eu não faço nada, tem que ter confiança no que estiver fazendo. No tratamento com as crianças entubadas, sedadas, será que a conduta é adequada, é certa? (E2)*

Em outra fala, uma enfermeira relata como o ambiente da UTI pediátrica exige que suas competências clínicas sejam individualizadas:

*É um lugar crítico, as crianças vêm debilitadas, diferente de outros setores, são mais frágeis. Isso traz mais cuidado para evitar de ter outros problemas, específico para cada um, mais atenção, mais higiene. Para não evoluir para outras patologias, doença secundária devido a fragilidade. (E3)*

### **Vulnerabilidade experienciada através da fragilidade do paciente.**

O sentimento de impotência foi citado nos discursos, possibilitando notar a presença de fatores emocionais em suas experiências:

*Sensação de que poderia ter feito mais, arrependimento sobre ações inevitáveis, sensação de impotência, autocobrança. (E4)*

*Emoções do cuidado paliativo, vê a criança definhando diariamente, não tem o que fazer, a criança pede ajuda e o enfermeiro não pode fazer nada, o olhar de desespero da criança. (E5)*

*Na UTI pediátrica o paciente é submisso aos cuidados, ele não pode escolher o que, o horário. (E6)*

### **Vulnerabilidade experienciada através do vínculo entre a família/paciente e equipe de saúde.**

A vulnerabilidade foi relatada através da empatia pelo sofrimento da família e paciente:

*Vivenciar perdas de familiares das crianças, óbitos das próprias crianças, crianças com câncer relatando dor, crianças em situações de ausência familiar e negligência. (E4)*

As enfermeiras também relatam como experienciam sua vulnerabilidade através das reações dos pais diante de más notícias:

*Enfermeira fica vulnerável as reações emocionais da família diante da doença da criança e pela fase de negação. (E5)*

*Tem os pais, você não sabe como eles vão reagir e às vezes não é muito agradável essa reação, então você está vulnerável. (E7)*

## DISCUSSÃO

As vivências dos participantes na UTIP revelaram as vulnerabilidades que esses profissionais vivenciam no cotidiano de seu trabalho, principalmente no que se refere ao cuidar, essência do trabalho da enfermagem.

Assim, corrobora-se com a literatura que por consequência da necessidade de realização de procedimentos, os profissionais da enfermagem são os que possuem maior contato com os pacientes, expondo-os diariamente a fatores que comprometem sua segurança, como riscos biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e ocupacionais<sup>(15)</sup>.

Os cuidados intensivos propiciam maior exposição aos microrganismos presentes nas secreções e no ambiente, ocasionando contaminações decorrentes da manipulação de instrumentos perfurocortantes, contato com agentes lesivos, sangue e fluidos corpóreos, além da exposição à radiação, por imprudência ou falta de recursos, substâncias químicas como medicamentos ou produtos para higienização de materiais e cuidados que requerem esforços físicos, como o posicionamento e locomoção de pacientes, prejudiciais à ergonomia do profissional<sup>(15)</sup>. Além da exposição implícita do ambiente, a complexidade dos pacientes implica em uma maior suscetibilidade à disseminação e contaminação de patógenos, acarretando nas infecções relacionadas à assistência à saúde. Também considera-se a carga de trabalho e a proporção de profissionais para pacientes como fatores de disseminação<sup>(16)</sup>.

Um entrevistado cita o erro de medicação e relaciona-o ao ambiente de hospital-escola, onde é comum a atuação de profissionais em formação e erros podem ocorrer com maior frequência, por isso é importante que a cultura organizacional desse tipo de instituição promova a segurança do trabalhador e monitoramento de suas ações de maneira educativa e não punitiva, tendo em vista a prevenção de erros-cascata, no qual o profissional da enfermagem atribui vulnerabilidade. Um estudo realizado com enfermeiros de uma UTI admite a influência do ambiente na hipótese de que erros não advêm somente dos profissionais, mas possuem origens sociais e institucionais. A omissão ocorre principalmente, quando envolve mais pessoas ou equipes, sendo relacionada à falta de discernimento do profissional de que a responsabilidade diante dos seus erros supõe o reconhecimento das próprias vulnerabilidades<sup>(17)</sup>.

A falta de recursos humanos e materiais é reconhecida pelos participantes como vulnerabilidade, estudo indica que quando o profissional não dispõe de todas as condições necessárias para prestar uma assistência segura pode ocasionar a exaustão e estresse, considerando-se também que a falta de materiais proporciona risco a sua segurança e a do paciente. Um ambiente de trabalho deve dispor de

capacidade de organização, planejamento de recursos materiais e tecnológicos de qualidade, competência clínica demonstrando necessidade de desenvolvimento de suporte organizacional e controle que favoreça a satisfação profissional e o desempenho<sup>(18,19)</sup>.

Os relatos exemplificam como os participantes vivenciam a comunicação inadequada e o relacionamento entre equipes. O distanciamento entre os profissionais da saúde tem se tornado comum e a falta de diálogo resulta em compartimentalização do cuidado, gerando interferências negativas ao paciente e insatisfação profissional<sup>(18)</sup>. Embora haja estratégias de comunicação em uma unidade, deve-se garantir que estas sejam eficazes para todos os profissionais, o que pode auxiliar, inclusive, em situações de mudanças bruscas de rotina ou ambiente, corroborando com transições menos conflituosas<sup>(20)</sup>.

O reconhecimento da competência clínica é citado pelos entrevistados, é importante em UTI e pode ser compreendida como a aplicação das habilidades técnicas e comunicativas, conhecimento e raciocínio científicos, emoções e valores no ambiente clínico, que influenciam na qualidade do cuidado. A capacidade de julgamento, administração e avaliação adequadas são habilidades que o enfermeiro desenvolve em sua formação associada ao trabalho no ambiente clínico<sup>(21)</sup>.

O envolvimento emocional é um componente da exposição referida, comum entre os profissionais que possuem uma "personalidade do trabalho"<sup>(22)</sup> para suprimir seus sentimentos com intuito de passar segurança e qualidade.

As falas refletem o empenho que os enfermeiros colocam em suas ações para mostrar compromisso e responsabilidade perante à criança e seus pais, e a frustração em casos de piora ou óbito. Na UTIP os enfermeiros são expectadores dos processos dolorosos, da separação entre a criança e seus familiares, dos medos, angústias, ansiedade, da dor da perda, além de presenciar o abandono familiar e negligência.

Um estudo constatou que os enfermeiros de uma UTI neonatal dispõem tempo e energia para manter uma postura profissional de competência, sem demonstrar o desgaste emocional ocasionado por fatores que envolvem a vida particular do enfermeiro, como em profissionais em idade fértil e/ou mães e pais que associam a criança doente ao próprio filho, resultando em sentimentos de empatia pela criança e familiares. Também às alterações emocionais desencadeadas pelas demandas dos pais, que sentem-se ansiosos em relação ao prognóstico da criança e interação com a equipe e ambiente. Por isso, os pais necessitam de uma atenção com direito a informações que sejam facilmente compreendidas, por isso dispense-se de um preparo emocional o enfermeiro ter que informar más notícias que vão de encontro a expectativa dos pais, e ainda colocar-se

disponível para ajuda-los no enfrentamento<sup>(22, 23)</sup>. Além dos demais estressores que advém da organização da unidade e instituição.

Neste cenário, os enfermeiros ficam mais suscetíveis aos sentimentos de corresponsabilidade e impotência, mesmo ciente de que o processo de cura ou melhora não depende unicamente de suas ações, conseqüentemente, optam frequentemente por camuflar essas emoções<sup>(22)</sup>.

#### **Limitações do estudo**

A abordagem da vulnerabilidade sobre a ótica da ergologia tem pouca utilização no contexto da saúde o que torna o referencial teórico escasso. A utilização da pesquisa qualitativa não permite a generalização dos dados, no entanto, o aprofundamento da temática é essencial para ampliar o conhecimento sobre este.

#### **Contribuições do estudo para a prática**

Este estudo proporcionou aos pesquisadores conhecer os fenômenos das vulnerabilidades sobre o processo de cuidar em uma UTIP e possibilitou identificar fortalezas, fragilidades e desafios a partir da compreensão das experiências dos enfermeiros. A atribuição dos significados vislumbrou vulnerabilidades advindas de todos os aspectos, além do físico e do biológico; e o referencial teórico permitiu um olhar relacional para além do cenário, do binômio paciente-família e do cuidar.

#### **CONCLUSÃO**

Ao buscar compreender as vulnerabilidades dos enfermeiros da UTIP constatou-se a conceituação polissêmica do termo o que retrata a singularidade com que cada profissional percebe suas vivências. O estudo proporcionou identificar dois temas em comum no processo de cuidar do enfermeiro assistencial em terapia intensiva pediátrica, que emergiram da análise das perguntas norteadoras, demonstrando a forte relação entre vulnerabilidade e riscos biológicos e as questões do conceito de vulnerabilidade relacionados aos problemas organizacionais e administrativos institucionais. Observa-se, portanto, como essas questões conceituais podem afetar a performance do enfermeiro.

#### **Contribuição dos autores**

Lídia Nunes Vieira; Flávia Mendes de Sá e Cassiana Mendes Bertencello Fontes: concepção; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica e revisão final.

Wilza Carla Spiri e Maria Helena Borgato: revisão crítica e revisão final.

## REFERÊNCIAS

- Béranger A, Boize P, Viillard ML. The practices of withdrawing artificial nutrition and hydration in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. *Arch Pediatr* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 05];21(2):170-6. Available from: [https://ac.els-cdn.com/S0929693X13005885/1-s2.0-S0929693X13005885-main.pdf?\\_tid=9b986c76-2e7f-4a1e-bf5a-67b78e87f156&acdnat=1527516486\\_e6cffb90765ecd0549d6efaeb6ea7ec6](https://ac.els-cdn.com/S0929693X13005885/1-s2.0-S0929693X13005885-main.pdf?_tid=9b986c76-2e7f-4a1e-bf5a-67b78e87f156&acdnat=1527516486_e6cffb90765ecd0549d6efaeb6ea7ec6). doi: 10.1016/j.arcped.2013.11.006.
- Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RT, Fracolli LA. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 05];16(5):1-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt\\_20](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20).
- Hardin SR. Vulnerability of older patients in critical care. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mai 10];35(3):55-60. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1018.7344&rep=rep1&type=pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015995>.
- Oliveira S, Alvarez D, Brito J. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mai 10];18(6):1581-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/10.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600010>.
- Holz EB, Bianco MF. Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre trabalho. *Cad EBAPE* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 09];12(Esp):495-512. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v12nspe/07.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-39519106>.
- Côa TF, Pettengill MAM. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2016 Jun 09];45(4):825-32. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40771/44107>.
- Ringham C. Narratives and embodied knowing in the NICU. *Neonatal Netw* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 10];31(1):16-9. doi: 10.1891/0730-0832.31.1.16.
- Catlin AJ. Extremely long hospitalizations of newborns in the United States: data, descriptions, dilemmas. *J Perinatol* [Internet]. 2006 [cited 2016 Jun 11];26(12):742-8. Available from: <https://www.nature.com/articles/7211617.pdf>. doi: 10.1038/sj.pj.7211617.
- Wightman A, Largent E, Del Beccaro M, Lantos JD. Who should get the last PICU bed? *Pediatrics* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 10];133(5):907-12. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/133/5/907.full.pdf>. doi: 10.1542/peds.2013-3369.
- Huang LC, Chen CH, Liu HL, Lee HY, Peng NH, Wang TM, et al. The attitudes of neonatal professionals towards end-of-life decision-making for dying infants in Taiwan. *J Med Ethics* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 10];39(6):382-6. Available from: <http://jme.bmj.com/content/medethics/39/6/382.full.pdf>. doi: 10.1136/medethics-2011-100428.
- Maguire D, Webb M, Passmore D, Cline G. NICU nurses' lived experience: caring for infants with neonatal abstinence syndrome. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 10];12(5):281-5. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=22964603>. doi: 10.1097/ANC.0b013e3182677bc1.
- Akpinar A, Senses MO, Er RA. Attitudes to end-of-life decisions in paediatric intensive care. *Nurs Ethics* [Internet]. 2009 [cited 2016 Jun 17];16(1):83-92. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733008097994>. doi: 10.1177/0969733008097994.
- Santana JCB, Rigueira ACM, Dutra BD. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma unidade de terapia intensiva na percepção dos enfermeiros. *Bioethikos* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 03];4(4):402-11.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
- Albuquerque SGE, Castro RD, Ferreira GLS, Oliveira KL. Fatores de risco à segurança do enfermeiro na unidade de terapia intensiva de um Hospital Geral. *Rev Bras Cienc Saude*. 2015;19(2):135-42. doi: 10.4034/RBCS.2015.19.02.08.
- Nogueira LS, Rebutini RELF, Poveda VB, Silva RCG, Barbosa RL, Oliveira EM, et al. Carga de trabalho de enfermagem: preditor de infecção relacionada à assistência à saúde na terapia intensiva? *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 10];49(Esp):36-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0036.pdf>. doi: 10.1590/S0080-623420150000700006.
- Coli RCP, Anjos MF, Pereira LL. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 22];18(3):27-33. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_05.pdf).
- Coronetti A, Nascimento ERP, Barra DCC, Martins JJ. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *ACM Arq Catarin Med* [Internet]. 2006 [cited 2017 Mai 23];35(4):36-43. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/394.pdf>.
- Oliveira EM, Barbosa RL, Andolhe R, Eiras FRC, Padilha KG. Nursing practice environment and work satisfaction in critical units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mai 23];70(1):73-80. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en\\_0034-7167-reben-70-01-0079.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0079.pdf). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0211>.
- Lin FF, Foster M, Chaboyer W, Marshall A. Relocating an intensive care unit: an exploratory qualitative study. *Aust Crit Care* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mai 16];29(2):55-60. Available from: [https://ac.els-cdn.com/S1036731415001046/1-s2.0-S1036731415001046-main.pdf?\\_tid=6b487f62-1452-40a7-947b-b9913ed408ab&acdnat=1527511494\\_26efba445889713d5e37d451f9313b](https://ac.els-cdn.com/S1036731415001046/1-s2.0-S1036731415001046-main.pdf?_tid=6b487f62-1452-40a7-947b-b9913ed408ab&acdnat=1527511494_26efba445889713d5e37d451f9313b). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2015.09.001>.
- Soroush F, Boroujeni AZ, Namnabati M. The relationship between nurses' clinical competence and burnout in neonatal intensive care units. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21(4):424-9. doi: 10.4103/1735-9066.185596.
- Lizza RC. The need to nurse the nurse: emotional labor in neonatal intensive care. *Qual Health Res* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 14];24(5):615-28. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732314528810>. doi: 10.1177/1049732314528810.
- Majdalani MN, Doumit MAA, Rahi AC. The lived experience of parents of children admitted to the pediatric intensive care unit in Lebanon. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mai 23];51(2):217-25. Available from: [https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(13\)00182-X/pdf](https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(13)00182-X/pdf). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.001>.



## ARTIGO 10 Produção Tecnológica

# SOFTWARE-PROTÓTIPO PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM EM DOENÇAS TROPICAIS E INFECTOCONTAGIOSAS

Elieza Guerreiro Menezes<sup>1</sup>  
David Lopes Neto<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-1804-6384>  
<https://orcid.org/0000-0002-0677-0853>

**Objetivo:** Relatar o desenvolvimento de um software de Sistematização da Assistência de Enfermagem em Doenças Tropicais e infectocontagiosas. **Metodologia:** Pesquisa de produção tecnológica, abordagem qualitativa baseada na engenharia de software e fundamentada no ciclo de vida do desenvolvimento de um sistema, desenvolvido sobre a plataforma Java, com a utilização do framework incorporado a um sistema de gerenciamento de banco de dados relacional. **Resultados:** Denominado iNurse®, foi constituído em 16 módulos referentes as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem, organizado de acordo com a Teoria de Wanda de Aguiar Horta. As interfaces permitiram estruturar um plano de cuidados na seleção de 90 diagnósticos NANDA-I, 90 resultados e 900 intervenções de enfermagem. **Conclusão:** A criação do software mostrou-se eficaz como tecnologia e inovação para a prática sistematizada de enfermagem em doenças tropicais as por meio da utilização da técnica de Engenharia de Software.

**Descritores:** Processo de Enfermagem; Tecnologia da Informação; Software; Informática em Enfermagem; Informática.

### PROTOTYPE SOFTWARE FOR SYSTEMATIZING NURSING CARE IN TROPICAL AND INFECTOCONTAGIOUS DISEASES

**Objective:** To report on the development of software for Systematization of Nursing Assistance in Tropical and Infectious Diseases. **Method:** Technological production research, qualitative approach based on software engineering and based on the development life cycle of a system, developed on the Java platform, using the framework incorporated to a relational database management system. **Results:** The software was constituted in 16 modules referring to the stages of the Systematization of the Nursing Assistance, organized according to the Theory of Wanda de Aguiar Horta. The interfaces allowed the structuring of a care plan in the selection of nursing diagnoses, results and interventions. **Conclusion:** Software creation proved to be effective as a technology and innovation for systematized practice of nursing in tropical diseases through the use of the Software Engineering technique.

**Descriptors:** Nursing Process; Information Technology; Software, Informatics in Nursing; Computing.

### SOFTWARE DE PROTOTIPO PARA SISTEMATIZAR LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES TROPICALES E INFECTOCONTAGIOSAS

**Objetivo:** Informar el desarrollo de un software de sistematización de la asistencia de enfermería en enfermedades tropicales e infectocontagiosas. **Método:** Investigación de producción tecnológica, enfoque cualitativo basado en la ingeniería de software y fundamentada en el ciclo de vida del desarrollo de un sistema, desarrollado sobre la plataforma Java, con la utilización del framework incorporado a un sistema de gestión de base de datos relacional. **Resultados:** El software fue constituido en 16 módulos referentes a las etapas de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, organizado de acuerdo con la Teoría de Wanda de Aguiar Horta. Las interfaces permitieron estructurar un plan de cuidados en la selección de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería. **Conclusión:** La creación del software se mostró eficaz como tecnología e innovación para la práctica sistematizada de enfermería en enfermedades tropicales por medio de la utilización de la técnica de Ingeniería de Software.

**Descritores:** Proceso de Enfermería; Tecnología de la información; software; Informática en Enfermería; Equipo.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Amazonas-UEA.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Amazonas-UFAM.

Autor correspondente: Elieza Guerreiro Menezes. E-mail: egmenezes@uea.edu.br

## INTRODUÇÃO

O cuidado em enfermagem está passando por um processo de mudança e reconfiguração dos seus espaços, atividades e funções. O uso das Tecnologias de Informação e Comunicação TIS em saúde, se torna viável e de grande importância nesse processo, permite ao usuário obter resultados em tempo real sobre as informações e novas estratégias acerca dos cuidados que é prestado<sup>(1)</sup>.

A Tecnologia tem como significado a fusão entre o conhecimento teórico (técnico-científico) e prático aplicada ao desenvolvimento de ferramentas, materiais e processos que, uma vez utilizados, permitem a resolução de problemas. Os enfermeiros vêm se especializando nessa área de conhecimento tecnológico, integrando saberes para desenvolver e utilizar tecnologias que contribuam para a informatização do trabalho nas diversas instituições de saúde, com planejamento da inserção desses recursos para desenvolver ações específicas de promoção do cuidado ao paciente<sup>(2)</sup>.

As técnicas e tecnologias em enfermagem são instrumentos que constituem o saber da enfermagem, utilizado pelos profissionais no desenvolvimento cotidiano de sua práxis. Diante disso, é necessário que o enfermeiro busque a construção do seu conhecimento e que este esteja relacionado à qualidade de vida pessoal e no trabalho na busca de administrar o processo saúde-doença<sup>(3-4)</sup>.

Nessa perspectiva de modernização dos serviços de saúde, a informatização ganha relevância por melhorar os fluxos de trabalho e favorecer a comunicação entre setores da instituição e unidades, representando uma base concreta para o processo de enfermagem, visto que, contribui, também, no processo gerencial, otimizando o tempo do próprio profissional na busca da melhor qualidade do cuidado<sup>(5-6)</sup>.

As doenças tropicais prevalecem em condições tropicais e subtropicais em 149 países afetam mais de um bilhão de pessoas e custam bilhões de dólares às economias em desenvolvimento todos os anos. Constituem um grupo de enfermidades que prevalecem nos países em desenvolvimento, representando um sério obstáculo ao desenvolvimento socioeconômico e a melhoria da qualidade de vida<sup>(7)</sup>.

Esta pesquisa tem o objetivo de descrever as etapas metodológicas e os requisitos para a estruturação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em Doenças Tropicais e detalhar as fases da construção do software.

## METODOLOGIA

Tipo de estudo

Pesquisa metodológica de produção tecnológica e

inovadora com abordagem qualitativa. O software foi desenvolvido para o Processo de Enfermagem Informatizado utilizando a NANDA® e NIC®.

## Participantes da pesquisa

A população do estudo foi constituída de professor doutor em enfermagem, orientador, uma enfermeira orientanda, um programador e 08 enfermeiros assistenciais lotados nas Unidades de Internação. A amostra selecionada foi de conveniência por reunir os indivíduos que se encontravam disponíveis no momento da pesquisa e que se enquadravam no perfil de seleção estabelecido.

O critério de inclusão foi ser enfermeiro infectologista com atividades assistenciais, de exclusão foi o afastamento do profissional por motivo de licenças e férias e para os programadores de sistemas, deveriam ser atuantes na área das ciências da computação.

## Local do estudo

O estudo foi realizado na Fundação de Medicina Tropical Dr Heitor Vieira Dourado, uma instituição de grande porte na cidade de Manaus, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM), é referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Doenças tropicais e infectocontagiosas, acidentes ofídicos e dermatologia tropical.

## Coleta de dados

Nessa etapa fez-se o levantamento de informações para identificar o problema de saúde com base em sinais, sintomas, fatores de risco, exames e informações complementares por meio da coleta de dados em 120 prontuários eletrônicos dos pacientes internados e aplicação de um formulário semiestruturado, buscando conhecimentos relevantes a respeito das necessidades dos usuários, para desenvolver o software formatado de acordo com Processo de Enfermagem em cinco etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta<sup>(8)</sup>.

O processo de desenvolvimento foi baseado na engenharia de software, fundamentada no ciclo de vida de um sistema, constituído de quatro etapas, planejamento, análise de requisitos, projeto, implementação/testes<sup>(9)</sup>.

## Primeira etapa: Planejamento

Para elaboração das afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem seguiu-se o diagrama do mapa conceitual, construído com o auxílio da ferramenta CMap Tools, em sua versão 5.03, que é um software desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo Institute for Human Machine Cognition, da University of West Florida<sup>(10)</sup>. Compreende-

se que a formulação de um diagnóstico de Enfermagem corresponde a um conjunto de sinais e sintomas relacionados entre si, com emprego do pensamento crítico e raciocínio diagnóstico, para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão, utilizando o sistema de classificação de NANDA-I, Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) e Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)<sup>(11)</sup>.

### Segunda etapa: Análise de requisitos

Reunião com a equipe de criação do software, constituída pelo orientador, orientanda, o programador e um web designer, que fundamentaram o ciclo de vida de desenvolvimento do software<sup>(9)</sup>. Essa etapa, seguiu-se com a definição do escopo, estrutura de navegação, configurações, programação, inclusão de imagens e conteúdo.

Neste processo foi imprescindível a construção de um fluxograma matricial robusta, com possibilidade de contemplar os sistemas corporais, para a identificação das informações relevantes, domínio do problema e a funcionalidade que constituiram o banco de dados e o cruzamento de informações concernentes as etapas da SAE para o estabelecimento das necessidades do cliente e definição das características definidoras, que foram agrupadas para o desenvolvimento do software.

### Terceira etapa: Projeto/Desenvolvimento

Nesta fase foi realizada a incorporação dos requisitos tecnológicos como a estrutura de dados, a arquitetura a ser desenvolvida, os algorítmicos e as características de interface e a linguagem a ser utilizada.

O software foi desenvolvido para ser utilizado na arquitetura Web, Cliente-Servidor, sendo necessário o uso de um navegador (Internet Explorer ou Mozilla Firefox) como agente Web para acessar o sistema por meio de um endereço de Internet ou de rede. A principal linguagem de programação utilizada foi a (PHP) Hypertext Preprocessor, é uma linguagem open source utilizada para a geração de conteúdos dinâmicos no desenvolvimento de páginas webs, também é multiplataforma, pode ser usado na maioria dos Sistemas Operacionais, Open Source, e diferente de scripts como o JavaScript, ele roda no servidor, é suportado pela maioria dos servidores WEB como o Apache, IIS, PWS<sup>(12)</sup>.

Foram utilizadas folhas de estilo (CSS) Cascading Style Shee, com intuito de padronizar layouts e controlar cores, margens, linhas, alturas, larguras e posicionamento de imagens. O software a ser utilizado como servidor web é o Apache, que é um servidor Web extremamente configurável, robusto e de alta performance, desenvolvido por uma equipe de voluntários (conhecida como Apache Group), que busca criar um servidor web com muitos recursos e com código

fonte disponível gratuitamente via Internet<sup>(13)</sup>.

O sistema gerenciador de banco de dados foi utilizado o MySQL, um sistema de gerenciamento de banco de dados relacional (relational database management system - RDBMS) que permite armazenar, pesquisar, classificar e recuperar dados eficientemente<sup>(14)</sup>.

### Quarta etapa: Implementação/ Testes

O software passou por testes em quatro modelos de máquinas diferentes implementado numa forma executável, com objetivo de descobrir defeitos de função, lógica e implementação.

Para dar início à codificação do sistema em si, antes foi implementada em PHP uma base de desenvolvimento que fosse capaz de suportar e facilitar as futuras manutenções, atualizações e expansões que o sistema possa vir a se submeter.

As ferramentas utilizadas para a implementação e testes foram a Eclipse, é uma ferramenta livre considerando a função auto-complete, e principalmente, o suporte a sintaxe PHP, e o básico para HTML, CSS e JAVASCRIPT, além de poder inicializar o servidor Apache e Web Browser, é a principal ferramenta para codificação do sistema<sup>(14)</sup>.

Após essas fases concluídas, o software possui entrada e senhas criptografadas, com objetivo de preservar a segurança dos dados.

### Procedimentos de análise dos dados

Utilizamos a técnica de análise de conteúdo<sup>(15)</sup>, sequenciado em três polos cronológicos: pré-análise: leitura flutuante do material; exploração do material: recortes, agregação e enumeração das unidades de registros; tratamento dos resultados e interpretação: processo de classificação dos elementos nas categorias de interesse para análise: diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem e resultados esperados.

### Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, CAAE nº 11764612.3.0000.5020.

## RESULTADOS

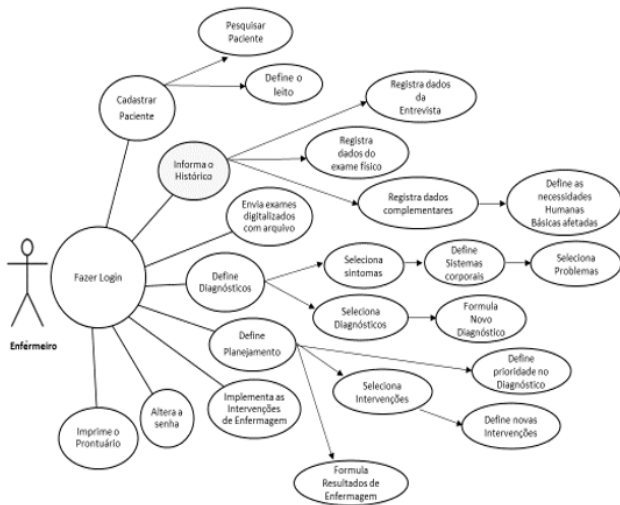
Desenvolvido com a denominação de iNurse®, é um software para auxiliar na SAE em doenças tropicais e infectocontagiosas. Na interface do sistema, o diagrama de casos de uso representa o sistema em sua totalidade, permite uma visão geral do sistema, onde todas as suas funcionalidades estão concentradas<sup>(6)</sup>.

Neste estudo, o iNurse® possui a visão para o administrador

e para o enfermeiro. O administrador é o usuário que poderá cadastrar os demais usuários, fazer a manutenção, definição, cadastro de diagnósticos, sintomas, intervenções, cadastrar enfermaria, leito, classes e domínios de diagnósticos.

Na (Figura 1), o enfermeiro poderá informar dados como anamnese, exame físico, sinais e sintomas, sistemas corporais afetado, NHBs afetadas e diagnósticos de enfermagem (foco no problema, risco e promoção da saúde), planejamento (resultados esperados) implementação e avaliação, além de gerar gráficos de sinais vitais e salvar em banco de dados exames digitalizados em formato de arquivo, e ainda realizar a impressão e anexar ao prontuário.

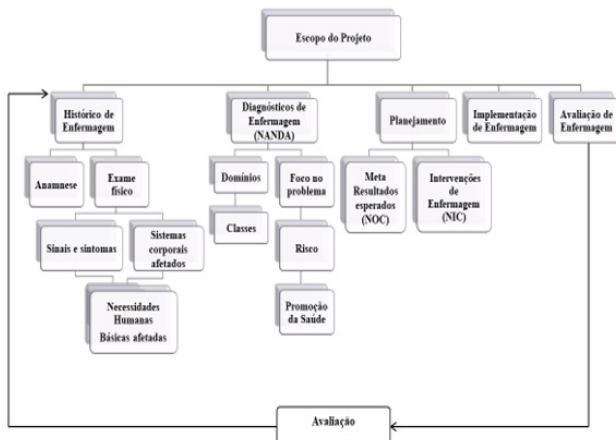
Figura 1: Diagrama de casos de uso do software iNurse® na visão do enfermeiro. Manaus, 2019.



Escopo do Projeto

Para dar subsídio, concepção do iNurse® no fluxo das informações a serem obtidas ou armazenadas no software, foi criada uma planilha com requisitos necessários, envolvendo a identificação e formalização das atividades que devem ser executadas (Figura 2).

Figura 2: Escopo do Projeto. Manaus, 2019.



Ao acessar o sistema, o enfermeiro entrará com seu login e senha individual, previamente cadastrada para se respaldar quanto ao sigilo de seus registros (Figura 3).

Após a digitação do login e senha, o iNurse® abrirá uma janela com os ícones de acesso e as opções: SAE e Sair do sistema.

Essa tela permitirá acessar a lista dos pacientes cadastrados, nº do prontuário, nº do leito e uma visão geral do prontuário ao clicar no seu número correspondente. Nessa área, o enfermeiro pode pesquisar sobre o paciente, utilizando o nome ou parte do nome, atender ou cancelar uma ação.

Figura 3: Interface da tela inicial. Manaus, 2019.



Figura 4: Interface da tela de atendimento.



Figura 5: Interface da tela selecionar leito

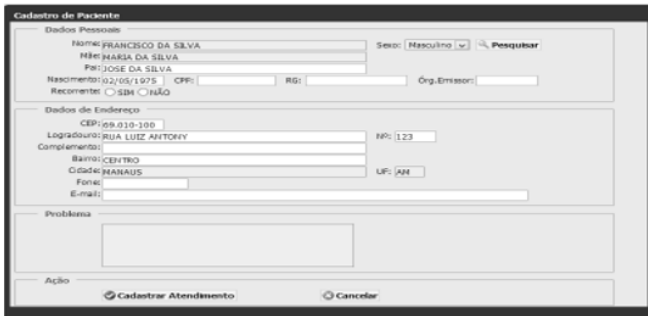


Ao clicar na opção Leito, abrirá uma tela para definir a enfermaria e o leito onde o paciente se encontra internado (Figura 5).

Caso o paciente ainda não esteja cadastrado no sistema, ao clicar no botão "novo" (Figura 6), a tela permitirá realizar o cadastro com preenchimento da identificação do paciente -

nome, sexo, nome da mãe, registro civil, cadastro de pessoa física, endereço e contato.

Figura 6: Interface de cadastro de pacientes



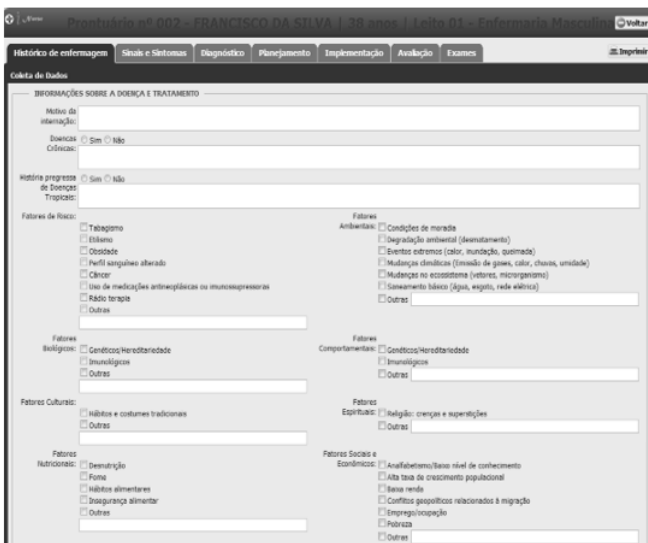
Ao clicar na opção Atendimento (Figura 7), o iNurse® permitirá o enfermeiro acessar o módulo Histórico de Enfermagem e oferecerá um submenu organizado em abas: Diagnósticos (baseados na taxonomia NANDA-I, identifica os domínios, classes, Sinais e Sintomas, Planejamento (Resultados esperados), Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Neste módulo Histórico de Enfermagem, será realizado cadastramentos prévios com um click nas opções: motivo da internação, tratamento anteriores, fatores de riscos e ambientais, medicações em uso, antecedentes familiares, hábitos, exame físico, informações relevantes sobre órgãos e sistemas, sinais vitais e medicamentos que utiliza em casa.

Há um espaço para relatar outras queixas não mencionadas no exame físico, é obrigatório salvar os dados cadastrados.

Estes dados, permitirão conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais, com o intuito de buscar a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas<sup>(16)</sup>.

Figura 7: Interface do Histórico de Enfermagem



Ao realizar o Histórico de Enfermagem (Figura 7), o enfermeiro terá a opção de inserir os sinais vitais: pressão arterial, pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória e dados antropométricos e gera posteriormente, um gráfico dos sinais vitais inseridos, a data e a hora procedimento realizado (Figura 8).

Cabe à enfermagem o controle ou monitoração dos sinais vitais, de modo que as alterações sejam comunicadas para realização das intervenções necessárias<sup>(17)</sup>.

Figura 8: Interface dos gráficos de sinais vitais

EXAME FÍSICO - História progressa de DT (Doenças Tropicais)

Data	Hora	Pressão Arterial (mmHg)	Pulso (bat/min)	Freq. Cardíaca (bat/min)	Temperatura (°C)	Freq. Respiratória (mov/min)	Peso (Kg)	Editar
17/08/13	16:33	140/90	82	83	38	21	72	[Ícone]
17/08/13	16:32	130/90	81	80	37	24	72	[Ícone]
17/08/13	16:31	140/90	82	82	36	22	72	[Ícone]
14/08/13	22:31	140/90	87	87	37	24	72	[Ícone]

Adicionar Registro      Todos os gráficos

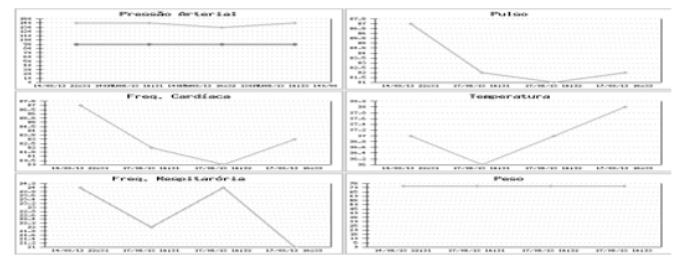


Figura 9: Interface da definição dos sinais e sintomas e sistemas corporais afetados



O módulo Selecionar Sintoma engloba informações agrupadas nos sistemas do corpo humano que afetam as Necessidades Humanas Básicas, sendo 45 em necessidades Psicobiológicas, 10 em Psicossociais e 2 em Psicoespirituais encontradas no Sistema Nervoso Central, Respiratório, Cardiovascular, Renal, Digestório, Endócrino, Tegumentar, Músculo esquelético, Vascular periférico, Sistema Reprodutor e Hematológico. Existem vários tipos de abordagem no exame físico, sendo que as duas mais utilizadas são a abordagem cefalocaudal e a abordagem dos sistemas corporais<sup>(17)</sup> (Figura 10).



Figura 10: Interface da seleção dos sinais e sintomas.

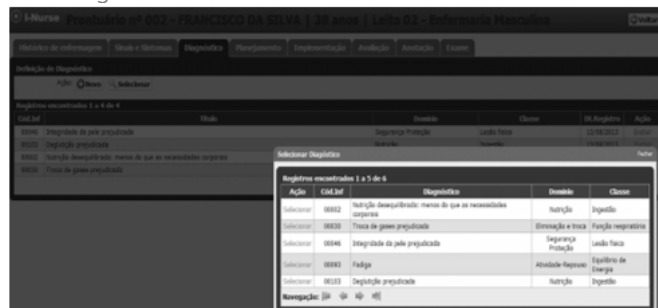


Ao selecionar o sintoma desejado, será gerado uma lista de sinais e sintomas apresentados pelo paciente, identificando, assim, as Necessidades Humanas Básicas afetadas, apresentadas por categoria para elencar os diagnósticos de enfermagem (Figura 10).

O módulo Selecionar Diagnósticos foi criado de modo a permitir a abertura e fechamento da tela sem dela sair. Portanto, ao elencar os sinais e sintomas, poderá, em seguida, clicar na tela Diagnósticos de Enfermagem. Será possível fazer a seleção dos diagnósticos e selecionar no modo "prioridade", de modo que cada diagnóstico mostre seus, respectivos, domínios e classes (Figura 11).

Os diagnósticos devem ser identificados e listados em ordem de prioridade, com base no grau de ameaça ao nível de bem-estar do paciente, proporcionando, assim, um foco central para as etapas subsequentes (18).

Figura 11: Interface de Definição dos Diagnósticos de Enfermagem.



A tela de Planejamento mostrará os Diagnósticos de Enfermagem selecionados, os Resultados Esperados para cada diagnóstico de enfermagem e, assim, determinar, com um click, as Intervenções de Enfermagem apresentadas como "Principais e Sugeridas". Nessa tela, o enfermeiro poderá decidir se utilizará a base de intervenções de enfermagem já disponível no banco de dados ou digitará outras intervenções (se achar necessário) (Figura 12).

Figura 12: Interface do Planejamento.



No módulo Implementação estarão as intervenções definidas no Planejamento (Figura 12), com a opção turno em siglas (M-Manhã), (T-Tarde), (N-Noite), para o enfermeiro registrar as intervenções por data, hora e turno em que foram realizadas. Nesta tela, o botão "ação" mostrará o status com ícone "Realizar e Realizada", para confirmar se a ação foi realizada ou não (Figura 13).

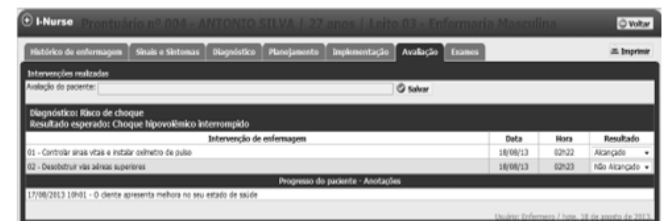
Estudos revelam que quando o enfermeiro coloca em prática suas ações, deve, constantemente, investigar tanto as respostas do paciente quanto seu desempenho, uma vez que o quadro clínico do paciente sob seu cuidado pode alterar<sup>(19)</sup>.

Figura 13: Interface da Implementação de Enfermagem



No módulo Avaliação, o enfermeiro faz uma avaliação da eficácia das intervenções para acompanhar as respostas do paciente frente aos cuidados dispensados. Há um campo para descrever a avaliação do paciente ou modificar o plano de cuidados quando necessário. O enfermeiro poderá selecionar no ícone "Resultado alcançado" ou "Não alcançado" (Figura 14).

Figura 14: Interface da Avaliação de Enfermagem



No módulo Exames, o enfermeiro poderá descrever e anexar os exames laboratoriais realizados pelo paciente (Figura 15).

**Figura 15:** Interface para anexar exames laboratoriais

Ao realizar a SAE, é importante o enfermeiro salvar os dados para gerar o armazenamento de dados dos cuidados e impressões digitais sobre os dados que foram realizados por meio do prontuário eletrônico de enfermagem. O botão imprimir mostrará o resumo das informações inseridas a serem impressas e link para iniciar uma nova investigação, caso seja necessário.

## DISCUSSÃO

A incorporação da tecnologia no Processo de Enfermagem, a partir da metodologia utilizada, possibilitou compreender que o uso dos sistemas de classificação NANDA®, NOC® e NIC®, facilita a prática assistencial na identificação das intervenções de Enfermagem a serem realizadas de acordo com os diagnósticos levantados.

O uso do PE quando desenvolvido com o apoio da tecnologia computacional o tempo despendido para sua conclusão é menor, permite ao enfermeiro implementar os cuidados prescritos, supervisionar a equipe, estreitar a relação com o indivíduo, monitorizá-lo e redirecionar a assistência<sup>(20)</sup>.

Em estudo sobre o uso da tecnologia de informação para o Processo de Enfermagem informatizado para urgências e emergências, foi observado um grande aliado para o enfermeiro na tomada de decisão clínica e facilidade na rápida resposta sem substituir o cuidado direto ao paciente<sup>(3)</sup>.

Outro resultado importante foi encontrado um estudo com neonatos utilizando tecnologia móvel, mostrou que o uso dessa ferramenta permite ao enfermeiro sistematizar a assistência de enfermagem, por favorecer a coleta de dados mediante agrupamento dos sinais clínicos, o que, por sua vez, auxilia na identificação dos diagnósticos e seleção das intervenções de enfermagem<sup>(21)</sup>.

Outros estudos realizados com uso de tecnologias para o cuidado nos últimos anos, apresentam resultados positivos aos quais destacam-se: ampliar benefícios no uso de sistemas de classificação para o desenvolvimento da profissão,

documentar, codificar e armazenar informações do paciente acerca de seus cuidados prestados, além de funcionar como uma fonte de dados para produção de estudos e universalidade das informações<sup>(20-21)</sup>.

O uso de ferramentas tecnológicas para aplicabilidade da SAE pode contribuir de maneira significativa para armazenar dados, facilitar a comunicação, cuidado rápido e seguro priorizando informações necessárias que contribuam para o processo de enfermagem como Diagnósticos, intervenção, avaliação dos resultados e evolução da enfermagem.

## Limitações do estudo

A limitação do estudo está no fato do software estar direcionado apenas nas doenças tropicais e infectocontagiosas, recomenda-se a sua validação por especialistas na área de enfermagem e informática.

Contribuições do estudo para a prática

O desenvolvimento do software revela-se uma solução de apoio para aplicabilidade do Processo de Enfermagem e melhor desempenho da prática assistencial da enfermagem. Configura-se como potencial para uma implementação mais rápida e precisa na tomada de decisão, bem como melhoria na comunicação da equipe de enfermagem.

## CONCLUSÃO

Diante dos avanços tecnológicos, o uso de tecnologia da informação na área da enfermagem vem se destacando como um poderoso instrumento para desenvolver o Processo de Enfermagem. A magnitude do estudo foi a elaboração de um banco de dados, composto de todos os requisitos do escopo para estruturação da SAE em Doenças Tropicais e Infectocontagiosas. A criação do banco de dados gerou um número de 90 diagnósticos, 90 Resultados e 900 Intervenções, e sendo que para cada diagnóstico foram selecionadas dez intervenções a critério de prioridade, cabendo ao enfermeiro a seleção entre as intervenções sugeridas e opcionais, utilizando-se das taxonomias NANDA-I, NOC e NIC.

## Contribuição dos autores

Elielza Guerreiro Menezes participou na concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo; David Lopes Neto participou na revisão crítica, revisão final.

## REFERÊNCIAS

- Domingos CS, Boscaro GT, Brinati LM, Dias AC, Souza CC, Salgado PO. A aplicação do processo de enfermagem informatizado: revisão integrativa. *Enfermeria Global* Nº 48 Outubro [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 16]; 16(48): 603-652. Available from: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.278061>
- Sitton-kent L, Humphreys C, Miller P. Supporting the spread of health technology in community services. *British Journal of Community Nursing*, March 2018 Vol 23, n. 3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29493270>
- Paese F, Dal Sasso GTM, Colla GW. Structuring methodology of the Computerized Nursing Process in Emergency Care Units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(3):1079-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>
- Barra DCC, Paim SMS, Dal Sasso GTM, Colla GW. Métodos para desenvolvimento de aplicativos móveis em saúde: revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2017 [citado 2019 Jul 16]; 16(48): 603-652. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-07072017002260017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-07072017002260017)
- Barra CCD, Almeida W, Dal Sasso GTM, Paese F, Rios GC. Method for the modeling and structuring of computerized nursing in intensive care. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2016 [cited 2019 July 16]; 25(3): e2380015. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000300316&lng=eng&doi.org/10.1590/0104-07072016002380015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300316&lng=eng&doi.org/10.1590/0104-07072016002380015)
- Vêscovi SJC, Primo CC, Sant'Anna HC, Binguete MEO, Rohr RV, Prado TN, Bicudo SDS. Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm*. [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 July 16]; 30(6): 607-613. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-210020170006006078&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-210020170006006078&lng=en)
- World Health Organization (WHO). Integrating Neglected Tropical Diseases in Global Health and Development. Fourth WHO report on neglected tropical diseases Geneva: WHO; 2017.
- Horta WA. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU; 2011.
- Pressman RS. *Software Engineering: A Practitioner's Approach*. 3. ed. McGraw-Hill, 2016.
- Florida Institute for Human and Machine Cognition [homepage na internet]. Ocala: IHMC; 2010 [cited 2019 Fev 23]. Disponível em: <http://emap.ihmc.us>.
- Crespo NCT, Santana RF, Alves VH, Pereira AV, Marchiori GRS, Rodrigues DP. Diagnósticos de enfermagem de mulheres nutrizas atendidas no banco de leite humano. *Enfermagem em Foco*, [S.L.], v. 10, n. 1, fev. 2019. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1396>. Acesso em: 02 jul. 2019. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1396>
- Hans B, Smulders A, Hintzbergen J. *Brasport. Fundamentos de Segurança da Informação*. 1ª Ed. Brasport, 2018.
- Silberschatz A, Galvin PB, Gagne G. *Sistemas Operacionais Com Java - 8ª Ed*. Elsevier, 2016.
- Alves WP. *Construindo uma Aplicação Web Completa com PHP e MySQL*. 1ª Ed. Novatec, 2017.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- Souza JDI, Ribeiro JHM, Santos RP, Fagundes KVDL, Dias PF, Mendes MA. Impasses, condições e potencialidades à implementação do processo de enfermagem na prática hospitalar brasileira: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2017 [citado em: 23 mar 2017]; 11(2):656-66. Disponível em: [https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista\\_enfermagem/article/view/11985/14544](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista_enfermagem/article/view/11985/14544)
- Barros ALBL. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 464 p.
- NANDA. *North American Nursing Diagnosis Association. Diagnóstico de Enfermagem na NANDA: definições e classificações, 2018-2020*. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- Benedet SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MIS, Pires DP. Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. [Internet]. 2016 [citado em: 20 mar 2017]; 8(3):4780-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
- Lima JJ, Vieira LGD, Nunes MM. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl. 3):1273-80. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0267>
- Pereira FGF, Silva DV, Sousa LMO, Frota NM. Construção de um aplicativo digital para o ensino de sinais vitais. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 [citado em 2017 fev. 13]; 37(2):e59015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160259015.pdf>

# CARACTERIZAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA DE ENFERMAGEM EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Gabriela Menezes Gonçalves de Brito<sup>1</sup>  
Carlito Lopes Nascimento Sobrinho<sup>2</sup>  
Darci de Oliveira Santa Rosa<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8055-1480>  
<https://orcid.org/0000-0002-0479-3760>  
<https://orcid.org/0000-0002-5651-2916>

**Objetivo:** conhecer a situação dos Comitês de Ética de Enfermagem em hospitais, no município de Aracaju, estado de Sergipe. **Metodologia:** estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em quatro hospitais que tem Comitês implantados e reconhecidos pelo Coren-SE. Foi elaborado um instrumento contendo 17 questões, aplicado com os presidentes das Comitês, que versavam sobre caracterização, composição, situação e o funcionamento das comissões. **Resultados:** média de 16 meses de atuação, são reconhecidos pelos Conselhos, reúnem-se mensalmente e três dentre os quatro confeccionaram o próprio regimento. **Conclusões:** A cobertura de Comitês de Ética de Enfermagem hospitalares pode ser considerada ainda baixa e em virtude do baixo número de denúncias e encaminhamentos, pode-se dizer que estes ainda não estão funcionando de forma efetiva.

**Descritores:** Comitê de Ética; Comissão de Ética; Ética em Enfermagem.

### CHARACTERIZATION OF NURSING ETHICS COMMISSIONS IN A MUNICIPALITY OF NORTHEAST BRAZIL

**Objective:** to know the situation of the Nursing Ethics Committees in hospitals in the municipality of Aracaju, Sergipe state. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in four hospitals with committees implemented and recognized by Coren-SE. An instrument containing 17 questions was elaborated and applied to the committee chairmen, which dealt with the characterization, composition, situation and functioning of the committees. **Results:** average of 16 months of operation, are recognized by the Councils, meet monthly and three of the four made their own regiment. **Conclusions:** The coverage of hospital nursing ethics committees can still be considered low and due to the low number of complaints and referrals, it can be said that they are not yet working effectively.

**Descriptors:** Ethics Committee; Nursing Ethics; Nursing.

### CARACTERIZACIÓN DE LAS COMISIONES DE ÉTICA DE ENFERMERÍA EN UN MUNICIPIO DEL NORESTE DE BRASIL

**Objetivo:** conocer la situación de los Comitês de Ética de Enfermería en hospitales del municipio de Aracaju, estado de Sergipe. **Metodología:** Un estudio descriptivo, transversal con un enfoque cuantitativo, realizado en cuatro hospitales con comités implementados y reconocidos por Coren-SE. Se elaboró un instrumento que contenía 17 preguntas y se aplicó a los presidentes de los comités, que se ocupó de la caracterización, composición, situación y funcionamiento de los comités. **RESULTADOS:** promedio de 16 meses de operación, son reconocidos por los Consejos, se reúnen mensualmente y tres de los cuatro hicieron su propio regimiento. **CONCLUSIONES:** La cobertura de los comités de ética de enfermería hospitalaria todavía se puede considerar baja y, debido al bajo número de quejas y referencias, se puede decir que todavía no están funcionando de manera efectiva.

**Descriptores:** Comité de Ética; Ética de Enfermería; Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia-UFBA.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana

Autor correspondente: Gabriela Menezes Gonçalves de Brito- Email: gabriela.menezes.g@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Os Comitês de Ética de Enfermagem (CEE) estão previstos no Código Internacional de Ética em Enfermagem<sup>(1)</sup> e existem em vários países do mundo, como nos Estados Unidos<sup>(2)</sup>, na Holanda<sup>(3)</sup> e na Alemanha<sup>(4)</sup>.

No Brasil, os CEE são conhecidos como “Comissões de Ética de Enfermagem” e foram regulamentados, em 1994, com a publicação da Resolução nº 172, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício técnico e ético dos profissionais de Enfermagem<sup>(5)</sup>. Após 24 anos, em 2018, duas resoluções foram publicadas, a Resolução Cofen nº 572/2018<sup>(6)</sup> e a nº 593/2018<sup>(7)</sup>, sendo que esta última se encontra em vigência revogando a anterior.

A Resolução Cofen nº 572/2018, normatizava os CEE como órgãos representativos dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren) nas instituições onde existissem Serviços de Enfermagem, com funções educativa, consultiva e de orientação ao exercício ético e profissional dos profissionais de enfermagem<sup>(6)</sup>. A Resolução COFEN nº 593/2018 normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais, a criação e funcionamento dos CEE em Instituições de Saúde com Serviço de Enfermagem, com funções educativas, consultiva, de conciliação, orientação e vigilância do exercício ético e disciplinar dos profissionais de enfermagem<sup>(7)</sup>.

Em seu Art. 11º, a Resolução Cofen nº 593/2018, deixa claro que os Conselhos Regionais de Enfermagem poderão baixar Decisão aprimorando o regulamento da norma no âmbito de sua jurisdição, principalmente o papel da comissão eleitoral e o modelo de regimento do CEE, observando o disposto na Resolução<sup>(7)</sup>.

O Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe (Coren-SE), publicou a Decisão Nº 007, em 16 de março de 2017, que normatiza e disciplina os CEE nas Instituições de Saúde de Sergipe, e em seu Art. 2º, adota o Manual de Orientações para formação e implantação do CEE em todo o estado<sup>(8)</sup>. Este é o manual disponibilizado no site do Coren-SE, que ainda não foi reformulado, mesmo após a publicação da nova Resolução do Cofen.

No Brasil, não está divulgado o quantitativo e localização dos CEE em instituições de saúde. O único estudo que retrata a situação desses comitês nessas instituições foi realizado em 2001, no município de Ribeirão Preto, localizado no interior de São Paulo<sup>(9)</sup>. Os estudos mais recentes estão voltados para os erros de enfermagem<sup>(10)</sup> e para seus desfechos em processos éticos<sup>(11)</sup>.

Buscou-se na literatura internacional e nacional, estudos que abordassem a temática dos CEE a partir de uma revisão integrativa e neste foram encontrados 35, no entanto, apenas

seis foram realizados no Brasil<sup>(12)</sup>. Portanto, justifica-se a realização desse estudo em virtude da escassez de artigos, principalmente no âmbito nacional, sobre o tema em questão.

Diante do exposto, o estudo objetivou conhecer o quantitativo, composição, características e competências dos CEE de instituições de saúde, localizadas no município de Aracaju, estado de Sergipe.

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com quatro presidentes de CEE em quatro hospitais, nos meses de novembro de 2016 a março de 2017.

### Participantes da Pesquisa

De acordo com a busca realizada no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem 30 hospitais, no município de Aracaju, estado de Sergipe<sup>(13)</sup>. No período da busca no Coren-SE, em novembro de 2016, identificou-se a existência de apenas sete CEE nessas instituições, implantados e reconhecidos pelo Coren-SE.

Em seguida, procedeu-se a solicitação de anuência aos sete hospitais para a realização desta pesquisa. Definiu-se como critério de inclusão, estar cadastrado no Coren-SE e como critério de exclusão a não concordância (não resposta) da instituição após três tentativas consecutivas da pesquisadora.

Das instituições elegíveis, após a solicitação de anuência, quatro autorizaram a coleta de dados, que passaram a ser apresentados, pelas letras A, B, C e D, para manter o anonimato institucional. Dessa forma, foram entrevistados os quatro presidentes desses CEE.

### Local do estudo

Os locais do estudo foram quatro hospitais com CEE implantados, no município de Aracaju, estado de Sergipe.

### Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário semiestruturado, contendo 17 questões, aplicado aos presidentes dos CEE, que versava desde a caracterização do hospital, bem como sobre a composição e o funcionamento daqueles. O questionário era entregue aos membros dos CEE, antes da reunião mensal ordinária e a pesquisadora se retirava após o recebimento do questionário respondido para que a reunião pudesse ser iniciada.



### Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram transcritos inicialmente no Programa Excel, versão 2013, com dupla digitação e validação para checagem de possíveis erros, por dois pesquisadores. Posteriormente foram exportados para o Programa SPSS para a realização de análises descritivas.

### Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CEP-EEUFBA), sob o número de CAAE: 64481817.0.0000.5531 e Parecer: 2.177.104/2017. Ressalta-se que também foi obtida formalmente a anuência dos participantes quanto à participação na pesquisa.

## RESULTADOS

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em relação a caracterização dos hospitais dos quais os CEE desse estudo funcionavam, os quatro (100%) eram gerais, sendo dois (50%) públicos e dois (50%) privados, tinham em média 222 (21 a 500) leitos e 601 (68 a 1753) profissionais de Enfermagem.

A abrangência de CEE hospitalar foi de 23% (4/30). Os quatro CEE (100%) eram reconhecidos pelo Coren-SE, atuavam em média há 16 meses (16-19), se reuniam mensalmente (4,100%), sendo que dois (50%) nunca haviam recebido uma denúncia e dois (50%) receberam uma única denúncia. Dentre as duas denúncias recebidas, uma (50%) foi encaminhada ao Coren-SE.

As características sociodemográficas e profissionais das quatro presidentes dos CEE encontram-se descritas na Tabela 1.

**Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica e profissional das presidentes (N=4) dos Comitês de Ética de Enfermagem dos hospitais A, B, C e D. Aracaju, SE, 2017.

Presidente	Idade (anos)	Sexo	Tempo de formado (anos)	Área de atuação no hospital	Tempo de atuação no CEE (anos)
A	38	F	15	Ambulatório	1,3
B	49	F	26	Núcleo de Educação Permanente	1,6
C	27	F	5	Urgência	1,3
D	45	F	18	Internamento	1

A tabela 2 traz a distribuição de Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem em relação a posse e desenvolvimento de atividades nos CEE.

**Tabela 2-** Distribuição de Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem em relação a posse e o desenvolvimento de atividades nos CEE. Aracaju, SE, 2017.

Hospital	Número de Enfermeiros empossados	Número (%) de Enfermeiros atuantes	Número de Técnicos/Auxiliares empossados	Número (%) de Técnicos/Auxiliares atuantes
A	10	10 (100%)	8	8 (100%)
B	9	7 (78%)	6	4 (67%)
C	7	3 (43%)	5	2 (40%)
D	9	5 (56%)	5	3 (60%)

Ao considerar as competências atribuídas aos CEE, segundo os presidentes, os quatro Comitês estudados (100%) participaram ou promoveram reuniões, seminários ou atividades similares, que visavam a interpretação do Código de Ética de Enfermagem, a discussão de questões éticas e disciplinares e a realização de orientações à equipe de Enfermagem sobre os desvios de conduta ético-profissional e suas implicações, no entanto, não foram identificados registros sobre essa competência, como listas de presença e os assuntos abordados.

Em relação as competências que versam sobre a solicitação de assessoramento da Comissão institucional do Coren para assuntos dos CEE e sobre a apreciação e/ou emissão de parecer sobre dilemas éticos de Enfermagem, sempre que necessário, os presidentes afirmaram que dois comitês (50%) já haviam realizado ambas as competências e dois (50%) não realizaram. As demais competências serão listadas na tabela 3.

**Tabela 3-** Competências desenvolvidas pelos CEE do estudo (N=4), Aracaju-SE, 2017.

Competências desenvolvidas nas Instituições	N	%
<b>O CEE dessa instituição tem regimento próprio?</b>		
Não	3	75
Sim	1	25
<b>Divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normas disciplinares e éticas do exercício profissional</b>		
Não	1	25
Sim	3	75

## DISCUSSÃO

Os quatro hospitais do estudo, foram caracterizados como gerais; quanto a natureza jurídica metade são públicos e metade são privados; possuem em média 222 leitos, com extremos entre 52 e 568 leitos e 601 profissionais de Enfermagem, com extremos entre 70 e 1753 profissionais.

Estudo realizado em 11 hospitais no interior de São Paulo, que objetivou identificar os hospitais que possuíam

CEE estabelecidos de acordo com a decisão do Coren-SP, identificou que dentre os 11 hospitais, haviam hospitais gerais e especializados e a média de leitos estava entre 60-80 leitos, havendo extremos com 40 leitos e também com mais de 700 leitos<sup>(9)</sup>. Este estudo citado não quantificou o número de profissionais de Enfermagem.

No que se refere a caracterização sócio-demográfica, as quatro presidentes dos CEE tinham uma média de idade aproximada de 40 anos, tempo médio de formação de 16 anos (5 a 26), atuavam em diferentes setores do hospital (Ambulatório, Urgência, Núcleo de educação permanente e internamento) e atuavam há cerca de 1,3 anos (16 meses), em média no CEE, que coincide com o tempo em que esses comitês tinham sido instalados.

Os resultados encontrados neste estudo assemelham-se aos encontrados em um estudo realizado com 18 Enfermeiras participantes de CEE, em uma cidade do interior paulista, em relação ao tempo médio de formação (16 anos) e a média de idade (40 anos) e divergem em relação à área de atuação das profissionais, visto que, no interior paulista as áreas mais referidas foram Unidade de Terapia Intensiva, centro cirúrgico, obstetrícia e neonatologia<sup>(14)</sup>.

Em relação a composição dos CEE, a Decisão Coren-SE nº 007/2017, que define o uso do Manual de Orientações para formação e implantação da Comissão de Ética nas Instituições de Saúde do Estado de Sergipe instituiu que o CEE deverá ser formado obrigatoriamente por, no mínimo, seis membros, sendo três membros efetivos e três membros suplentes, eleitos pelos profissionais de enfermagem<sup>(8)</sup>. Os comitês A, B e D funcionam com o mínimo de profissionais estabelecidos, apenas o comitê C estava atuando com o quantitativo de profissionais inferior ao que é preconizado pelo Coren-SE.

No entanto, apesar da maioria (75%) estar funcionando com o quantitativo acima do mínimo estabelecido, houve uma redução na quantidade de membros dos CEE, em relação ao quantitativo do ato de posse. Essa diminuição foi justificada pelas presidentes em face às demissões e ausências injustificadas às reuniões, sem a devida substituição dos membros. Isso pode ser atribuído a não remuneração do cargo? A precarização do trabalho realizado por profissionais de Enfermagem?

Dentre as dificuldades encontradas na literatura acerca da implantação e funcionamento de um CEE, foram elencados o não entendimento sobre o que seria essa estratégia, o medo da exposição devido ao caráter punitivo erroneamente enraizado, o receio em participar de um órgão educativo e orientador de ações, além da inquietação ocasionada pela alteração nas rotinas de trabalho de seus membros<sup>(14)</sup>.

O processo de precarização repercutiu negativamente

sob o processo de trabalho da Enfermagem ao impedir os profissionais de exercerem suas atividades profissionais com segurança e qualidade<sup>(15)</sup>. Segundo a Resolução Cofen Nº 564/2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu Art. 11º, traz como direito do profissional de Enfermagem formar e participar do CEE, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha<sup>(16)</sup>.

No que se refere a situação e o funcionamento, os quatro CEE tem em média 16 meses de atuação, todos são reconhecidos pelo Coren-SE, reúnem-se mensalmente e três destes já confeccionaram o próprio regimento. Um estudo realizado no interior de São Paulo, com 11 hospitais, identificou que a maioria também se reunia mensalmente e que três dentre os comitês instituídos eram reconhecidos pelo Coren-SP, sendo que os outros oito Comitês estavam atuando sem o reconhecimento do Conselho Regional de Enfermagem<sup>(9)</sup>. Sabe-se que os conselhos profissionais são autarquias que tem como um de seus papéis, zelar pelo cumprimento legal da profissão<sup>(17)</sup>.

Pode-se dizer que os quatro CEE ainda estão enfrentando dificuldades na sua operacionalização, visto que com mais de um ano de funcionamento, apenas dois receberam uma única denúncia, e dentre estas uma foi encaminhada ao Coren-SE, por possível indício de infração ética. Dentre os resultados de um estudo descritivo, documental, retrospectivo que objetivou analisar os processos éticos de enfermagem relacionados à prática profissional, no estado do Ceará, as infrações que sobressaíram foram o exercício ilegal da profissão (27,1%), exercício irregular da profissão (18,6%) e negligência para o atendimento (15,2%)<sup>(11)</sup>.

Dentre as competências abordadas, as presidentes dos CEE A, B e C, afirmaram que já realizaram alguma atividade de divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional conforme está descrito na Competência II do Manual de Orientações do Coren-SE<sup>(8)</sup>.

Além do cumprimento à Decisão 007/2017, a referida competência é fundamental para a conscientização dos profissionais de Enfermagem sobre o CEPE, bem como a instalação e operacionalização do CEE como órgão representativo do Coren de sua jurisdição.

Em uma reflexão teórica com enfoque na organização das instituições de saúde e sua dimensão ética, dentre os resultados obtidos foi evidenciado que, apesar da sua relevância, a ética comumente não é objeto de discussão nesses ambientes<sup>(18)</sup>.

Os presidentes das comissões B, C e D referiram não encaminhar o relatório das atividades desenvolvidas, mensalmente ao Coren-SE. Segundo Brito e Santa-Rosa

(2017), a comunicação das atividades dos CEE pode ser uma aliada importante para melhorar o funcionamento desses dispositivos<sup>(10)</sup>.

Ainda no que se refere as competências, as presidentes dos CEE A, B C e D afirmaram que já participaram ou promoveram reuniões, seminários ou atividades similares, que visavam a interpretação do CEPE e a conscientização de questões éticas e disciplinares (Competência III- Manual de Orientações instituído na Decisão 007/2017)<sup>(10)</sup>, além de já terem realizado orientações à equipe de Enfermagem sobre comportamento ético-profissional e as implicações advindas de atitudes antiéticas (Competência V- Manual de Orientações instituído na Decisão 007/2017)<sup>(10)</sup>.

Um estudo realizado com 10 Enfermeiros membros de CEE e gerentes de Enfermagem, no município de São Paulo, que objetivou conhecer e compreender o significado das ações dos enfermeiros frente às ocorrências éticas de enfermagem, identificou que eles compreendem o significado e a importância das ações educativas e gerenciais para uma assistência de enfermagem humanizada, segura e eficiente, livre de danos evitáveis<sup>(19)</sup>.

No estudo de Ducati e Boemer (2001), as enfermeiras participantes da pesquisa tinham uma ideia ampliada sobre o conceito de ética, não se restringindo apenas ao aspecto meramente moral ou normativo. Para boa parte delas, a ética ultrapassa a esfera profissional e abrange todas as instâncias das relações humanas, perpassando pelo respeito, pelo bom relacionamento, sigilo, obediência às normas e leis e boa conduta moral.

Os CEE C e D, afirmaram já terem apreciado e emitido parecer sobre dilemas éticos de Enfermagem (Competência VIII- Manual de Orientações instituído na Decisão 007/2017) e que já haviam solicitado assessoramento ao Coren- SE (Competência XV- Manual de Orientações instituído na Decisão 007/2017)<sup>(10)</sup>.

O assessoramento do Coren- SE, possui cunho técnico e é formado por um corpo de profissionais de enfermagem que buscam as melhores soluções para as questões éticas que surgem diariamente dentro das instituições. Esta comissão institucional pretende divulgar o CEPE, incentivar e assessorar o processo de estruturação dos CEE nas Instituições de Saúde, prestar consultoria aos profissionais de Enfermagem, promover medidas educativas que orientem esses profissionais, a fim de sensibilizá-los quanto à necessidade e importância do comportamento ético e das implicações da atitude antiética<sup>(8)</sup>.

A emissão de pareceres sobre os dilemas éticos é de suma importância, visto que os CEE não devem ser considerados como "órgãos de decisão", mas sim como órgãos reflexivos que possibilitem uma ampla discussão acerca desses dilemas e produza recomendações para os diversos casos (20). A reflexão ética que deve ser feita nessas comissões ajudam a avaliar o trabalho dos enfermeiros e dar visibilidade ao seu papel<sup>(21)</sup>.

### Limitações do estudo

Dentre as limitações do estudo, tem-se a utilização de um instrumento e não de um formulário de pesquisa, fato que dificultou a ampliação do entendimento das questões suscitadas.

### Contribuições para a prática de Enfermagem

As contribuições do estudo perpassam pelos campos acadêmicos e profissional de Enfermagem. Faz-se importante fomentar para a comunidade acadêmica de Enfermagem a existência desses Comitês de Ética de Enfermagem, nas disciplinas de deontologia e exercício profissional. No campo profissional, é interessante fomentar mais publicações atinentes à temática desses Comitês, o que visa a qualidade e segurança dos Serviços de Enfermagem prestados nas instituições de saúde.

### CONCLUSÕES

A abrangência dos CEEshospitalares no município de Aracaju, estado de Sergipe, pode ser considerada ainda incipiente, em virtude do baixo número de denúncias e encaminhamentos ao Coren-SE. Pode-se dizer que estas ainda enfrentam dificuldades quanto à sua operacionalização. As presidentes deixaram claro que os membros ainda não realizam todas as competências das CEE e essa situação se torna um entrave para a divulgação do trabalho realizado pelos membros das CEE nas instituições de Saúde.

### Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Gabriela Menezes G. de Brito, Darci de Oliveira Santa-Rosa; análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão final, revisão crítica: Gabriela Menezes, Darci de Oliveira Santa-Rosa e Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.

## REFERÊNCIAS

1. International Council of Nurses (ICN). The ICN Code of Ethics for Nurses [Internet] Revised 2012 [cited 2017 nov 30];1-12. Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfor-nurses\\_%20eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfor-nurses_%20eng.pdf)
2. Morley G. Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? PART 2. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 01]; 25(3):156-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26768043>
3. Cusveller B, Schep-Akerman. Towards a competency assessment tool for nurses in ethics meetings. *Nursing Ethics* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 10]; 23(4):413-20. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014567170?journalCode=neja>
4. Jansky M, Marx G, Nauck F, et al. Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee. *Nursing Ethics* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mai 14]; 20(7): 771-783. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715555>
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução (BR). Resolução COFEN nº 172/1994. Autoriza a criação de Comissões de Ética de Enfermagem como órgãos representativos dos Conselhos Regionais. Brasília (DF): Cofen, 1994. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1721994\\_4246.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1721994_4246.html)
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução (BR). Resolução COFEN nº 572/2018. Normatiza a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições com Serviço de Enfermagem. Brasília (DF): Cofen, 2018. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-572-2018\\_61633.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-572-2018_61633.html)
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução (BR). Resolução COFEN nº 593/2018. Normatiza a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem-CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem. Brasília (DF): Cofen, 2018. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-593-2018\\_66530.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-593-2018_66530.html)
8. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. Decisão Coren/SE N. 027 de 30 de junho de 2016. Normatiza e disciplina as Comissões de Ética de Enfermagem das Instituições de Saúde de Sergipe. Aracaju (SE): Coren-SE, 2016. Available from: [http://se.corens.portalcofen.gov.br/decisao-n-0272016\\_10414.html](http://se.corens.portalcofen.gov.br/decisao-n-0272016_10414.html)
9. Ducati C, Boemer MR. Comissões de ética de enfermagem em instituições de saúde de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet] 2001 [cited 2019 Ago 29]; 9(3):27-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11495.pdf>
10. Mangilli DC, Assunção MTD, Zanini MTB, Dagostin VS, MT Soratto. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. *Enfermagem em Foco* [Internet] 2017 [cited 2019 Ago 29]; 8(1): 62-66. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Atua%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9tica-do-enfermeiro-frente-aos-erros-de-medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>
11. Mendonça FA da C, Menezes MV de, Amorim SC, Moraes FDM de, Lacerda CMM. Processo ético de enfermagem no estado do Ceará: reflexão para prática profissional. *Enfermagem em Foco* [Internet] 2017 [cited 2019 Ago 29]; 8(2): 77-81. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Processo-%C3%A9tico-de-enfermagem-no-estado-do-Cear%C3%A1-reflex%C3%A3o-para-pr%C3%A1tica-profissional.pdf>
12. Brito GMG de, Rosa D de OS. Nurses performance in clinical ethics committees and commissions: An integrative review. *Nursing Ethics* [Internet]; 2017 [cited 2019 Abr 25]; XX(X). Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733017724611?rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acofen.org&journalCode=neja](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733017724611?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acofen.org&journalCode=neja)
13. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Consulta estabelecimento - identificação. Aracaju-Sergipe-Hospital [Internet] 2017 [cited 2017 mai 13]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=HOSPITAL>
14. Zborowski IP, Melo MRAC. A comissão de ética de enfermagem na visão do enfermeiro. *Esc. Anna Nery*. [Internet]; 2004 [cited 2019 Mai 14]; 8(2):224-234. Available from: [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1023](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1023)
15. Júnior EFP; David HMSL. Trabalho de Enfermagem e Precarização: Uma revisão integrativa. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 mai 14]; 9(4): 71-76. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1325/481>
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução (BR). Resolução COFEN Nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília (DF): Cofen, 2017. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)
17. Lima LMN de, Andrade SR de, Ruoff AB, Albuquerque GL. Decisões dos conselhos de enfermagem no Brasil: uma pesquisa documental. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 ago 29]; 8(4): 42-48. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1328/415>
18. Lunardi VL, Filho WDL, Silveira RS da, Silva PA da, Mancia JR. Gestão de enfermagem e construção de ambientes éticos. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 ago 29]; 7(3/4): 41-45. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/f1e0/81a2a9fc1176c8f3a310bf9333a55e3b3d8e.pdf>
19. Freitas GF de; Oguisso T; Merighi MAB. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da comissão de ética de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Internet]; 2006 [cited 2019 mai 18]; 14(4): 497-502. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000400005&script=sci\\_arttext&tltng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000400005&script=sci_arttext&tltng=pt)
20. Catlin A. The Hospital Ethics Committee and the Nurse. *Advances in Neonatal Care*. [Internet]; 2014 [cited 2019 mai 14]; 14(6): 398-402. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25422925>
21. Sanchez JMI. La enfermera en los comités de ética. *Rev ROL Enferm*. [Internet]; 2017 [cited 2019 mai 14]; 40(9): 618-622. Available from: <https://medes.com/publication/126365>



## ARTIGO 12

# PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE RECEBERAM CONSULTORIA EM AMAMENTAÇÃO

Anne Fayma Lopes Chaves<sup>1</sup>

Layna Nascimento Holanda Vitoriano<sup>2</sup>

Francisca Liliana Pinheiro Borges<sup>2</sup>

Rita Dorotéa Alves Melo<sup>2</sup>

Mariana Gonçalves de Oliveira<sup>3</sup>

Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima<sup>3</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-7331-1673>

<http://orcid.org/0000-0001-9212-8244>

<http://orcid.org/0000-0002-7418-1719>

<http://orcid.org/0000-0002-8849-5102>

<http://orcid.org/0000-0002-6399-0633>

<http://orcid.org/0000-0002-1469-1805>

**Objetivo:** Conhecer a percepção das mulheres que receberam consultoria em amamentação. **Metodologia:** Estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado nos meses de agosto e setembro de 2018 no município de Fortaleza. Os sujeitos foram 10 mães que receberam consultoria em amamentação, as quais foram abordadas via ligação telefônica. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** Emergiram quatro categorias: Percepção e satisfação das mães acerca da consultoria em amamentação; A consultoria como incentivador do AME; Determinantes que levaram a busca do profissional Consultor em Amamentação; e Participação familiar no processo de amamentar. **Conclusão:** conclui-se que o atendimento das consultoras em amamentação influencia na promoção da prática do AM, sendo importante a divulgação desses profissionais.

**Descritores:** Enfermagem materno-infantil; Aleitamento Materno; Consultores.

### PERCEPTION OF WOMEN WHO RECEIVED CONSULTANCY IN BREASTFEEDING

**Objective:** To know the perception of women who received breastfeeding counseling. **Methodology:** Exploratory study with a qualitative approach carried out in August and September of 2018 in the city of Fortaleza. The subjects were 10 mothers who received breastfeeding counseling, which were addressed via phone call. Data were analyzed through content analysis. **Results:** Four categories emerged: Perception and satisfaction of mothers about breastfeeding counseling; The consultancy as an incentive for the AME; Determinants that led to the search of the professional Consultant in Breastfeeding; and Family participation in the breastfeeding process. **Conclusion:** it is concluded that the assistance of breastfeeding consultants influences the promotion of breastfeeding practice, and it is important to publicize these professionals.

**Descriptors:** Maternal-Child Nursing; Breast Feeding; Consultants.

### PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES QUE RECIBIERON CONSULTORÍA EN LACTANCIA MATERNA

**Objetivo:** Conocer la percepción de las mujeres que recibieron asesoramiento sobre lactancia materna. **Metodología:** estudio exploratorio con enfoque cualitativo realizado en agosto y septiembre de 2018 en la ciudad de Fortaleza. Los sujetos fueron 10 madres que recibieron asesoramiento sobre la lactancia materna, que se abordaron a través de una llamada telefónica. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido. **Resultados:** Surgieron cuatro categorías: percepción y satisfacción de las madres con respecto al asesoramiento sobre lactancia materna; La consultoría como incentivo para la AME; Determinantes que llevaron a la búsqueda de la Consultora profesional en Lactancia Materna; y Participación familiar en el proceso de lactancia. **Conclusión:** se concluye que la asistencia de los consultores de lactancia influye en la promoción de la práctica de la lactancia materna, y es importante divulgar a estos profesionales.

**Descriptores:** Enfermería Materno-infantil; Lactancia Materna; Consultores.

<sup>1</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira.

<sup>2</sup>Centro Universitário Estácio do Ceará.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Ceará-UFC.

Autor correspondente: Anne Fayma Lopes Chaves. E-mail: [annefayma@yahoo.com.br](mailto:annefayma@yahoo.com.br)



## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é um processo que envolve interação entre o binômio mãe-bebê, com repercussões no estado nutricional da criança, na sua habilidade de se defender de infecções e no desenvolvimento cognitivo e emocional, além de potencial eficácia na redução da morbimortalidade infantil<sup>(1)</sup>.

Nesse sentido, diversas estratégias são desenvolvidas no intuito de promover o Aleitamento Materno (AM) e prevenir o desmame precoce. Em 1990 foi criada a iniciativa do hospital amigo da criança (IHAC) visando promover, proteger e apoiar o AM junto aos serviços de saúde<sup>(2)</sup>. Outra medida foi a criação do método Canguru, cujas ações eram centradas em recém-nascidos de baixo peso (RNBP), para os quais a amamentação é primordial<sup>(3)</sup>. No ano de 2008, o Ministério da Saúde consolidou a Rede Amamenta Brasil, com a proposta de capacitar os profissionais de saúde<sup>(4)</sup>.

Apesar de todos esses incentivos, a prática do AM ainda é um desafio. Diversos fatores interferem negativamente na amamentação, tais como: baixa escolaridade, falta de experiência prévia, uso de chupeta, desconhecimento quanto à amamentação, crenças quanto a produção do leite, realização do pré-natal, problemas mamários e ausência de suporte dos profissionais de saúde<sup>(5-7)</sup>.

Na prática clínica dos serviços, ainda é visto um déficit nessa assistência ao AM, mostrando a necessidade de capacitação de profissionais objetivando a prática de qualidade e benefícios do AM<sup>(8)</sup>, deixando as nutrizes seguras e assistidas adequadamente quanto a suas dúvidas e dificuldades, fazendo com que assumam com maior segurança, responsabilidade e prazer esse desafio.

Assim, surgem os profissionais da saúde capacitados para intervir nos agravantes que podem surgir durante a amamentação, esses visam a modificação e a perspectiva em ajudar as nutrizes<sup>(9)</sup>.

Nesse contexto, destaca-se o profissional consultor em lactação (Lactation Consultant), o qual é reconhecido em vários países e possui atividade remunerada, seguem um código de ética com condutas clínicas e atua de maneira bem definida em diversos ambientes: clínicas privadas, atendimento domiciliar e/ou hospitalar, unidades de terapias intensivas neonatais, bancos de leite, ambulatórios e em comunidades; utilizando técnicas de manejo clínico da lactação, promovendo o incentivo à amamentação, com demonstrações e observações, bem como a contribuição por meio de educação em saúde<sup>(10)</sup>.

Entre os profissionais que atuam como consultor em amamentação, destaca-se o enfermeiro, o qual presta assistência a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e que possui respaldo legal de seu conselho de classe tendo

uma formação superior capaz de exercer esta assistência de maneira qualificada e ética<sup>(11)</sup>.

Diante da incidência elevada em desmame precoce, e sabendo da importância desses profissionais consultores para uma maior adesão a nutrição lactacional, surgiu o seguinte questionamento: Qual a percepção das mulheres que receberam consultoria em amamentação?

É visto uma lacuna na literatura quanto às produções científicas que abordem a atuação desses profissionais. Logo, a relevância da pesquisa ora apresentada fundamenta-se no fato que o conhecimento da percepção das mulheres que utilizaram esse serviço irá vislumbrar a prática desses profissionais, subsidiando outras mães que também apresentam dificuldades, bem como gestores para o planejamento de estratégias que envolva esses profissionais buscando diminuir os altos índices de desmame precoce e promover o AM.

Assim, o objetivo do estudo foi conhecer a percepção das mulheres que receberam consultoria em amamentação.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório, com abordagem qualitativa<sup>(12)</sup>.

### Participantes da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram mães que receberam consultoria em amamentação. Foi considerado como critério de inclusão: idade superior a 18 anos e participar do grupo de WhatsApp de mães que discutem o AM. E como critério de exclusão: mulheres com problemas cognitivos ou mentais que dificultasse o preenchimento do instrumento<sup>(13)</sup>.

As mídias vêm desempenhando um papel fundamental diante da prática do AM, repassando informações cruciais as mães e retirando dúvidas, por meio de diversos meios virtuais como: WhatsApp, Facebook, Instagram, blogs e outros<sup>(14)</sup>.

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, Ceará.

### Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de agosto e setembro de 2018, por meio da mídia digital WhatsApp, de um grupo de mães já existente, as quais são interessadas em discutir a temática sobre o AM. Inicialmente, as pesquisadoras foram inseridas no grupo, e foi exposto as participantes os objetivos e benefícios da pesquisa. Optou-se por esse meio devido melhor acessibilidade, bem como visando prevenir vieses na pesquisa caso fosse solicitado as consultoras os contatos de suas pacientes.

Posteriormente, as entrevistas foram realizadas através de ligação telefônica, utilizando um aplicativo gravador de chamadas CALL RECORDER, a qual foi agendada previamente o dia e horário de preferência da participante. Foi aplicado um formulário criado pelos pesquisadores contendo duas partes: 1. Dados sociodemográficos e Antecedentes obstétricos; 2. Questões norteadoras quanto a consultoria em amamentação.

A coleta de dados foi encerrada após a saturação dos dados, ou seja, quando as informações obtidas pelas pesquisadoras começaram a ser repetitivas, tendo abrangido um total de 10 mulheres.

### Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da técnica de Bardin, a qual é composta por um conjunto de instrumentos metodológicos em aperfeiçoamento, que é aplicado a conteúdos variados. Sendo um conjunto de técnica de análise de comunicação que se aplica a procedimentos sistemático, e com objetivo de descrição do conteúdo as mensagens (15).

### Procedimentos éticos

Para as mulheres que aceitaram participar da pesquisa, foi encaminhado via e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que após a assinatura foi reenviado as pesquisadoras.

Estando claro que a pesquisa manteve o anonimato com relação aos nomes das entrevistadas, logo, as mesmas foram codificadas com os nomes de flores. A pesquisa respeitou os aspectos éticos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Unicatólica de Quixadá, com o Parecer de Número: 2.904.903.

## RESULTADOS

Participaram 10 mães com faixa etária entre 32 a 37 anos, tendo como média 33,7 anos. A totalidade enquadrou-se como casada, com nível de escolaridade superior completo, de áreas profissionais bem distintas, pertencentes à classe social média alta, possuindo renda familiar variável entre cinco e dez salários mínimos mensais.

Quanto aos antecedentes obstétricos, havia três multigestas, e apenas uma não conseguiu estabelecer o AME, mesmo com a consultoria. Assim, o corpus das informações coletadas das entrevistas foram analisados criteriosamente, o que resultou em quatro categorias temáticas, a saber: Percepção e satisfação das mães acerca da consultoria em amamentação; A consultoria como incentivador do AME; Determinantes que levaram a busca do profissional Consultor em Amamentação e Participação familiar no processo de amamentar.

Percepção e satisfação das mães acerca da consultoria em amamentação

É incontestável a satisfação que as mulheres tiveram em relação a consultoria. O discurso proferido por estas, reafirma que este cuidado passou segurança, apoio, que abordava não somente a amamentação, mas também os cuidados gerais com bebê, prestando um cuidado direcionado para cada necessidade em que a puérpera apresentasse. Vejamos nos relatos a seguir:

*"[...]Fiquei bastante satisfeita que me ajudou muito, me deixou mais segura, para conseguir o processo. Porque com a minha primeira, eu não consegui amamentar" (Lírio).*

*"[...]eu gostei muito até porque a última consultora que eu chamei ela me deu uma geral em tudo, tamanho de fralda, pomada, eu nem sei se é da parte de consultoras, mas ela me deu uma boa orientada em muita coisa, e em geral na amamentação [...]" (Amor Perfeito).*

A consultoria como incentivadora do aleitamento materno exclusivo

Foi possível considerar que a consultoria em amamentação, apoia e incentiva as nutrizes a manter o AME para não desmamarem seus filhos precocemente, como mostra as falas abaixo:

*"[...]a consultoria de amamentação foi fundamental[...] [...]é muito bom, por ela lhe dá apoio, faz com que você não desista, se não fosse ela eu teria dado complemento [...] [...]eu não tive uma rede de apoio muito boa, não tive pessoas que me ajudassem [...]" (Flor de lótus).*

*"Eu pensava que não ia conseguir, mas quando ela vinha, me dava um gás novo. Então me esforcei da maneira que eu pude para ela poder se alimentar apenas do leite. Se eu não tivesse tido a consultoria não tinha amamentado dia nenhum" (Flor de Lis).*

Também foi citado pelas entrevistadas a importância dos diversos métodos alternativos utilizado pelas consultoras na busca de promover a prática do AM diante de cada particularidade, e ainda, desmistificando os tabus que são passados de geração para geração.

*"[...]a gente tentou a técnica da sonda, me ensinou a colocar a sonda, me ensinou a desmamar manualmente[...] ela me apresentou o bico de silicone, que na época, quatro anos atrás não era uma coisa assim, tão falada" (Margarida).*

*"[...]a gente tentou copo, gazes, relactação, naqueles fiozinhos da relactação, no dedo, tentei tudo antes de dar mamadeira[...] A consultora mais atualizada é muito importante para desmistificar essas coisas [...]" (Flor de Liz).*

Determinantes que levaram a busca do profissional Consultor em Amamentação

A falta de orientação intra-hospitalar/maternidade e as alterações mamárias foram os motivos associados a busca pelo profissional consultor em amamentação. As mães sentiram-se insatisfeitas com a assistência prestada na maternidade, e outras relataram os problemas mamários (queixas algícas, fissura mamilar, ingurgitamento mamário) como obstáculo para início e manutenção do AM.

*“Desde a maternidade eu não fui bem orientada. A enfermeira que estava lá comigo, assim que ele chegou no quarto, ela botou ele no meu peito, e ela já via a dificuldade. E o bebê começou a chorar aí ela falou, não tem como, vai ter que ser a fórmula, então de nenhuma forma ela tentou ordenhar, dar na colherzinha, no copo[...]” (Flor de Lótus).*

*“Sim, eu tive dificuldade pra amamentar, eu tive fissura no seio e meu bico é plano, então eu tive muita dificuldade pra amamentar” (Margarida).*

#### Participação familiar no processo de amamentar

Quanto aos familiares que participaram durante a visita da consultora, o companheiro foi o mais citado, seguido das avós, no entanto, apenas uma mulher relatou não ter tido a participação de alguém durante a consultoria. A maioria das mães era primípara e reconheceu-se uma certa insegurança e despreparo emocional quanto ao manejo correto dos familiares ao que concerne à opiniões sobre amamentação, como demonstra as falas a seguir:

*“[...]Ela chorava muito né, com fome, aí meu marido dizia: Dá logo, dá logo, dá logo o leite[...]” (Amor Perfeito).*

*“Sim, minha mãe participou da consulta. Foi de grande importância, pois a mesma era a favor do uso da chupeta” (Bromélia).*

#### DISCUSSÃO

A percepção das mães que receberam consultoria, mostrou quão importante é a atualização dos profissionais voltado ao AM, estes foram capazes de ofertar teoria e prática da amamentação, além de ofertar apoio e passar segurança no momento em que as nutrizes se sentiram desamparadas (16).

Os profissionais de saúde precisam ser mais capacitados para a promoção do AM, principalmente do ponto de vista prático, sendo necessário maior incentivo dos gestores de saúde quanto a educação permanente desses profissionais visando uma assistência na saúde materno-infantil mais qualificada(6).

Recente revisão sistemática apontou satisfação das

mulheres quanto as intervenções sobre AM, sendo enfatizado que os estudos que apresentaram maior eficácia sobre a duração e/ou exclusividade da amamentação foram estudos com intervenções de longa duração e realizados por enfermeiros consultores em lactação(17).

A manutenção do AME ainda é um dos maiores desafios para as Organizações de Saúde, devido os diversos fatores que favorecem o desmame precoce, dentre eles, os problemas mamários e a baixa confiança da mulher em amamentar(18). No entanto, esses fatores são passíveis de mudança por meio de um apoio profissional como visto nos relatos das mulheres dessa pesquisa. Recente revisão sistemática evidenciou que intervenções de AM usando consultores de lactação aumenta o número de mulheres iniciando o AM (OR: 1,35) e mantendo o AME (OR: 1,71), o que sugere o desenvolvimento e aprimoramento de programas de apoio durante o pós-parto que incorporam esses profissionais(16).

A abordagem das consultoras de acordo com cada situação, trouxe mais segurança às nutrizes, as quais compreenderam que podem existir limitações que as impeçam de executar o AME, porém a adoção de métodos alternativos, contribuiu para que ainda com dificuldade, o aleitamento permanesse. O manejo clínico da amamentação envolve o aconselhamento, a comunicação e realização de intervenções diretas diante das complicações, além atuar na confiança da mulher em amamentar(19).

A busca pelo profissional consultor em amamentação foi norteadada nesta pesquisa pela falta de orientação intra-hospitalar e, conseqüentemente, o aparecimento de dificuldades para desempenhar a amamentação. As rotinas das maternidades e o despreparo das puérperas e dos profissionais de saúde quanto ao processo de amamentação podem favorecer negativamente o estabelecimento da amamentação, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias que envolvam o autocuidado da puérpera visando uma maior tempo de AM(8).

Em concordância com os achados desta pesquisa, revisão sistemática que buscou identificar as principais recomendações encontradas em sobre os fatores de proteção do AME intra-hospitalar, evidenciou que a intervenção na dor mamilar durante a amamentação e as intervenções educativas por meio de suporte individual e/ou em grupos durante a internação favorecem o processo de amamentar, os quais devem ser estimulados nas instituições de saúde(20).

Foi possível perceber nos relatos das mulheres a dificuldade em estabelecer o AM diante da falta de apoio ou de uma persuasão verbal negativa. O suporte familiar é substancial para o um desfecho positivo nesta etapa transitória gestante/puérpera e nutriz. A compreensão dos familiares acerca dos benefícios do AME, faz com que este

momento ofereça mais segurança e tranquilidade a mãe durante a prática do aleitamento<sup>(21)</sup>.

A figura paterna associada a lactação vem apontando bastante benefícios. Estudo longitudinal desenvolvido em seis Unidades Básicas de Saúde da Família no município de Pacatuba-CE, evidenciou que mulheres casadas/união estável apresentam maiores níveis de autoeficácia em amamentar, sendo mais propensas a amamentar<sup>(22)</sup>.

A participação paterna na amamentação está associada a maior iniciação ao AM, haja vista que favorece o vínculo entre o binômio pai e filho, e estreita o laço familiar, gerando maior satisfação à nutriz. Estudo que comparou mães solteiras com as casadas, mostrou em seus achados que mulheres que vivem com o parceiro apresentaram 33,6% mais chances de iniciar a amamentação (IC 95% 1,154; 1,546)<sup>(23)</sup>.

Quanto a representação das avós, foi visto que as mesmas também exercem influência sob a lactante, entretanto, estas apresentam muitas práticas desaconselhadas, interferindo negativamente na adesão ao AM. Pesquisa qualitativa a qual envolveu 25 mulheres visando conhecer a percepção delas quanto à influência das avós no processo de amamentação, apontou que o apoio das avós são importante, no entanto, diante da insegurança e da dificuldade vivenciada pela mulher naquele período, a opinião das mesmas pode se constituir um elemento significativo para a decisão de manter ou interromper a amamentação<sup>(24)</sup>.

### Limitações da pesquisa

A limitação mais evidente foi a escassez de pesquisas voltadas a esta temática, o que nos impossibilitou comparações mais específicas.

### Contribuições do estudo para a prática

Vislumbrou-se um conhecimento novo quanto a importância e o trabalho desenvolvido pelos profissionais consultores em amamentação, evidenciando o quão essa categoria pode contribuir para a promoção do AM, e, conseqüentemente, para a saúde materno-infantil.

### CONCLUSÃO

A partir deste estudo, verificou-se que o apoio e a segurança que a consultora em amamentação garante às lactantes e o quanto um cuidado prestado adequadamente influencia na realização das mães em executarem a prática do AM. A forma de manejar as situações mais diversas por estas profissionais destacou o conhecimento de práticas alternativas e atualizadas para manter o AME, podendo contemplar as situações mais distintas.

Evidencia-se que estes profissionais, por apresentarem resultados tão significativos, necessitam de uma ampla divulgação, onde sugere-se que o pré-natal seja o momento mais oportuno em que as gestantes tenham conhecimento da assistência qualificada direcionada à amamentação. As consultoras em amamentação fornecem às mulheres mais que a prática, elas tornam o AM um momento prazeroso e gratificante.

### Contribuição dos autores

Vitoriano LNH, Borges FLP, Melo RDA participaram na concepção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Oliveira MG do contribui com a revisão crítica e final. Chaves AFL e ACMACC participaram da concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica e final.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- 2 - Costa THM, de Sousa LM. Ações de incentivo e apoio a amamentação no período pós-natal no Brasil. R G&S [Internet]. 2013[cited 2018 Jul 21];4(1):1600-15. Available from: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14001/1/ARTIGO\\_AcoesIncentivoApoio.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14001/1/ARTIGO_AcoesIncentivoApoio.pdf)
- 3 - Spehar MC, Seidl, EMF. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. *Psicol Estud* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 21];8(4): 647-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n4/07.pdf>
- 4 - Ministério da Saúde (BR). Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- 5 - Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 22];15(5):771-9. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3240/2495>
- 6 - Xavier ALJ, Santos SS, Carvalho DPSRP, Cruz GKP, Ferreira Júnior MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 21];36(spe):127-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472015000500127&lng=en.%20%20http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000500127&lng=en.%20%20http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676).
- 7 - Visintin AB, Primo CC, Amorim MHC, Leite FMC. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. *Enferm Foco* [Internet]. 2015 [cited 2019 Ago 03];6(1/4):12-6. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/570/252>
- 8 - Almeida JM de, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 07];33(3):355-62. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/en\\_0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/en_0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf)
- 9 - Saraiva AR, Carvalho AC, Gonçalves GA, Soares JR, Pinto SL. Aleitamento materno: promovendo o cuidar no alojamento conjunto. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 20];14(2):241-51. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3367/2605>
- 10 - International Board of Lactation Consultant Examiners. Position paper on the role and impact of the IBCLC. Disponível em: <http://ibclc.org/>. Acesso em: 3 ago. 2019.
- 11 - Conselho Federal de Enfermagem. Parecer nº 18/2016/CTAS. Solicitação de parecer a respeito de atividades de consultoria em amamentação. SCLN. Brasília (DF); 2016.
- 12 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
- 13 - Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 670p.
- 14 - Maloney S, Tunnecliff J, Morgan P, Gaida JE, Clearihan L, Sadasivan S, et al. Translating Evidence Into Practice via Social Media: A Mixed-Methods Study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 22];17(10):e242. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642790/>
- 15 - Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 7ª; 2011.
- 16 - Patel S, Patel S. The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *JHL* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 16];32(3): 530-41. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334415618668>
- 17 - Oriá MOB, Dodou HD, Chaves AFL, Santos LMADA dos, Ximenes LB, Vasconcelos CTM. Effectiveness of educational interventions conducted by telephone to promote breastfeeding: a systematic review of the literature. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 07]; 52:e03333. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en\\_1980-220X-reeusp-52-e03333.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en_1980-220X-reeusp-52-e03333.pdf)
- 18 - Oliveira CS de, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Breastfeeding and complications that contribute to early weaning. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 21];36(spe):16-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v36nspe/0102-6933-rge-36-spe-0016.pdf>
- 19 - Ramos ARR, Alves VH, Souza RMP de, Rodrigues DP, Branco MBLR, Nascimento AF do, Clinical management of breastfeeding: knowledge of nurses. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 21];19(3):439-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0439.pdf>
- 20 - Coca KP, Pinto VL, Westphal F, Mania PNA, Abrão ACFV. Bundle of measures to support intrahospital exclusive breastfeeding: evidence of systematic reviews. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 07]; 36(2):214-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n2/0103-0582-rpp-2018-36-2-00002.pdf>
- 21 - Prates LA, Schmalfluss JM, Lipinski JM. Social support network of post-partum mothers in the practice of breastfeeding. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 16]; 19(2):310-5. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/en\\_1414-8145-ean-19-02-0310.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/en_1414-8145-ean-19-02-0310.pdf)
- 22 - Uchôa JL, Gomes ALA, Joventino ES, Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC. Sociodemographic and obstetric history in maternal self-efficacy in nursing: a study in panel. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 07];13(4):645-55. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361441682017>
- 23 - Emmott EH, Mace R. Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLOS ONE* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 07];10(7):e0133547. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0133547&type=printable>
- 24 - Siqueira FPC, Castilho AR, Kuabara CTM. Percepção da mulher quanto à influência das avós no processo de amamentação. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 07];11(6):2565-75. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23425/19111>.



# CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO DE BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO/NASCIMENTO

Dirce Stein Backes<sup>1</sup>  
Simone Barbosa Pereira<sup>1</sup>  
Mara Caino Teixeira Marchiori<sup>1</sup>  
Janaina Cervo Pilecco<sup>1</sup>  
Marli Terezinha Stein Backes<sup>2</sup>  
Claudete Moreschi<sup>3</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-9447-1126>  
<https://orcid.org/0000-0003-3534-4631>  
<https://orcid.org/0000-0001-9412-7755>  
<https://orcid.org/0000-0002-1138-2871>  
<https://orcid.org/0000-0003-3258-359X>  
<https://orcid.org/0000-0003-3328-3521>

**Objetivo:** descrever as etapas de construção e validação de um construto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. **Metodologia:** pesquisa metodológica, de caráter descritivo. Para a elaboração do construto realizou-se análise documental e pesquisa de campo. O processo de validação ocorreu por Conferência Delphi, entre agosto e setembro de 2016, do qual participaram 12 juizes da área Obstétrica. Foi considerado o índice de concordância de, no mínimo, 80% para se garantir a validação do material. **Resultados:** o construto foi elaborado com a participação de juizes da área Obstétrica, representantes de todas as regiões do país, com experiência assistencial, docência e pesquisa. A primeira rodada Delphi gerou alterações no instrumento, que foi reestruturado e reavaliado, com taxa de resposta de 58,33. **Conclusão:** o construto foi considerado válido tanto em conteúdo quanto em aparência e poderá contribuir para subsidiar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento nacionalmente.

**Descritores:** Estudos de Validação; Avaliação em Enfermagem; Enfermagem Obstétrica; Humanização de Assistência ao Parto; Equipe de Assistência ao Paciente.

## CONSTRUCTION AND CONSTRUCT VALIDATION OF GOOD CHILDBIRTH CARE PRACTICES

**Objective:** To describe the stages of construction and validation of a construct of good childbirth care practices. **Methodology:** methodological research, descriptive. For the elaboration of the construct, documentary analysis and field research were performed. The validation process took place by the Delphi Conference, between August and September 2016, attended by 12 midwifery judges. A concordance index of at least 80% was considered to ensure the validation of the material. **Results:** the construct was prepared with the participation of judges from the Obstetric area, representatives from all regions of the country, with care experience, teaching and research. The first Delphi round generated changes to the instrument, which was restructured and reevaluated, with a response rate of 58,33. **Conclusion:** the construct was considered valid both in content and appearance and may contribute to subsidize the good practices of childbirth care and birth nationwide.

**Descriptors:** Validation Studies; Nursing Assessment; Obstetric Nursing; Humanization delivery care; Patient's Care Team.

## CONSTRUCCIÓN Y CONSTRUCCIÓN DE VALIDACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DEL PARTO

**Objetivo:** Describir las etapas de construcción y validación de una construcción de buenas prácticas de cuidado del parto. **Metodología:** investigación metodológica, descriptiva. Para la elaboración de la construcción, se realizaron análisis documentales e investigaciones de campo. El proceso de validación tuvo lugar en la Conferencia de Delphi, entre agosto y septiembre de 2016, a la que asistieron 12 jueces de partería. Se consideró un índice de concordancia de al menos el 80% para garantizar la validación del material. **Resultados:** el constructo fue preparado con la participación de jueces del área obstétrica, representantes de todas las regiones del país, con experiencia en cuidados, docencia e investigación. La primera ronda de Delphi generó cambios en el instrumento, que fue reestructurado y reevaluado, con una tasa de respuesta de 58,33. **Conclusión:** el constructo se consideró válido tanto en contenido como en apariencia y puede contribuir a subsidiar las buenas prácticas de atención y parto en todo el país.

**Descriptores:** Estudios de Validación; Evaluación en Enfermería; Enfermería Obstétrica; Humanización de asistencia al parto; Equipo de Asistencia al Paciente.

<sup>1</sup>Universidade Franciscana- UFN.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

<sup>3</sup>Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI.

Autor correspondente: Claudete Moreschi. E-mail: clau\_moreschi@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A atenção ao parto e nascimento passou por importantes mudanças ao longo dos últimos anos. Um dos marcos para tais mudanças foi o lançamento, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1996, do guia de atenção ao parto e nascimento, baseado nas melhores evidências científicas. Esse documento impulsionou a adoção de boas práticas, nesta área, com base em novos referenciais que possibilitaram o repensar do modelo de intervenção, ainda, fortemente centrado em processos patológicos e ações profissionais disciplinares e verticalizadas<sup>(1)</sup>.

O guia, em questão, elencou quatro categorias diretas voltadas à atenção ao parto e nascimento, quais sejam: práticas demonstrativamente úteis a serem estimuladas; práticas prejudiciais a serem desencorajadas; práticas com poucas evidências científicas a serem utilizadas com cautela e práticas inadequadas<sup>(1-2)</sup>.

São inegáveis as estratégias governamentais voltadas ao atendimento humanizado e singular, as quais são corroboradas pela Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política propõe, em seus preceitos, a importância da articulação e do comprometimento dos profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, no intuito de transcender as práticas disciplinares e alcançar o cuidado multiprofissional. Almeja-se, dessa forma, atender as reais demandas dos usuários de saúde, com base em princípios sistêmicos e humanísticos<sup>(3)</sup>.

Os programas e políticas governamentais voltados à saúde materno infantil, desde o século XX, propõem estratégias para qualificar o perfil epidemiológico, embora nem todas tenham impactado neste cenário. Com intuito de ampliar as boas práticas obstétricas, o governo lançou a Rede Cegonha, no ano de 2011, com o propósito de agregar e potencializar as demais iniciativas públicas focadas na redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil. Esta estratégia envolve, além de questões biológicas, as necessidades atuais da mulher e da criança, ou seja, abrange todas as etapas da vida da mulher e, ainda, o acompanhamento da criança até os 24 meses de idade<sup>(4-5)</sup>.

Observa-se, no entanto, que embora tenha havido grandes avanços nesta área, ainda perduram práticas inadequadas e/ou desnecessárias de atenção ao parto e nascimento. Este cenário fica evidente ao se constatar que o Brasil está entre os países com maiores taxas de cesarianas e que não atingiu a meta estipulada pela Organização das Nações Unidas, para o ano de 2015, de reduzir os óbitos maternos para 35 por 100mil nascidos vivos. Tais dados podem estar atrelados a intervenções desnecessárias e à hipermedicalização, as quais podem ocasionar danos tanto à mulher quanto ao recém-nascido (RN), além de contribuir para o aumento de gastos dos recursos públicos<sup>(6-7)</sup>. Torna-se imprescindível, para

tanto, que o profissional de saúde, em especial o Enfermeiro Obstetra, se comprometa com as iniciativas governamentais e protagonize novas estratégias teórico-metodológicas que possam contribuir para o alcance das metas propostas<sup>(8)</sup>.

O estudo teve como objetivo descrever as etapas de construção e de validação de um construto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a ser implementado em uma unidade obstétrica de risco habitual.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de caráter descritivo. Esta proposta foi utilizada tanto para a construção quanto para a validação do construto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A pesquisa metodológica possibilita desde a investigação ao desenvolvimento e avaliação de uma metodologia, por meio da organização e análise dos dados, no sentido de validar instrumentos e técnicas provenientes da coleta de dados<sup>(9-10)</sup>.

No processo de elaboração do construto de boas práticas é importante observar os aspectos de validade e confiabilidade. A validade considera as características e particularidades de determinado dado o qual está sendo investigado de forma a mensurar o que foi proposto. A confiabilidade apresenta o retrato fiel da realidade pesquisada<sup>(10)</sup>.

A validade é um processo que tem por finalidade captar determinado fenômeno. Inicia-se na investigação, a partir da construção do instrumento de pesquisa e perdura ao longo das demais etapas constituídas pela elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. A interpretação da validade de um construto pode exigir o cálculo de diferentes coeficientes<sup>(10-11)</sup>.

### Participantes da pesquisa

Foram convidados para integrar o corpus de avaliadores 18 juizes, especialistas da área obstétrica, das mais diversos Estados do Brasil, com comprovada experiência clínica e publicações científicas na área, os quais foram localizados em periódicos nacionais, por meio do endereço eletrônico do principal autor. Os juizes participantes eram todos do sexo feminino, com média de dez anos de formação profissional na área obstétrica.

Procedimentos metodológicos da Construção e Validação do Construto

Utilizou-se, nesta pesquisa, o índice de validade de conteúdo (IVC) e a validade aparente. A primeira está relacionada à contribuição de juizes expertises na área de estudo e a segunda, proporciona a compreensão dos dados por meio da linguagem e adequação dos itens<sup>(12)</sup>. Com base

nos referenciais anteriormente citados, o presente estudo seguiu as seguintes fases:

### Fase 1 – Construção dos Itens do Construto

A partir de uma revisão aprofundada da literatura, que incluiu publicações de âmbito nacional e internacional, bem como protocolos, guias e orientações do Ministério da Saúde, da OMS, além de pesquisa de campo e a experiência prévia dos pesquisadores, nesta área, foi construída uma Matriz de Análise (Quadro 1), estruturada em três dimensões, que deu origem às variáveis (itens).

### Fase 2 – Validação de construto e aparente dos itens

O processo de validação ocorreu por Conferência Delphi, entre agosto e setembro de 2016, do qual participaram 12 juízes da área Obstétrica. A validade de conteúdo do construto se refere ao julgamento dos juízes da área, a fim de verificar a adequação do conteúdo por meio de análise dos itens para revelar se o instrumento expressa exatamente o que se propôs. E, a validade aparente, está intrinsecamente atrelada a verificar se o construto apresenta clareza e entendimento ao público alvo<sup>(13)</sup>.

Utilizou-se IVC para identificar o grau de concordância entre os juízes durante o processo de análise das respostas<sup>(14)</sup>. Este índice permitiu analisar cada item em particular e, na sequência, o construto em sua integralidade. Uma concordância acima de 90% entre os juízes serviu como um dos critérios de decisão sobre a pertinência do item a que teoricamente se referiu. Este corte acima dos recomendados na literatura (IVC 0,8) foi usado para contemplar a limitação do índice que não mensura a concordância ao acaso<sup>(14-15)</sup>.

Utilizou-se como critérios adicionais para a revisão final do construto teórico: redundância do item com outros existentes; equilíbrio entre os itens com afirmações convergentes e/ou divergentes em cada dimensão; frequência de sugestões e recomendações apresentadas pelos juízes na área obstétrica para cada item; coerência entre o item apresentado e as condições de trabalho consideradas em estudos relacionados à adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto e nascimento<sup>(16)</sup>.

Os juízes avaliaram cada um dos 13 itens das quatro dimensões com base em valores numéricos, quais sejam (1) Sem importância; (2) Pouca importância; (3) Importância relativa; (4) Importante; (5) Muito importante<sup>(17)</sup>. O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “4” ou “5” pelos juízes (considerados como relevantes) divididos pelo número total de respostas<sup>(14,18)</sup>.

Salienta-se que para cada dimensão foi possibilitado um espaço para que os juízes sugerissem alterações, caso

houvesse a necessidade. Realizou-se, concomitantemente, a validade aparente do instrumento, a validação da clareza e fluência do conteúdo de cada item.

Os juízes foram convidados, a partir de carta convite explicativa, enviada por e-mail contendo: a matriz de análise, o objetivo e a metodologia do estudo, a descrição do construto e o motivo pelo qual o profissional foi escolhido como avaliador<sup>(15)</sup>.

Solicitou-se aos juízes um prazo de 12 dias para a apreciação inicial do construto. No prazo estabelecido retornaram 12 instrumentos avaliados, número suficiente de acordo com as recomendações da literatura<sup>(15,18)</sup>.

### Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o nº 1.506.975 do ano de 2016, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os juízes, especialistas da área obstétrica que participaram deste estudo foram esclarecidos quanto ao objetivo da construção e validação desse construto. Aqueles que concordaram com a participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### RESULTADOS

Obteve-se, na análise dos juízes, um retorno de 12 instrumentos avaliados na primeira rodada e, sete instrumentos, na segunda rodada Delphi. Na primeira rodada foram realizadas sugestões significativas de mudanças em relação aos itens das dimensões do construto, nos quais os juízes apresentaram convergências em relação à missão, à visão e aos valores, mas, sugeriram mudanças no item “atribuições de cada profissional na equipe”.

Nessa direção, foram realizadas as mudanças no construto com o propósito de atender às sugestões dos juízes, as quais reforçaram a necessidade de incluir a humanização do parto e nascimento na missão, maior detalhamento das atribuições de cada profissional na equipe e, maior clareza da função da mulher e da família no processo de parturição. O instrumento foi validado enquanto construto com 13 itens distribuídos em quatro dimensões.

Em relação ao percentual de concordância dos juízes, se obteve a seguinte classificação, na primeira rodada: na dimensão missão, houve 100% de concordância; na dimensão visão 83,33% de concordância e na dimensão valores, a qual se subdivide em três itens, resultaram, respectivamente, os seguintes percentuais: respeito à singularidade 91,66%, compromisso com a vida 91,66%, trabalho em equipe 100% e ética profissional 100%.

A porcentagem de avaliação dos juízes para a terceira e última dimensão, a qual se subdividiu em seis itens, resultou:

equipe de enfermagem 75%; medicina 58,33%; residência em enfermagem obstétrica 75%; academia 83,33%; serviços de apoio 75% e mulher/família 83,33%.

Em relação ao percentual de concordância dos juizes se obteve, na segunda rodada Delphi, 100% de concordância dos itens do construto, considerando-se a pontuação Likert entre 4 e 5. O IVC total do instrumento foi concluído com 100% de concordância entre os juizes. A seguir será apresentado o construto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento (Quadro 1).

**Quadro 1** – Construto de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, validado pelos Juizes da área Obstétrica, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016.

Dimensão	Construto	
<b>Missão</b>	Promover a atenção humanizada e a segurança no parto e nascimento com competência técnica e científica.	
<b>Visão</b>	Ser referência no cuidado integrado, humanizado e seguro à mulher, ao RN e à família no processo de parturição.	
<b>Valores</b>	Respeito à singularidade	
	Compromisso profissional	
	Trabalho em equipe	
	Ética profissional	
	Integralidade na atenção em saúde materno infantil	
<b>Atribuições de cada integrante da equipe</b>	<b>Enfermagem</b>	Promover o acolhimento humanizado, singular, seguro e sistematizado no processo de trabalho de parto, parto, nascimento, puerpério, RN e à família, por meio de boas práticas baseadas em evidências científicas.
	<b>Medicina</b>	Atuar, principalmente, em intercorrências obstétricas e neonatais, em partos com distócia, de forma humanizada, singular e segura, a partir de evidências científicas.
	<b>Residência em Enfermagem Obstétrica</b>	Participar ativamente do intercâmbio de saberes e práticas, por meio da inserção proativa no cuidado humanizado e integral à mulher, ao RN e à família, com base em evidências científicas.
	<b>Academia</b>	Impulsionar a produção e disseminação do conhecimento técnico-científico, por meio do protagonismo de novas tecnologias de cuidado integral à mulher, ao RN e à família.
	<b>Serviços de apoio</b>	Possibilitar os recursos necessários para o desempenho satisfatório da missão, da visão e dos valores institucionais pelo apoio à implementação da assistência integral e humanizada à mulher, ao RN e à família.
	<b>Mulher/família</b>	Propagar a vida e oportunizar o alcance da missão, por meio de seu protagonismo e participação ativa e responsável no cuidado multiprofissional.

Como forma de ampliar as reflexões e qualificar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento na Unidade Obstétrica, na qual os dados de pesquisa de campo tiveram origem, a pesquisadora principal apresentou para a equipe de saúde o construto validado, em dias e horários previamente agendados. Além disso, foi confeccionada uma representação gráfica do Construto de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, validado pelos Juizes da área obstétrica, o qual ficará exposto na entrada principal da Unidade Obstétrica em questão.

## DISCUSSÃO

A construção das dimensões e dos itens do instrumento foi realizada com base em ampla revisão da literatura acerca das boas práticas obstétricas de atenção ao parto e nascimento, bem como na análise dos dados de pesquisa coletados com a equipe multiprofissional de saúde de uma unidade obstétrica. Ainda, foram considerados na elaboração dos itens as atitudes e os comportamentos individuais que poderiam refletir na equipe, contribuindo ou não na implementação das boas práticas obstétricas(19-20). Considera-se, portanto, que a avaliação dos juizes foi de suma importância para a identificação da relevância de cada item do construto, bem como para a avaliação de seu conteúdo em uma perspectiva ampliada e fundamentada em referenciais teórico-metodológicos da área<sup>(15)</sup>.

A literatura nacional e internacional contribuiu para a elaboração, validação e discussão das dimensões e dos itens do construto. A literatura analisada denota a importância e o impacto que as boas práticas obstétricas determinam no cuidado multiprofissional e, ainda, salientam que o uso demasiado de tecnologias intervencionistas na condução do parto e nascimento pode causar danos tanto à mulher quanto ao RN<sup>(1-2,7)</sup>.

A criação dos itens relacionados às dimensões do processo de trabalho voltado às boas práticas obstétricas, ao parto e nascimento, no que envolve missão, visão e valores institucionais, possibilitou ampliar as discussões em nível institucional. Nessa direção, a PNH, criada em 2003, possibilitou o repensar do modelo de gestão, enfatizando a importância da participação e da valorização, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários dos serviços de saúde<sup>(21)</sup>.

Denota-se que mesmo com os avanços relacionados à saúde integral, estes parecem não impactar tanto para os serviços quanto para os profissionais e usuários de saúde. Tal observação está atrelada à vigência de um modelo ainda hegemônico na atenção ao parto e nascimento. Tais reflexos podem estar associados ao predomínio do modelo biomédico e à utilização acrítica de tecnologias engessadas em instituições que se apresentam porosas, principalmente,

no que concerne ao modelo de gestão verticalizado<sup>(22-23)</sup>.

Torna-se premente compreender, nesse processo, que o cuidado à saúde materna/neonatal perpassa pela experiência afirmativa da mulher e da família em um momento de tamanha singularidade e que a comunicação efetiva com a equipe de saúde se constitui em um dos pilares para o alcance dos objetivos propostos. Como forma de transcender o cuidado pontual e mecanizado se destaca a importância do trabalho em equipe, compreendido pela articulação e integração dos saberes e práticas em saúde<sup>(23)</sup>. Essa prerrogativa vem ao encontro do que preconiza a Rede Cegonha, na medida em que suas diretrizes destacam a importância do protagonismo da mulher na construção conjunta de um plano de cuidados, ou seja, na medida em que envolve a mulher, a família, os profissionais de saúde e gestão dos serviços em prol da qualificação das práticas de gestão e atenção obstétrica e neonatal<sup>(4)</sup>.

Interferir no processo de trabalho, por meio da reflexão de novas tecnologias de gerir e intervir em saúde, se constitui em compromisso para todos os profissionais de saúde. Sob esse enfoque, o construto em questão, construído e validado, se constitui em estratégia prospectiva para intervir de forma ampliada, integradora e sistêmica na organização e no processo de trabalho de Unidades Obstétricas. É importante que, na equipe de saúde, cada profissional tenha ciência de suas funções e responsabilidades no desempenho das boas práticas de atenção ao parto e nascimento<sup>(24)</sup>.

Destaca-se que os profissionais de saúde precisam compreender e utilizar as boas práticas de assistência ao parto de risco habitual. A adesão de tais competência e habilidades está relacionada com a realização do processo parturitivo por meio de uma assistência com menor grau de intervenção possível. Além disso, visa-se estimular a autonomia da mulher e o respeito a sua fisiologia, com vistas à segurança e à redução da morbimortalidade materna e neonatal<sup>(25)</sup>.

Neste instrumento os juízes salientaram a importância da atuação profissional como propulsor ao fomento da participação e o protagonismo da mulher no cenário obstétrico. Isto se dá por meio da relação transversal entre quem cuida e quem é cuidado, de forma a promover a humanização neste momento de tamanha singularidade tanto para mulher/família quanto para o RN<sup>(3,4)</sup>.

Este instrumento mostrou, além dos aspectos supracitados, a relevância da reflexão do processo de gestão e organização do trabalho na área obstétrica. Neste processo, as instituições hospitalares ainda aparecem como porosas às mudanças, o que pode ser evidenciado por meio de gestão centralizadora, de fragmentação do processo de trabalho, de autonomia profissional direcionada a grupos deixando outros relegados, entre outros aspectos nesta direção<sup>(23)</sup>.

Por meio da avaliação dos juízes, este construto mostrou que o cuidado voltado às boas práticas ao parto e nascimento estão intrinsecamente aliadas à gestão democrática, a qual, por meio do diálogo, propicia a participação ativa de gestores, de profissionais e usuários de saúde, de tal forma que esta relação irá refletir tanto no aspecto profissional, quanto na vida pessoal e afetiva de cada envolvido.

#### Limitações do estudo

Salienta-se, no entanto, como fragilidade desta pesquisa, a não participação de todos juízes convidados, na segunda rodada, por compreender que o construto poderá instigar a inserção das boas práticas obstétricas em unidades de internação de risco habitual.

#### Contribuições do estudo para a prática

A construção e validação deste construto representa uma forma de ampliar as reflexões e qualificar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Destaca-se que esta pesquisa proporcionou o contato com diferentes realidades por meio da participação de juízes na área obstétrica o que enriqueceu a criação deste documento e possibilitou ampliar a discussão tanto dos itens quanto das dimensões criadas para o construto.

#### CONCLUSÃO

O construto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento foi considerado válido, tanto em conteúdo quanto em aparência e poderá contribuir, na visão dos juízes, como subsídio teórico-metodológico para a qualificação da organização e processo de trabalho em Unidades Obstétricas, em âmbito local e em território nacional.

Sugere-se ampliar a construção e validação de instrumentos, por parte de Enfermeiros Obstetras, de modo a instrumentalizar os profissionais de saúde que atuam diretamente no cuidado à mulher e a criança e, dessa forma, contribuir para a qualificação dos cenários de prática obstétrica.

#### Contribuição dos autores

Dirce Stein Backes: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final; Simone Barbosa Pereira: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final; Mara Caino Teixeira Marchiori: análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final; Janaina Cervo Pilecco: interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final; Marli Terezinha Stein Backes: interpretação dos dados redação do artigo e revisão final. Claudete Moreschi: interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final.



## REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Department of Reproductive Health. Care in normal birth: a practical guide [Internet]. Version Geneva; 1996 [cited 2017 Set 16]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
- Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *Feminina* [Internet]. 2010 [cited 2017 Set 15];38(3):119-26. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>
- Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília; 2006 [cited 2017 Out 16]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_base.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf)
- Ministério da Saúde (BR) Portaria n. 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a Rede Cegonha [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2017 Out 14]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
- Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 June [cited 2019 Sep 22]; 23( 6 ): 1915-1928. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.
- Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento [Internet]. Brasília; 2014 [cited 2017 Out 14]. Available from: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523\\_relatoriodm.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatoriodm.pdf)
- Santos ADR, Santos EL, Silva KS, Nery FS. EPISIOTOMIA: A DOR DE UM PARTO. *Revista Cadernos de Graduação*, [Internet]. 2017 [cited 2019 Set 22]; 4( 1): 131-138. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4022/2169>
- Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 22]; 71(Suppl 3): 1313-1319. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901313&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>.
- Demo P. *Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos*. Brasília: Liber; 2004.
- Polít DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Vituri DW, Matsuda LM. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2017 Out 10];43(2):429-437. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en\\_a24v43n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a24v43n2.pdf) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200024>
- Bellucci Junior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2017 Out 10];65(5):751-757. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>
- Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2017 Out 10];43(n.spe):922-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en\\_a02v43ns.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>
- Polít DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* [Internet]. 2006 [cited 2017 Out 10];29(5):489-97. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/537d/5a0f09968979b4cf4e8b0213a8f39257b393.pdf>
- Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín* [Internet]. 1998 [cited 2017 Set 10];25(5):206-213. Available from: <https://pt.scribd.com/document/275033230/Pasquali-Principios-de-Elaboracao-de-Escalas-Psi-cologicas>
- Backes DS, Zamberlan C, Colomé J, Souza MT, Marchiori MT, Erdmann AL, Salazar-Maya AM. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. *Aquichán* [Internet]. 2016 [cited 2017 Out 10];16(1):24-31. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n1/v16n1a04.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.4>
- Curado MAS, Teles J, Marôco J. Analysis of variables that are not directly observable: influence on decision-making during the research process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2015 Out 10];48(1):146-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-146.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100019>
- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2017 Out 10];16(7):3061-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Dini AP, Alves DFS, Oliveira HC, Guirardello EB. Validity and reliability of a pediatric patient classification instrument. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2017 Out 10];22(4):598-603. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/0104-1169-rlae-22-04-00598.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3575.2457>
- Carvalho EMP, Göttems LBDG, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 10];49(6):890-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/0080-6234-reeusp-49-06-0890.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201500006000003>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília; 2009 [cited 2017 Out 10]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0259.pdf>
- Andrade MAC, Lima JBMC. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com qual trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento/Ministério da Saúde [Internet]. Brasília; 2014 [cited 2017 Out 10]. Available from: [www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf)
- Oliveira JDG, Campo TNC, Souza FMLC, Davim RMBD, Dantas JC. Obstetric nurses' perception in assistance to the parturient J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 10];10(10):3868-75. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11454/13276>
- Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2016 [cited 2017 Out 10];20(59):981-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150707.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0707>
- Feijão LBV, Boeckmann LMM, Melo MC. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. *Enferm. Foco* 2017 [citado 2019 Set 22]; 8 (3): 35-39. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1318/396> DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1318>

## ARTIGO 14 Original

# USO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE PELOS ENFERMEIROS BRASILEIROS

Michelle Eifler Machado<sup>1</sup>

Adriana Aparecida Paz<sup>2</sup>

Graciele Fernanda da Costa Linch<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-0836-5990>

<http://orcid.org/0000-0002-1932-2144>

<http://orcid.org/0000-0002-8802-9574>

**Objetivo:** analisar o uso das tecnologias da informação e comunicação em saúde pelos enfermeiros brasileiros, a partir dos indicadores publicados nos relatórios TIC Saúde. **Metodologia:** estudo de dados secundários, obtidos através da base de dados TIC Saúde. Foram selecionadas sete variáveis relacionadas entre si. **Resultados:** não houve significativas variações sobre o impacto do uso de computador ou internet durante o trabalho, a maior parte dos profissionais reportou que não houve aumento nem diminuição de sua carga de trabalho. No entanto, ao longo dos anos os enfermeiros percebem impactos positivos com relação ao uso ou implantação de sistemas eletrônicos. **Conclusão:** Os indicadores demonstram que o uso das tecnologias de informação e comunicação tem evoluído nas instituições de saúde brasileiras, do ponto de vista dos enfermeiros. Sob este viés, cumprem o seu papel, já que servem de referência para aplicação de melhorias e criação de estratégias nos estabelecimentos de saúde.

**Descritores:** Enfermagem; Informática em enfermagem; Tecnologia da informação; Comunicação em saúde; Indicadores.

### USE OF HEALTH INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES BY BRAZILIAN NURSES

**Objective:** To analyze of the use of information and communication technologies in health by Brazilian nurses, based on the indicators published in the ICT Health reports. **Methods:** study of secondary data obtained from the ICT Health database. Seven related variables were selected: Yes. **Results:** There were no significant variations on the impact of computer or internet use while working, most professionals reported that there was no increase or decrease in their workload. However, over the years nurses perceive positive impacts regarding the use or implementation of electronic systems. **Conclusion:** The indicators demonstrate that the use of information and communication technologies has evolved in Brazilian health institutions, from the nurses' point of view. Under this bias, they fulfill their role, as they serve as a reference for applying improvements and creating strategies in health facilities.

**Descriptors:** Nursing; Nursing Informatics; Information Technology; Health Communication; Indicators.

### USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD POR ENFERMERAS BRASILEÑAS

**Objetivo:** Analizar lo uso de las tecnologías de información y comunicación en salud por parte de enfermeras brasileñas, basándose en los indicadores publicados en los informes de salud de ICT. **Metodología:** estudio de datos secundarios obtenidos de la base de datos de salud de ICT. Se seleccionaron siete variables. **Resultados:** No hubo variaciones significativas en el impacto del uso de la computadora o Internet mientras trabajaba, la mayoría de los profesionales informaron que no hubo un aumento o disminución en su carga de trabajo. Sin embargo, a lo largo de los años, las enfermeras perciben impactos positivos con respecto al uso o la implementación de sistemas electrónicos. **Conclusión:** Los indicadores demuestran que el uso de las tecnologías de la información y la comunicación ha evolucionado en las instituciones de salud brasileñas, desde el punto de vista de las enfermeras. Bajo este sesgo, cumplen su función, ya que sirven como referencia para aplicar mejoras y crear estrategias en los establecimientos de salud.

**Descriptores:** Enfermería; Informática Aplicada a la Enfermería; Tecnología de la Información; Comunicación en Salud; Indicadores.

<sup>1</sup>Enfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFSC.

Autor correspondente: Graciele Fernanda da Costa Linch. E-mail: [gracielelinch@gmail.com](mailto:gracielelinch@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O uso de registros eletrônicos é uma realidade no cenário de saúde brasileiro e mundial. Cada vez mais se fala no uso da informação eletrônica como mecanismo para a tomada de decisões e adoção de melhores práticas nas instituições de saúde, sejam elas burocráticas ou assistenciais<sup>(1,2)</sup>.

Na enfermagem, assim como em outras categorias profissionais da saúde, não é diferente. É conhecido o papel das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na rotina profissional e a influência delas nos processos de trabalho, mas pouco se estuda para conhecer seus usuários e compreender a percepção dos mesmos com relação ao seu uso. Estudo brasileiro, por exemplo, demonstrou que mais de 60% dos enfermeiros gostariam de receber formação sobre o uso de computadores, apesar de cerca de 46% estarem habituados à sua utilização<sup>(3)</sup>.

No cenário brasileiro, no entanto, não são incomuns as constatações, pelos profissionais, de que há ausência de investimentos na área de TIC em saúde, assim como deficiência na oferta de capacitações<sup>(2)</sup>. Trata-se de fator relevante, considerando a oferta de um sistema de saúde unificado, gratuito, disponibilizado de forma continental à população, onde os recursos são escassos e deveriam ser melhor gerenciados. Todavia, a preocupação com o melhor uso dos investimentos nesta área é percebida em países ricos<sup>(4)</sup>.

Ainda que a função dos sistemas de informação em saúde seja bem percebida pelos enfermeiros e que a enfermagem, de forma geral, seja a maior categoria profissional usuária deles em um estabelecimento de saúde, parece não haver uma preocupação em torná-los parte do processo de construção das ferramentas eletrônicas<sup>(5)</sup>. Em 2011, foi consenso entre enfermeiros suecos que trabalhar com menos papel é melhor, mas que os sistemas não contemplam efetivamente suas reais necessidades<sup>(6)</sup>. A criação de sistemas mais amigáveis e que permitam uma visão sistêmica do paciente é uma necessidade, já que a falta de tempo para execução dos registros também é apontada como um importante fator de dificuldade no uso dos sistemas<sup>(4)</sup>.

No Brasil, desde 2013, o Centro Regional para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC.br) realiza pesquisa (TIC Saúde) para verificar a disponibilidade e o acesso das tecnologias de informação e comunicação em estabelecimentos de saúde, assim como avaliar sua utilização por médicos e enfermeiros<sup>(7,8)</sup>.

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo analisar o uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde, a partir dos enfermeiros, considerando indicadores disponibilizados na base de dados TIC Saúde, de 2013 a 2016.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

O presente estudo compreende uma análise de dados secundários, obtidos através da base de dados TIC Saúde – pesquisa que aborda o uso de TIC nos estabelecimentos de saúde brasileiros<sup>(7,8)</sup>.

### Participantes da pesquisa e Local

O TIC Saúde se constitui de uma pesquisa realizada a nível nacional, através do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC.br), onde o objetivo é o conhecimento sobre o uso das TIC nas instituições de saúde, bem como seu conhecimento por parte dos profissionais da área. A coleta de dados ocorreu em população definida por método de amostragem estratificada de instituições de saúde, registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e através da seleção de profissionais com probabilidade proporcional ao tamanho do estabelecimento. A partir desta coleta de dados, almeja-se a contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas no âmbito da saúde. Esta pesquisa incorpora o modelo desenvolvido pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico<sup>(7,8)</sup>.

### Coleta dos dados

Foram selecionados indicadores de interesse dos pesquisadores, considerados relevantes para melhor compreensão de como os registros eletrônicos são utilizados pelos enfermeiros no país, divulgados na base de dados entre 2013 e 2016. As variáveis extraídas da base de dados para o presente estudo foram: Proporção de enfermeiros com acesso a computador no estabelecimento de saúde, por impacto do uso de computador ou internet; Proporção de enfermeiros que participaram de algum treinamento ou curso sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação aplicadas à área da saúde nos últimos 12 meses; Proporção de enfermeiros, por impactos percebidos com relação ao uso ou implantação de sistemas eletrônicos; Proporção de enfermeiros, por tempo de experiência na área da saúde (%); Proporção de enfermeiros com acesso a computador no estabelecimento de saúde, por tipo de dado sobre o paciente disponível eletronicamente(%); Proporção de enfermeiros, por fatores de dificuldade para implantação ou uso de sistemas eletrônicos reportados(%); Proporção de enfermeiros, por fatores de dificuldade para a implantação de sistemas eletrônicos e nível de dificuldade observada (%).

### Procedimentos de análise dos dados

Neste estudo foram analisados indicadores obtidos a partir da resposta dos enfermeiros participantes da pesquisa TIC Saúde. A análise dos dados foi temporal e os indicadores foram organizados e analisados em uma planilha do programa

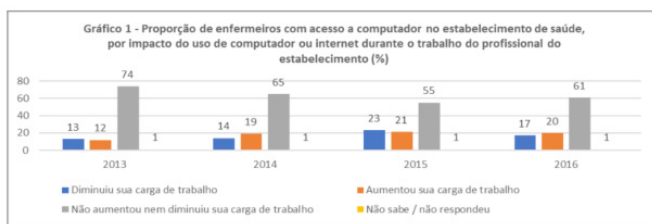
Microsoft Excel® 2007.

Procedimentos éticos

Considerando que o presente estudo compreende uma análise de dados públicos, não há necessidade de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa para sua realização. Também não foi evidenciada necessidade de autorização de uso da entidade responsável pelos dados, ainda que esta consulta tenha sido realizada previamente à CETIC.br.

**RESULTADOS**

No presente estudo foi analisado o uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde, a partir dos enfermeiros, considerando indicadores disponibilizados na base de dados TIC Saúde, de 2013 a 2016. Considerando a evolução das informações obtidas na pesquisa TIC Saúde desde 2013, não houve significativas variações sobre o impacto do uso de computador ou internet durante o trabalho do profissional. No entanto, chama a atenção que, em todos os anos, a maior parte dos profissionais reportou que não houve aumento nem diminuição de sua carga de trabalho e foi onde houve a maior variação percentual de respostas. Ao longo de quatro anos, este resultado apresentou variação negativa de 13%, uma vez que 74% dos enfermeiros concordavam com esta afirmação em 2013, contra 61% dos entrevistados em 2016 (Gráfico 1).



Fonte: elaboração própria a partir da base de dados TIC Saúde - 2013 a 2016; disponível em <http://cetic.br/pesquisa/saude/indicadores>.

A capacitação de profissionais, ponto frequentemente discutido nas publicações sobre o uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde, também foi avaliada em 2015 e 2016 no TIC Saúde. Nestes dois anos, respectivamente, 75% e 74% dos enfermeiros não participaram de treinamentos ou cursos sobre o assunto nos últimos 12 meses, levando-se em conta cada período analisado. Em 2013 e 2014, as informações divulgadas referiram-se apenas à confirmação de realização de treinamento no período investigado, sendo os percentuais inferiores a 30%.

Os dados referentes à percepção dos enfermeiros sobre os impactos percebidos com relação ao uso ou implantação de sistemas eletrônicos estão apresentados na Tabela 1. Destaca-se que, em 2013, 52% e 36% dos enfermeiros, respectivamente, concordaram ou concordaram parcialmente que houve

melhora na eficiência dos processos de trabalho das equipes com a implantação de sistemas eletrônicos. Em 2015, estes percentuais atingiram a quase totalidade dos entrevistados, permanecendo em 90% de concordância no último relatório TIC Saúde.

A eficiência nos atendimentos com o uso ou implantação de sistemas eletrônicos foi apontada por pouco mais de 50% dos enfermeiros participantes da pesquisa em 2013. Três anos depois, os profissionais relataram esta concordância em 86%. Neste mesmo ano, os enfermeiros relataram que houve melhora da qualidade do tratamento como um todo, em 87% das respostas - um crescimento importante, já que, em 2013, apenas 52% dos profissionais tinham esta percepção (Tabela 1).

Na análise de tempo de experiência profissional, os relatórios da pesquisa TIC Saúde demonstraram que 71% dos enfermeiros entrevistados em 2015 já possuíam cinco anos ou mais de experiência profissional na área da saúde, ao passo que 61% dos participantes da pesquisa em 2013 possuíam a mesma experiência.

**Tabela 1** - Proporção de enfermeiros, por impactos percebidos com relação ao uso ou implantação de sistemas eletrônicos (%), Porto Alegre, RS (2019).

Critérios avaliados	2013		2014		2015*	2016*
	Concorda totalmente	Concorda em parte	Concorda totalmente	Concorda em parte	Concorda	Concorda
Houve aumento do número médio de pacientes atendidos durante um dia	33	33	27	29	68	61
Houve diminuição de exames duplicados ou desnecessários	51	28	46	24	89	79
Houve impacto na redução das filas ou listas de espera	40	25	29	36	77	73
Houve maior aderência dos pacientes ao tratamento	29	33	25	30	58	49
Houve maior eficiência nos atendimentos	53	29	59	22	88	86
Houve melhora da qualidade das decisões sobre os diagnósticos	57	23	40	31	89	83
Houve melhora da qualidade do atendimento como um todo	52	32	50	31	87	87
Houve melhora da satisfação dos pacientes	41	34	36	34	75	73
Houve melhora na eficiência dos processos de trabalho das equipes	52	36	52	29	94	90
Houve redução de erros na administração de medicamentos ao paciente	52	29	33	29	77	71

Fonte: elaboração própria a partir da base de dados TIC Saúde - 2013 a 2016; disponível em <http://cetic.br/pesquisa/saude/indicadores>.

\*Em 2015 e 2016, os dados de concordância foram apresentados através de uma única categoria.

Quando à proporção de enfermeiros com acesso a computador por tipo de dado sobre o paciente disponível eletronicamente, foram verificados que os dados cadastrais dos pacientes e seus registros de admissão, transferência



e alta aparecem, de forma constante, como os tipos de dados mais disponibilizados em meio eletrônico, desde 2013. Destaca-se que os dados cadastrais dos pacientes e resultados de exames laboratoriais são os dois tipos de dados que estão presentes com maior frequência nos computadores dos estabelecimentos de saúde estudados.

Apenas no relatório TIC Saúde de 2015 foram apresentados dados referentes aos fatores de dificuldade para implantação ou uso de sistemas eletrônicos reportados pelos enfermeiros (Tabela 2). A ausência de treinamento das equipes e falta de recursos financeiros para investimento em tecnologias foram aqueles mais apontados pelos profissionais (93% dos entrevistados).

**Tabela 2** - Proporção de enfermeiros, por fatores de dificuldade para implantação ou uso de sistemas eletrônicos reportados(%), Porto Alegre, RS (2019).

Fatores de dificuldade para implantação	%
Ausência de treinamento das equipes	93
Falta de recursos financeiros para investimento em tecnologias	93
Falta de prioridade por parte das políticas públicas governamentais	90
Não envolver os médicos e enfermeiros no desenvolvimento e implantação do sistema	90
Equipamentos obsoletos ou ultrapassados	88
Baixa qualidade da conexão de internet no estabelecimento	87
Falta de suporte técnico em tecnologia da informação	86
Falta de adaptação dos sistemas eletrônicos às necessidades dos médicos e enfermeiros	83
Falta de motivação do corpo clínico para o uso de tecnologias	79
Falta de prioridade por parte das políticas internas do estabelecimento	77
Preocupações com a segurança e confidencialidade das informações	64
Necessidade de cumprimento das regulamentações do Conselho Federal de Medicina e outras organizações do setor	62

**Fonte:** elaboração própria a partir da base de dados TIC Saúde – 2015; disponível em <http://cetic.br/pesquisa/saude/indicadores>.

Em 2013 e 2014, a falta de treinamento das equipes foi observada, em cada ano, por 49% e 43% dos enfermeiros. A ausência de recursos financeiros para investimentos em tecnologias, por sua vez, foi observada em ambos os períodos por pouco menos da metade dos profissionais.

Os números apresentados nos relatórios do TIC Saúde apontam, ainda, que houve evolução crescente na disponibilidade da quase totalidade dos tipos de dados disponibilizados eletronicamente. Houve expressivo crescimento na disponibilidade de registros eletrônicos de vacinas tomadas pelos pacientes (128%), laudos de exames radiológicos dos pacientes (105%), históricos ou anotações clínicas sobre o atendimento dos pacientes (103%) e anotações de enfermagem sobre os pacientes (100%).

## DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados, destaca-se três importantes resultados: a maior parte dos enfermeiros não reportou que houve aumento ou diminuição de sua carga de trabalho, assim como em sua maioria não participaram de treinamentos ou cursos. Porém, os profissionais percebem impactos positivos com relação ao uso de sistemas

eletrônicos.

Ao analisar o indicador de percepção de impacto sobre o uso de computador no trabalho, destaca-se no presente estudo que a maioria dos profissionais não percebeu aumento ou diminuição de suas cargas de trabalho em relação ao uso do computador ou internet durante suas atividades, no período de 2013 a 2016. Isso vai de encontro do percebido ou relatado em estudos, onde enfermeiros referem dificuldades para efetuar os registros eletrônicos ou reclamam da ausência de dispositivos para coleta de informações à beira do leito<sup>(4,9)</sup>. Assim, pode-se perceber uma ambiguidade, já que há uma necessidade de dispositivos que auxiliem nos registros, principalmente, no entanto, os enfermeiros reagem com dificuldades ao uso.

Não houve variação significativa na proporção de enfermeiros que participaram de algum treinamento ou curso sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação aplicadas à saúde nos últimos 12 meses, considerando dados coletados entre 2013 e 2016. A ausência de capacitação é apontada em estudos como um dos principais problemas para uso dos sistemas informatizados. Descreve-se que, com o treinamento apropriado, o nível de satisfação dos usuários tende a aumentar com o tempo<sup>(2,5)</sup>.

Em estudo realizado no âmbito das Coordenadorias de Área Programática na cidade do Rio de Janeiro entrevistou 12 profissionais de enfermagem, sendo evidenciado a necessidade em desenvolver atividades educativas para que as equipes de enfermagem reconheçam, articulem e contextualizem as dimensões e implicações das informações registradas para a gestão da informação em saúde<sup>(10)</sup>.

A ampla maioria dos enfermeiros possuía mais de cinco anos de experiência na área da saúde. Em 2013, mais de 70% dos enfermeiros estavam no mercado de trabalho há pelo menos cinco anos, mas, destes, pode-se aferir que a maioria já possuía experiência na área da saúde desde 2003. Na prática, tende-se a inferir que profissionais mais antigos têm mais dificuldade para uso dos sistemas informatizados, mas o que não é evidenciado na literatura. Ao contrário, há estudos que indicam que os enfermeiros com menor experiência profissional costumam apresentar maior inabilidade em administrar atividades assistenciais com a execução dos registros, simplesmente pela falta de prática na execução de procedimentos de enfermagem<sup>(9)</sup>.

Um estudo longitudinal realizado em um hospício na Escócia manteve a implementação de um sistema de informação por dois anos sem ações educativas e de engajamento de maneira não intencional. Neste estudo, tiveram a participação de 55 profissionais, destes 28 eram enfermeiros, sendo realizada três coletas utilizando a Escala de Usabilidade do Sistema, medidas de engajamento pessoal e experiência



do pessoal nos registros dos prontuários eletrônicos e um grupo focal multiprofissional com 12 profissionais deste total de participantes. Evidenciou-se a implementação de um novo sistema eletrônico foi considerada tecnicamente difícil e culturalmente complexa, carecendo de incentivos institucionais e do envolvimento da equipe na primeira oportunidade possível no projeto técnico e na implementação do sistema. Em suma, a prestação de cuidados passou por ressignificação na maneira de documentar, em especial pelas enfermeiras<sup>(11)</sup>.

Em estudo de revisão reforçar-se que os enfermeiros precisam continuamente aprender a usar as tecnologias de maneira correta, sem desumanizar o cuidado ou perder de vista ética na informatização, e usar informações e trabalhar com o novo ambiente tecnológico, levando em conta que a profissão de enfermagem gera, manuseia, processa e comunica as informações de saúde com os pacientes/familiares e equipe multiprofissional<sup>(12)</sup>. Por outro lado, deve se considerar a precarização sobre o processo de trabalho da enfermagem estão ligadas as condições de trabalho, ao aumento da carga de trabalho e aos baixos salários, o que pode repercutir diretamente com o uso e, principalmente, a implantação de novas tecnologias<sup>(13)</sup>.

Em 2015, com relação ao ano anterior, pode-se afirmar que houve melhora importante da eficiência dos processos de trabalho das equipes (crescimento de 16%), levando-se em conta que não houve grandes variações percentuais quanto à capacitação dos profissionais, no que diz respeito à realização de treinamentos no mesmo período. Porém, há consenso na literatura de que ainda que os profissionais relatem esta melhora, não há evidências concretas desta constatação<sup>(14,15)</sup>.

Mesmo que a maior parte dos tipos de dados possuam características assistenciais, no presente estudo identificou-se que a maioria dos relatos indicam que as instituições tendem a iniciar o uso da informática em saúde pelos registros administrativos, através da coleta de dados cadastrais dos pacientes. Pode-se afirmar que uma exceção a este cenário é refletida na disponibilidade de resultados de exames laboratoriais por meio eletrônico. Uma hipótese para esta ocorrência talvez seja as avançadas tecnologias disponíveis nos laboratórios de análises clínicas, onde equipamentos já possuem interfaceamento com os computadores e seus próprios softwares.

### Limitações do estudo

Como limitações desse estudo, não foram realizadas análises regionais dos resultados apresentados pelo TIC Saúde. Sugere-se que, dadas às disparidades socioeconômicas brasileiras, estas informações possam ser relevantes na criação de planos de ação, visando uma maior amplitude no

uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde por todo o país.

### Contribuições do estudo para a prática

Esse estudo proporciona um panorama sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação em saúde pelos enfermeiros brasileiros. A partir desses achados pode-se elaborar e até implementar melhorias para a atuação dos enfermeiros com o uso de tecnologias novas ou até mesmo já existentes.

### CONCLUSÃO

O uso das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde tem evoluído nas instituições de saúde brasileiras, do ponto de vista dos enfermeiros. Sob este viés, os indicadores do TIC Saúde cumprem o seu papel, já que servem de referência para aplicação de melhorias e criação de estratégias nos estabelecimentos de saúde, quando o assunto é o papel que os sistemas de informação desempenham no incremento da assistência oferecida.

Os enfermeiros percebem a melhora nos processos de trabalho, no entanto, existem avanços a serem realizados. Principalmente, precisa-se melhorar os percentuais de capacitação das equipes, infraestrutura e qualidade – não só assistencial, mas também do ambiente ocupacional.

Diante das informações, percebe-se que, apesar da melhora na eficiência dos processos de forma geral com o uso dos sistemas informatizados, os enfermeiros brasileiros não tiveram incremento em suas horas de capacitação nem perceberam impactos significativos nas suas jornadas de trabalho – aspecto divergente ao evidenciado pela literatura existente. Talvez estas sejam informações que necessitem ser melhor avaliadas em uma nova investigação.

### Contribuição dos Autores

Michelle Eifler Machado e Graciele Fernanda da Costa Linch : concepção e/ou desenho; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica e revisão final. Adriana Aparecida Paz: concepção e/ou desenho; redação do artigo; revisão crítica e revisão final.

## REFERÊNCIAS

1. Lima DFB, Ivo GP, Braga ALS. A informática em enfermagem nos sistemas de informação: revisão sistemática de literatura. *Rev pesquis cuid fundam* [internet]. 2013 [cited 2019 Jun 04];5(3):18-26. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1432>
2. Galdino SV, Azevedo JS, Tenorio JM et al. Revisão narrativa sobre a gestão da informação e informática em saúde no SUS. *Rev Gest Saúde* [internet]. 2016 [cited 2019 Jun 04];7(1):1058-73. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3570/3253>
3. Landeiro MJL, Freire RMA, Martins MM, Martins TV, Peres HHC. Tecnologia educacional na gestão de cuidados: perfil tecnológico de enfermeiros de hospitais portugueses. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2015 [cited 2019 Jun 04];49(Esp2):150-55. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000800150&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000800150&script=sci_abstract&tlng=pt)
4. Vollmer AM, Prokosch HU, Bürkle T. Identifying barriers for implementation of computer based nursing documentation. *Stud Health Technol Inform.* [internet]. 2014 [cited 2019 Jun 04 2019];201:94-101. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24943530>.
5. Oliveira JF. Health professionals and organizations lack of awareness regarding the information technology resources usage in front of their major beneficiary: patients. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde* [internet]. 2014 [cited 2019 Jun 04]; 3(1): 27-39. Available from: [https://www.academia.edu/11891611/Health\\_Professionals\\_and\\_Organizations\\_Lack\\_of\\_Awareness\\_Regarding\\_the\\_Information\\_Technology\\_Resources\\_Usage\\_in\\_Front\\_of\\_Their\\_Major\\_Beneficiary\\_Patients](https://www.academia.edu/11891611/Health_Professionals_and_Organizations_Lack_of_Awareness_Regarding_the_Information_Technology_Resources_Usage_in_Front_of_Their_Major_Beneficiary_Patients).
6. Stevenson JE, Nilsson G. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *J Adv Nurs* [internet]. 2012 [cited 2019 Jun 04];68(3):667-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21781148>.
7. Centro Regional para o Desenvolvimento da Sociedade de Informação. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de Saúde brasileiros - TIC Saúde [cited 2019 Jun 04]. Available from: <http://cetic.br/pesquisa/saude/>.
8. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR [editor]. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2016. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2017.
9. Ahn M, Choi M, Kim YA. Factors associated with the timeliness of electronic nursing documentation. *Healthc Inform Res* [internet]. 2016 [cited 2019 Jun 04]; 22(4): 270-76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116538/>.
10. Maia DA, Valente GSC. A gestão da informação em atenção básica de saúde e a qualidade dos registros de enfermagem. *Investigación Enferm: Imagem Y Desarrollo* [internet]. 2018 [cited 2019 Ago 15];20(2):1-8. Available from: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/1452/145256681004/html/index.html>.
11. Snowden A, Kolb H. Two years of unintended consequences: introducing an electronic health record system in a hospice in Scotland. *J Clin Nurs* [internet]. 2017 [cited 2019 Ago 15];26(9-10):1414-1427. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27602553>.
12. Vidal NV. Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones: un desafío para la gestión del cuidado. *Rev Cubana de Enfermer* [internet]. 2016 [cited 2019 Ago 15]; 32(1). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n1/enf13116.pdf>.
13. Junior EFP, David HMSL. Trabalho de enfermagem e precarização: uma revisão integrativa. *Enferm Foco* [internet]. 2018 [cited 2019 Ago 16]; 9(4):71-76. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1325/481>.
14. Kelley TF, Brandon DH, Docherty SL. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *J Nurs Scholarsh* [internet]. 2011 [cited 2019 Ago 16]; 43(2):154-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21605319>.
15. Matsuda LM, Évora YDM, Higarashi IH, Gabriel CS, Inoue KC. Informática em enfermagem: desvelando o uso do computador por enfermeiros. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2015 [cited 2019 Ago 16]; 24(1): 178-86. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00178.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00178.pdf)

# IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: PERFIL E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Rafaela Baptista<sup>1</sup>

Angela Maria Alvarez<sup>2</sup>

Simony Fabíola Lopes Nunes<sup>3</sup>

Rafaela Vivian Valcarenghi<sup>4</sup>

Sayonara de Fatima Faria Barbosa<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5094-1886>

<http://orcid.org/0000-0002-2622-3494>

<http://orcid.org/0000-0003-4613-8542>

<http://orcid.org/0000-0002-7083-3329>

<https://orcid.org/0000-0002-2342-3300>

**Objetivos:** identificar o perfil sócio-demográfico de idosos com doença de Parkinson, e conhecer e avaliar as condições de saúde destes em relação ao estágio da doença, cognição e risco de quedas. **Metodologia:** estudo quantitativo, de corte transversal. Participaram 50 idosos com doença de Parkinson. Para a coleta de dados utilizou-se questionário sociodemográfico/clínico e instrumentos Escala de incapacidade de Hoehn e Yahr, Mini Exame do Estado Mental e Escala de Risco de Quedas. **Resultados:** entre os níveis de incapacidade provocados pela doença, 50% dos idosos apresentou comprometimento leve, 32% comprometimento moderado e 18% comprometimento grave. 34% dos idosos apresentaram déficit cognitivo. Todos os participantes com incapacidade grave apresentaram risco de quedas, e os com incapacidade leve obtiveram risco de quedas em 76%. **Conclusão:** conhecer as condições de saúde dos idosos com doença de Parkinson pode contribuir no desenvolvimento de uma assistência multiprofissional de qualidade.

**Descritores:** Cognição; Doença-de-Parkinson; Equilíbrio-Postural; Idoso.

## ELDERLY WITH PARKINSON'S DISEASE: PROFILE AND HEALTH CONDITIONS

**Objectives:** To identify the sociodemographic profile of elderly people with Parkinson's disease, and to know and evaluate their health conditions in relation to disease stage, cognition and risk of falls. **Methodology:** quantitative, cross-sectional study. Fifty elderly with Parkinson's disease participated. For data collection we used a sociodemographic / clinical questionnaire and instruments Hoehn and Yahr Disability Scale, Mini Mental State Examination and Fall Risk Scale. **Results:** Among the levels of disability caused by the disease, 50% of the elderly presented mild impairment, 32% moderate impairment and 18% severe impairment. 34% of the elderly had cognitive deficit. All participants with severe disability had a risk of falls, and those with mild disability had a risk of falls in 76%. **Conclusion:** knowing the health conditions of the elderly with Parkinson's disease can contribute to the development of quality multidisciplinary care.

**Descriptors:** Cognition; Parkinson-Disease; Postural-Balance; Aged.

## ANCIANO CON ENFERMEDAD DE PARKINSON: PERFIL Y CONDICIONES DE SALUD

**Objetivos:** identificar el perfil sociodemográfico de las personas mayores con enfermedad de Parkinson y conocer y evaluar sus condiciones de salud en relación con la etapa de la enfermedad, la cognición y el riesgo de caídas. **Metodología:** estudio cuantitativo, transversal. Participaron cincuenta ancianos con enfermedad de Parkinson. Para la recopilación de datos, utilizamos un cuestionario sociodemográfico / clínico e instrumentos Escala de discapacidad de Hoehn y Yahr, Mini examen del estado mental y Escala de riesgo de caída. **Resultados:** Entre los niveles de discapacidad causados por la enfermedad, el 50% de los ancianos presentaban deterioro leve, 32% de deterioro moderado y 18% de deterioro grave. El 34% de los ancianos tenían déficit cognitivo. Todos los participantes con discapacidad severa tenían un riesgo de caídas, y aquellos con discapacidad leve tenían un riesgo de caídas en el 76%. **Conclusión:** conocer las condiciones de salud de los ancianos con enfermedad de Parkinson puede contribuir al desarrollo de una atención multidisciplinaria de calidad.

**Descritores:** Cognición; Enfermedad-de-Parkinson; Balance-Postural; Anciano.

1-Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

2- Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

3- Universidade Federal do Maranhão-UFMA.

4- Centro Universitário Estácio de Santa Catarina.

Autor correspondente: Rafaela Vivian Valcarenghi. E-mail: [rafaelavalcarenghi@yahoo.com.br](mailto:rafaelavalcarenghi@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

Estamos acompanhando no Brasil, nas últimas décadas, o envelhecimento populacional, o qual destaca-se pela queda na fecundidade e queda da mortalidade em idades cada vez mais avançadas, trajetória populacional esta que anteriormente era mais evidente nos países desenvolvidos<sup>(1)</sup>.

Porém, diante do aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional, há um paradoxo, pois à medida que o indivíduo envelhece, ocorre a diminuição da capacidade funcional, da cognição e da independência de um modo geral. Em alguns casos existe a presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) concomitantemente com o envelhecimento, o que acentua as complicações no cotidiano do idoso<sup>(2)</sup>.

Dentre as DCNT pode-se citar a doença de Parkinson (DP), caracterizada por ser uma doença neurodegenerativa, multissistêmica com envolvimento do sistema nervoso periférico<sup>(3)</sup>. Os principais sinais e sintomas motores da DP são: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural, entretanto, também é caracterizada por comprometimentos como alteração de reflexos posturais, bloqueio motor e sintomas não-motores como declínio cognitivo. Dos sinais motores, os distúrbios da marcha e a instabilidade postural são as principais causas de quedas e deficiência na DP, enquanto que a cognição desempenha papel importante no controle postural e pode interferir na avaliação e no tratamento da marcha e da postura, e, portanto, importante na avaliação para riscos de queda<sup>(4)</sup>.

A deficiência cognitiva é uma manifestação não-motora comum da DP, com déficits variando de dificuldades cognitivas leves em um ou mais domínios cognitivos para demência grave. A Sociedade Internacional de Transtorno de Parkinson e Movimento recomenda a utilização das escalas de avaliação cognitiva que medem o desempenho cognitivo global na DP, uma vez que esta influencia diretamente o risco de quedas<sup>(5)</sup>.

Como a DP é uma doença crônica e progressiva, os sinais e sintomas tendem a avançarem com o tempo de evolução do diagnóstico, por isso, em alguns casos as funções do indivíduo tornam-se cada vez mais comprometidas, o que o deixa mais dependente e com maior necessidade de cuidado<sup>(6)</sup>. A avaliação adequada das deficiências de marcha e equilíbrio são imperativas e também deve incluir a avaliação da função executiva. A detecção de distúrbios cognitivos e de marcha em pessoas com DP pode melhorar a qualidade de vida dessa população e reduzir o risco de quedas por intervenção precoce e estratégias terapêuticas adequadas, por isto, há escalas que avaliam o nível de comprometimento do avançar da doença, permitindo maior visibilidade das condições gerais da pessoa com DP para que se possa intervir da melhor maneira possível,

buscando alcançar bons resultados na assistência<sup>(4,7)</sup>.

Conhecer as condições de saúde e as características de idosos com DP é essencial para que a equipe multiprofissional possa prestar assistência de qualidade, voltada para as reais necessidades desta pessoa. Deste modo, torna-se possível construir um plano de cuidado específico para o idoso com DP, pautado nas suas fragilidades, permitindo capacitá-lo para que se torne o mais independente possível nas suas atividades da vida diária.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo são: identificar o perfil sociodemográfico de idosos com DP, e conhecer e avaliar as condições de saúde destes em relação ao estágio da doença, cognição e risco de quedas.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa e corte transversal. Pesquisa foi realizada no domicílio do idoso com DP cadastrados na Associação Parkinson de Santa Catarina (APASC).

### Participantes da pesquisa

Foram identificadas 89 pessoas com 60 anos ou mais cadastradas na APASC. Ao serem contatados para participarem da pesquisa constatou-se que: 25 associados tinham o número telefônico inexistente, sete indivíduos haviam falecido, um associado havia se mudado do Estado de Santa Catarina e seis idosos não aceitaram participar, restando então, uma população de 50 indivíduos. Quando todos os N elementos do estudo sejam igual ou menor que 80 elementos, recomenda-se constituir a amostra com o N elementos totais, ou seja, aconselha-se realizar uma pesquisa quantitativa por censo, por isso neste estudo a população total que é 50 indivíduos, constituiu também a amostra<sup>(8)</sup>.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2014, com a aplicação de questionário estruturado com caracterização sociodemográfica (sexo, idade, nível de escolaridade e estado civil) e tempo de diagnóstico da DP. Além disso, os participantes foram avaliados por meio dos seguintes instrumentos:

Escala de Hoehn e Yahr (HY): fornece uma estimativa da função clínica na DP, com foco na gravidade dos sintomas motores e no nível relativo de incapacidade causada pela doença<sup>(9)</sup>. Neste estudo, tendo como base outras pesquisas já desenvolvidas com pessoas com DP, optou-se por agrupar os estágios do grau de incapacidade causado pela DP em três níveis de comprometimento, definidos como: comprometimento leve (0-2,0), moderado (2,5-3,0) e grave (4,0 e 5,0)<sup>(10)</sup>.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM): exame cognitivo que avalia os domínios: atenção/orientação, memória, fluência, linguagem e visuoespacial. Com uma pontuação máxima de 30 pontos, índices mais altos indicam melhor funcionamento cognitivo<sup>(11)</sup>.

Escala para risco de quedas: desenvolvida em 1992. Composto por questões referentes a quedas anteriores, uso de medicamentos, déficits sensoriais, estado mental e marcha. Para cada pergunta do questionário, em que a resposta que contém o asterisco for positiva, a pontuação é um, sendo assim o máximo do score é onze e o mínimo zero. Dessa maneira, avalia-se que o score total igual ou maior que três indica risco de queda<sup>(12,13)</sup>.

### Análise dos dados

Para realizar as análises estatísticas utilizou-se a ferramenta computacional on-line SestatNet@.8 A análise descritiva foi realizada por meio de médias, desvio padrão, frequência absoluta e frequência relativa para descrever o perfil sociodemográfico e tempo de diagnóstico, e a análise exploratória foi realizada por meio do teste de Exato de Fisher para avaliar as variáveis risco de quedas e idade; Teste de hipótese para correlacionar as variáveis risco de quedas e nível de incapacidade e Teste Qui-Quadrado para avaliar a relação entre as variáveis déficit cognitivo e tempo de diagnóstico. Foi avaliada associações entre variáveis e o nível de significância considerado foi  $p < 0,05$ .

### Procedimentos éticos

Em relação aos aspectos éticos, foi cumprido os preceitos nacionais e internacionais em pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) conforme parecer nº 26676614.5.0000.

### RESULTADOS

Um total de 50 sujeitos com DP em tratamento foram incluídos. Destes, 84% encontrava-se na faixa etária de 60 a 79 anos. A média de idade dos 50 sujeitos foi de 71,6 anos, com desvio padrão de 7,49 anos. Os idosos do gênero masculino tiveram a idade variando entre 61 e 85 e as mulheres entre 60 e 88 anos. Quanto ao sexo, a porcentagem de mulheres (52%) é discretamente superior. Quanto ao estado civil, há maior número de idosos casados (68%), desses 21 são do sexo masculino e 13 são do sexo feminino. Entre os solteiros apresentou-se apenas indivíduos do sexo feminino. Referente ao nível de escolaridade, 54% apresentam ensino fundamental, sendo que 14 são mulheres e 13 são homens. Afirmaram ter ensino superior 26% dos indivíduos participantes da pesquisa, sendo que 9 deles são homens e 5 são mulheres.

As características sociodemográficas da amostra do estudo estão resumidas na Tabela 1.

**Tabela 1** Distribuição dos idosos com doença de Parkinson, segundo as características sociodemográficas. Florianópolis, SC, Brasil, 2014. (n=50)

Características sociodemográficas	Frequência	Frequência Relativa
	Absoluta N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	26	52
Masculino	24	48
<b>Faixa Etária</b>		
60 – 69 anos	21	42
70 – 79 anos	21	42
80 – 89 anos	8	16
<b>Estado Civil</b>		
Casados	34	68
Solteiros	4	8
Viúvo	6	12
Divorciado	6	12
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino Superior	14	26
Ensino médio	9	20
Ensino fundamental	27	54

Tratando-se do tempo de diagnóstico da DP, 40% dos indivíduos convivem com a doença de 1 a 5 anos, a média de idade desse grupo foi de 66,6 anos, mediana de 65 e desvio padrão de 6,17. As faixas de 6 a 10 anos e de 11 a 15 anos de diagnóstico obtiveram a mesma expressividade de 24%. O grupo de 6 a 10 anos de diagnóstico apresentou a média de idade de 71,8 anos, mediana de 73,5 e desvio padrão de 6,04. O grupo de 11 a 15 anos de diagnóstico apresentou a média de idade de 75,4 anos, mediana de 74,5 e desvio padrão 7,4. Já os pacientes com 16 ou mais anos de convívio com o Parkinson representam apenas 12% da amostra e a média de idade nesse grupo foi 75,4 anos, mediana de 75,5 e desvio padrão de 7,26.

Foi avaliado o risco de quedas nos idosos com DP, por meio da aplicação do Questionário para o Risco de Quedas. Analisou-se a relação desta variável, ou seja, possuir ou não risco de quedas com idade e nível de incapacidade de HY. Utilizou-se o teste de Exato de Fisher para avaliar as variáveis risco de quedas e idade, não sendo encontrada significância estatística ( $p=0,79$ ) entre as mesmas.

Não foi possível realizar o teste de hipótese entre as variáveis risco de quedas e nível de incapacidade de HY, pois algumas das frequências esperadas eram menores que cinco. Porém, observou-se que todos os pacientes com incapacidade



grave apresentaram risco de quedas, já os pacientes com incapacidade leve obtiveram risco de quedas em 76% dos casos. Essa análise descritiva sugere que para esta população o risco de quedas aumenta com o agravamento do nível de incapacidade.

A Tabela 2 apresenta os níveis de incapacidade de HY causados pela DP por sexo, faixa etária e tempo de diagnóstico.

**Tabela 2** Nível de Incapacidade através da escala de HY de idosos com doença de Parkinson. Florianópolis, SC, Brasil, 2014. (n=50).

Variável	Grupos	Leve (n=25)	Moderado (n=16)	Grave (n=9)	Frequência (N=50)
Sexo	Feminino	14 (53,8%)	7 (26,9%)	5 (19,2%)	26
	Masculino	11 (45,8%)	9 (37,5%)	4 (16,6%)	24
Idade	60 – 69	15 (71,4%)	5 (23,8%)	1 (4,7%)	21
	70 – 79	8 (38,0%)	9 (42,8%)	4 (19,0%)	21
	80 – 88	2 (25,0%)	2 (25,0%)	4 (50,0%)	8
Tempo de diagnóstico (anos)	1 – 5	13 (65,0%)	6 (30,0%)	1 (5%)	20
	6 – 10	7 (58,3%)	3 (25,0%)	2 (16,6%)	12
	11 – 15	4 (33,3%)	4 (33,3%)	4 (33,3%)	12
	> 16	1 (16,6%)	3 (50,0%)	2 (33,3%)	6

Percebe-se diferença discreta entre os níveis de incapacidade quando se compara homens e mulheres, ou seja, os dois grupos apresentam aproximadamente o mesmo número de indivíduos com incapacidade leve, moderada e grave.

Quando se avalia o comprometimento causado pela DP baseado na escala de HY, e relaciona-se com o tempo de diagnóstico observa-se que 66% dos indivíduos com comprometimento grave são dos grupos que têm a DP por 10 anos ou mais.

A Tabela 3 descreve a ausência ou presença de déficit cognitivo por sexo, faixa etária e tempo de diagnóstico.

**Tabela 3** Déficit Cognitivo em idosos com doença de Parkinson. Florianópolis, SC, Brasil, 2014. (n=50)

Variável	Grupos	Ausência (n=33) 66%	Presença (n=17) 34%	Frequência (N=50)
Sexo	Feminino	19 (73,1%)	7 (26,9%)	26
	Masculino	14 (58,3%)	10 (41,7%)	24
Idade	60 – 69	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21
	70 – 79	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21
	80 – 88	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8
Tempo de diagnóstico (anos)	1 – 5	17 (85,0%)	3 (15,0%)	20
	6 – 10	7 (58,3%)	5 (41,7%)	12
	11 – 15	6 (50,0%)	6 (50,0%)	12
	> 16	3 (50,0%)	3 (50,0%)	6

Na Tabela 3 analisou-se a relação entre as seguintes variáveis: déficit cognitivo e faixa etária, foi aplicado o Teste de Exato de Fisher onde  $p > 0,05$ ; não havendo significância estatística entre as variáveis. O Teste Qui-Quadrado foi aplicado para avaliar a relação entre as variáveis déficit cognitivo e tempo de diagnóstico, foi encontrado  $p = 0,08$ ; deste modo não foi encontrado significância estatística entre as variáveis analisadas.

## DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que os idosos com DP participantes foram, na sua maioria, do sexo feminino (52%), com idade média de 71,6 anos (+/-7,49). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos com pessoas vivendo com a DP<sup>(14-17)</sup>.

A idade e duração da DP são fatores de risco confirmados para demência. No entanto, a duração da doença parece ser fator menos importante no declínio cognitivo em pacientes com  $\geq 85$  anos, já o gênero masculino provavelmente está associado a taxas mais altas de demência em pacientes com DP<sup>(18)</sup>.

Este estudo evidenciou que quanto ao arranjo familiar, grande parte dos idosos convive em meio familiar e contam com o apoio do cônjuge. Por ser uma doença incapacitante, com a sua progressão o indivíduo irá necessitar de suporte para melhor adaptação frente as mudanças ocasionadas pela doença, bem como apoio para o enfrentamento dos sintomas que podem surgir em decorrência da doença e/ou medicamentos<sup>(16,19)</sup>.

Apesar de todos participantes do estudo serem alfabetizados, nota-se que há predominância da baixa escolaridade. Os profissionais de saúde ao avaliarem idosos com DP devem considerar esta variável, visto que,

uma maior escolaridade é fator protetor para demências neurodegenerativas, e na DP uma maior escolaridade está associada a menor gravidade da incapacidade motora, sendo que esta associação pode refletir um efeito protetor extranigral sobre a integridade da substância branca<sup>(5,15,17,18)</sup>.

Em relação ao nível de incapacidade, o teste estatístico realizado não demonstrou relação com a variável idade. Esse achado é consistente com as demais variáveis desta pesquisa, visto que não foi encontrada associação entre nível de incapacidade e sexo, possivelmente porque nossa população de estudo reflete uma população mista de pessoas com a doença, tanto em estado precoce e como avançado, em diferentes estágios da doença e de tempo de diagnóstico, ou seja, há idosos acima de 80 anos ainda em estágio inicial da patologia e idosos >65 anos em estágio avançado da doença.

As análises descritivas mostraram que todos os idosos com comprometimento grave pela escala de HY apresentaram risco de quedas, já os idosos com comprometimento leve apresentaram risco de quedas em menor frequência. Nossos achados confirmam algumas correlações previamente relatadas entre gravidade da doença e o risco de quedas, identificando que indivíduos nos estágios moderado e grave da escala de HY possuem maior risco para cair<sup>(19)</sup>.

Estudos anteriores apontam para aumento da presença e gravidade das alterações apresentadas pelos portadores da DP, segundo a evolução dos estágios da patologia, considerando os aspectos referentes à atividade motora e atividades de vida diária, destacando-se alterações relacionadas à fala, deglutição, capacidade de vestir-se, higienizar-se, girar no leito e levantar-se da cadeira, ocorrência de quedas, postura, estabilidade postural e marcha, e presença de bradicinesia/hipocinesia<sup>(20,21)</sup>.

Alterações neurodegenerativas que são causadas pela DP geram degeneração de neurônios dopaminérgicos da substância nigra, ocasionando distúrbios motores frequentes, como: tremores, rigidez muscular, bradicinesia e dificuldades de equilíbrio.<sup>(5)</sup> Isto confirma que os sinais da patologia contribuem para que ocorram quedas ou para que haja risco de quedas nesses idosos<sup>(22)</sup>.

O enriquecimento cognitivo promove o desenvolvimento da neuroplasticidade, que permite a manutenção da função cognitiva mesmo em uma pessoa com patologia cerebral. Os recursos cognitivos, como a percepção visual, memória, atenção dividida, coordenação, sequenciamento do motor e função executiva, ajudam a reduzir o risco de quedas e a compensar a deficiência em adultos mais velhos<sup>(23)</sup>.

No presente estudo, 34% dos idosos apresentaram déficit cognitivo atestado pelo MEEM, sendo que sete eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Esses resultados corroboram com o fato de que a DP está associada ao comprometimento

cognitivo e não somente aos sintomas motores, reforçando que a magnitude deste aspecto necessitará ser considerado pela equipe de saúde responsável pelo cuidado do idoso com DP e suas intervenções, respeitando as singularidades inerentes ao processo individual de progressão da doença<sup>(24)</sup>.

A análise descritiva das frequências relativas e absolutas apontou que os idosos na faixa etária mais avançada, ou seja, de 80 a 88 anos foram o que mais apresentaram déficit cognitivo, corroborando com resultados que afirmam que os pacientes com DP têm incidência de demência seis vezes maior que a população em geral, e que o aumento da idade combinado com baixo envolvimento social pode estar associado a um aumento do risco de demência na DP<sup>(25)</sup>. O teste estatístico aplicado no presente estudo não comprovou a relação entre déficit cognitivo e faixa etária, provavelmente justificado pelo pequeno tamanho da amostra.

### Limitações do estudo

Como limitações do estudo destaca-se o uso de amostra de conveniência recrutada de uma associação local especializada. Ademais, os participantes foram submetidos a avaliações durante o uso de medicações, visto que as mesmas eram regularmente agendadas. As classificações no estado "on" da medicação podem não capturar com precisão a incapacidade motora.

### Contribuições do estudo para a prática

Tratando-se de uma doença crônica neurodegenerativa com representação aproximada de 1% da população, considera-se a temática de relevância, pois poderá fomentar o fortalecimento de políticas públicas e sociais voltadas aos idosos com DP, e auxiliará na reflexão para melhorar a assistência multiprofissional. Para pesquisas futuras, sugerimos incluir uma população mais heterogênea.

### CONCLUSÃO

No que diz respeito ao risco de quedas, pode-se relatar que é algo comum na população idosa e acentua-se quando está relacionado com a DP, pois esta causa alterações motoras e cognitivas que podem contribuir ainda mais para os casos de quedas, tanto que neste estudo todos os indivíduos com comprometimento grave causado pela doença apresentaram risco para quedas. Já a alteração cognitiva pode estar presente desde o início do diagnóstico da doença e evoluir com o avançar da mesma, tornando-se uma problemática a ser atentamente avaliada, e explorada por novos estudos.

Ao direcionar o foco para a manutenção da independência e melhora da qualidade de vida, o profissional de saúde deve desenvolver um planejamento pautado para prevenção do risco de quedas e para presença de diferentes graus de

déficit cognitivo, com intuito de auxiliar o idoso com DP a ser o mais independente possível nas suas atividades diárias e a ter qualidade de vida, mesmo convivendo com uma doença crônica progressiva.

### Contribuição dos autores

Rafaela Baptista: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final; Angela Maria Alvarez: concepção, interpretação dos dados, revisão crítica e revisão final; Simony Fabiola Lopes Nunes e Rafaela Vivian Valcarenghi: interpretação dos dados e revisão final; Saionara de Fatima Faria Barbosa: análise e interpretação dos dados.

### REFERÊNCIAS

- Szwarcwald CL, Montilla DER, Marques AP, Damacena GN, Almeida WDS, Malta DC. Inequalities in healthy life expectancy by Federated States. *Rev de Saúde Públ.* [Internet] 2017 [cited 2019 Aug 27]; 51 (1): 7s. Available from: <https://www.scielo.org/rsp/2017.v51suppl1/7s/pt/>
- Sveinbjornsdottir S. The clinical symptoms of Parkinson's disease. *J. neurochem.* [Internet] 2016 [cited 2019 Feb 22]; 139 (1): 318-324. Available from: <https://doi.org/10.1111/jnc.13691>
- Georgescu D, Ancusa OE, Georgescu LA, Ionita I, Reisz D. Nonmotor gastrointestinal disorders in older patients with Parkinson's disease: is there hope? *Clin Interv Aging.* [Internet] 2016 [cited 2018 Sep 22]; 11: 1601-1608. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S106284>
- Barbosa AF, Chen J, Freitag F, Valente D, Souza CDO, Voos MC et al. Gait, posture and cognition in Parkinson's disease. *Dement. Neuropsychol.* [Internet] 2016 [cited 2018 Sep 22]; 10 (4): 280-286. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-5764-2016dn1004005>
- Skorvanek M, Goldman, JG, Jahanshahi M, Marras C, Rektorova I, Schmand B. et al. Global scales for cognitive screening in Parkinson's disease: Critique and recommendations. *Mov. Disord.* [Internet] 2018 [cited 2018 Sep 22]; 33 (2): 208-218. Available from: <https://doi.org/10.1002/mds.27233>
- Zhang TM, Yu SY, Guo P, Du Y, Hu Y, Piao YS. et al. Nonmotor symptoms in patients with Parkinson disease: A cross-sectional observational study. *Medicine (Baltimore).* [Internet] 2016 [cited 2018 Sep 22]; 95 (50): e5400. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000005400>
- Siciliano M, De Micco R, Trojano L, De Stefano M, Baiano C, Passaniti C. et al. Cognitive impairment is associated with Hoehn and Yahr stages in early, Parkinson disease patients. *Parkinsonism Relat. Disord.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 22]; 41: 86-91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.05.020>
- Nassar SM, Wronski VR, Ohira M, Wilges B, Mateus, GP, Tenorio, MB, SStatNet-Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web, Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. [Internet] 2019 [cited 2019 Feb 02]. Available from: <http://www.sestatnet.ufsc.br/sestat-net.php>
- Gao Y, Nie K, Mei M, Guo M, Huang Z, Wang L. et al. Changes in cortical thickness in patients with early Parkinson's disease at different Hoehn and Yahr stages. *Front. Hum. Neurosci.* [Internet] 2018 [cited 2019 Aug 27]; 12 (469): 1-9. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2018.00469/full>
- Skorvanek M, Martinez-Martin P, Kovacs N, Rodriguez-Violante M, Corvol JC, Taba P. et al. Differences in MDS - UPDRS scores based on Hoehn and Yahr stage and disease duration. *Mov. Disorders Clinical Practice.* [Internet] 2017 [cited 2019 Aug 27]; 4 (4): 536-544. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/mdc3.12476>
- Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *J. Psychiatric Research.* [Internet] 1975 [cited 2018 Sep 22]; 12 (3): 189-198. Available from: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Gaspar A, Mendes P, Azevedo R, Reiners A, Segri N. Quedas: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos. *Enferm Foco.* [Internet] 2019 [cited 2019 Aug 27]; 10 (2): 97-103. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1947>
- Fasano A, Canning CG, Hausdorff JM, Lord S, Rochester L. Falls in Parkinson's disease: a complex and evolving picture. *Mov. Disord.* [Internet] 2017 [cited 2019 Aug 27]; 32 (11): 1524-1536. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29067726>
- Díez Cirarda M, Ojeda N, Peña J, Cabrera Zubizarreta A, Jiménez LO, Gómez Esteban JC et al. Long term effects of cognitive rehabilitation on brain, functional outcome and cognition in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 19]; 25 (1): 5-12. Available from: <https://doi.org/10.1111/ene.13472>
- Skorvanek M, Goldman, JG, Jahanshahi M, Marras C, Rektorova I, Schmand B. et al. Global scales for cognitive screening in Parkinson's disease: Critique and recommendations. *Mov. Disord.* [Internet] 2018 [cited 2019 Aug 27]; 33 (2): 208-218. Available from: <http://wly-reg.onecount.net/onecount/redirects/index.php?action=get=-tokens&js1=&sid=&return=https%3A%2F%2Fonlinelibrary.wiley.com%2Fdoi%2Fabs%2F10.1002%2Fmds.27233&sid=920q9grbk8g72hqatcdto05da7>
- Ribas CG, Silva LA, Corrêa MR, Teive HG, Valderramas S. Effectiveness of exergaming in improving functional balance, fatigue and quality of life in Parkinson's disease: A pilot randomized controlled trial. *Parkinsonism Relat. Disord.* [Internet] 2017 [cited 2019 Mar 19]; 38: 13-18. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.02.006>
- Hirsch L, Jette N, Frolkis A, Steeves T, Pringsheim T. The incidence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology.* [Internet] 2016 [cited 2019 Mar 19]; 46 (4): 292-300. Available from: <https://doi.org/10.1159/000445751>
- Cereda E, Cilia R, Klersy C, Siri C, Pozzi B, Reali E. et al. Dementia in Parkinson's disease: Is male gender a risk factor? *Parkinsonism Relat. Disord.* [Internet] 2016 [cited 2019 Mar 18]; 26: 67-72. Available from: [Doi: 10.1016/j.parkreldis.2016.02.024](https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2016.02.024)
- Valcarenghi RV, Alvarez MA, Santos SSC, Siewert JS, Nunes SFL, Tomasi AVR. The daily lives of people with Parkinson's disease. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet] 2018 [cited 2019 Mar 19]; 71 (2): 272-279. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000200272&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200272&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0577>.
- Díez Cirarda M, Ojeda N, Peña J, Cabrera Zubizarreta A, Lucas Jiménez O, Gómez Esteban JC. et al. Long term effects of cognitive rehabilitation on brain, functional outcome and cognition in Parkinson's disease. *European Journal of Neurology.* [Internet] 2018 [cited 2019 Aug 27]; 25 (1): 5-12. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ene.13472>
- Jonasson SB, Nilsson MH, Lexell J, Carlsson G. Experiences of fear of falling in persons with Parkinson's disease—a qualitative study. *BMC geriatrics.* [Internet] 2018 [cited 2019 Mar 19]; 18 (44): 1-10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0735-1>
- Lindholm B, Nilsson MH, Hansson O, Hagell P. External validation of a 3-step falls prediction model in mild Parkinson's disease. *Journal of Neurology.* [Internet] 2016 [cited 2017 Sep 22]; 263 (12): 2462-2469. Available from: [Doi: 10.1007/s00415-016-8287-9](https://doi.org/10.1007/s00415-016-8287-9)
- Anang J, Nomura T, Romenets SR, Nakashima K, Gagnon JF, Postuma RB. Dementia predictors in Parkinson disease: a validation study. *Journal of Parkinson's disease.* [Internet] 2017 [cited 2019 Aug 27]; 7 (1): 159-162. Available from: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-parkinsons-disease/jpd160925>
- Tosin MHS, Campos DM, Andrade LT, Oliveira BGRB, Santana RF. Intervenções de Enfermagem para a reabilitação na doença de Parkinson: mapeamento cruzado de termos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2016 [cited 2017 Sep 22]; 24: e2728. Available from: [Doi: 10.1590/1518-8345.0689.2728](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0689.2728)
- Hindle JV, Hurt CS, Burn DJ, Brown RG, Samuel M, Wilson KC, Clare L. The effects of cognitive reserve and lifestyle on cognition and dementia in Parkinson's disease—a longitudinal cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* [Internet] 2016 [cited 2017 Sep 22]; 31 (1): 13-23. Available from: [Doi: 10.1002/gps.4284](https://doi.org/10.1002/gps.4284)

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Deborah Fernanda Nunes Moreira<sup>1</sup>

Isabella Lopes Santos<sup>1</sup>

Bruna Micaelle Evangelista Pereira Azevedo<sup>1</sup>

Diego Dias de Araújo<sup>1</sup>

Ricardo Otávio Maia Gusmão<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-4960-0245>

<https://orcid.org/0000-0002-1070-7160>

<https://orcid.org/0000-0002-0089-1670>

<https://orcid.org/0000-0002-8927-6163>

<https://orcid.org/0000-0001-9941-1114>

**Objetivo:** Identificar os principais diagnósticos de enfermagem em usuários de álcool e outras drogas, acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial do Norte de Minas Gerais, Brasil. **Metodologia:** Estudo exploratório Descritivo, do tipo transversal realizado com 26 indivíduos. Os dados foram coletados em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, através da consulta de enfermagem, com auxílio de um instrumento com variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica. **Resultados:** 95,7% eram do sexo masculino, a média de idade foi de 42 anos. 92,3% relataram usar álcool, 76,9% tabaco e 69,2% outras drogas. Identificaram-se 104 termos que se referiam a 60 diferentes diagnósticos de enfermagem da terminologia CIPE®, classificados conforme as Necessidades Humanas Básicas. **Conclusão:** Por meio dos Diagnósticos de Enfermagem elencados evidencia-se a necessidade da implementação e consolidação do Processo de Enfermagem como estratégia fundamental para melhoria de qualidade da assistência de enfermagem em saúde mental.

**Descritores:** Saúde Mental; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

## NURSING DIAGNOSES IDENTIFIED IN ALCOHOL AND OTHER DRUG USERS

**Objective:** To identify the main nursing diagnoses in users of alcohol and other drugs, followed in a Psychosocial Care Center in the north of Minas Gerais, Brazil. **Methodology:** Descriptive cross-sectional exploratory study with 26 subjects. Data were collected at a Psychosocial Care Center alcohol and other drugs through nursing consultation, with the help of an instrument with socio-demographic and clinical characterization variables. **Results:** 95.7% were male, the average age was 42 years. 92.3% reported using alcohol, 76.9% tobacco and 69.2% other drugs. We identified 104 terms that referred to 60 different nursing diagnoses of ICNP® terminology, classified according to Basic Human Needs. **Conclusion:** Through the Nursing Diagnoses listed, it is evident the need for the implementation and consolidation of the Nursing Process as a fundamental strategy for improving the quality of mental health nursing care.

**Descriptors:** Mental Health; Substance use disorders; Nursing process; Nursing diagnosis.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA IDENTIFICADOS EN USUARIOS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

**Objetivo:** identificar los principales diagnósticos de enfermería en usuarios de alcohol y otras drogas, seguidos en un Centro de Atención Psicossocial en el norte de Minas Gerais, Brasil. **Metodología:** estudio exploratorio Descritivo transversal con 26 sujetos. Los datos fueron recolectados en un Centro de Atención Psicossocial de alcohol y otras drogas a través de consultas de enfermería, con la ayuda de un instrumento con variables de caracterización sociodemográfica y clínica. **Resultados:** el 95.7% eran hombres, la edad promedio fue de 42 años. El 92.3% informó haber consumido alcohol, el 76.9% de tabaco y el 69.2% de otras drogas. Identificamos 104 términos que se referían a 60 diagnósticos de enfermería diferentes de la terminología ICNP®, clasificados de acuerdo con las necesidades humanas básicas. **Conclusión:** a través de los Diagnósticos de Enfermería enumerados, es evidente la necesidad de implementar y consolidar el Proceso de Enfermería como una estrategia fundamental para mejorar la calidad de la atención de enfermería en salud mental.

**Descritores:** Salud mental; Trastornos por uso de sustancias; Proceso de Enfermeira; Diagnóstico de Enfermería.



## INTRODUÇÃO

Com o advento da Reforma Sanitária, no Brasil, implantou-se nos anos noventa o Sistema Único de Saúde (SUS) que amplia o conceito de saúde a partir do Paradigma da Produção Social de Saúde cujo foco é a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado<sup>(1-2)</sup>. Para a efetivação desse paradigma, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como substituta ao modelo hospitalar e à centralidade do cuidado no dispositivo de internação psiquiátrica. Assim, implantou-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>(3)</sup>.

As drogas são substâncias capazes de provocar mudanças nas sensações, nível de consciência e estado emocional de quem as usa<sup>(4)</sup>. O uso de drogas vem deixando de ser considerado uma questão individual, e sim, coletiva, uma vez que aumenta o risco para problemas sociais, de trabalho, familiares, físicos e legais<sup>(5)</sup>.

Tratando-se do uso problemático de substâncias psicoativas, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) configura o principal recurso terapêutico. Destina-se ao atendimento de usuários em situações de crise, com demandas como Desintoxicação, manejo de fissuras e abstinências, além de situações de vulnerabilidade social associados ao uso<sup>(3,6-8)</sup>.

No contexto do cuidado, o enfermeiro é o profissional que possui visão sob uma perspectiva integral, buscando entender e assistir o sujeito de forma biopsicossocial e espiritual. Assim, com autonomia este é capaz de romper com práticas psiquiátricas dominantes e contribuir na consolidação do modelo psicossocial<sup>(9)</sup>.

Uma maneira de se prestar ao paciente do CAPS AD um cuidado de enfermagem de qualidade e organizado é através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Para tal, deve-se preconizar a implementação do Processo de Enfermagem (PE). Trata-se do método clínico da profissão e é composto pelas etapas de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Taxonomias ou classificações de enfermagem, podem ser utilizadas para designar os DE, intervenções e resultados de enfermagem<sup>(10,11)</sup>.

Nesta perspectiva, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é um instrumento complexo e abrangente, que viabiliza a padronização da linguagem entre os profissionais de enfermagem. A CIPE® possui o modelo de sete eixos (Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo, Localização e Cliente), que facilita a construção do diagnóstico e o acesso aos mesmos na classificação<sup>(12)</sup>.

O trabalho justifica-se visto que a identificação dos DEs, contribui na operacionalização de etapas do PE e na documentação da prática clínica do enfermeiro. Auxilia também no reconhecimento precoce de problemas que são

de domínio da enfermagem, sendo fundamentais para que se planeje e implemente cuidados adequados às necessidades específicas dos pacientes.

O presente estudo teve como objetivo identificar os principais diagnósticos de enfermagem em usuários de álcool e outras drogas, acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial do Norte de Minas Gerais, Brasil.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, do tipo transversal.

### Participantes da pesquisa

Os critérios de inclusão foram idade superior a 18 anos, estar em acompanhamento no serviço na modalidade de permanência-dia e consentir em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão foram: Não frequentar o CAPS AD no período da coleta, não aceitar participar do estudo e não estar incluso na modalidade permanência-dia.

Trabalhou-se com o total de 26 indivíduos acompanhados na modalidade assistencial permanência-dia, no período da coleta de dados. Destaca-se que o CAPS AD objetiva atender aos transtornos psíquicos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a fim de evitar as internações psiquiátricas. Para isso, faz-se o acompanhamento próximo e intensivo do usuário em situação de crise podendo acolhê-lo em regime de permanência-dia. Dessa forma, o universo da pesquisa foi apenas uma amostra das demandas que são atendidas neste serviço. No entanto, justifica-se a escolha dessa clientela exatamente por ser a mais vulnerável clinicamente e socialmente e por requererem ações intensivas e longitudinais do serviço e da enfermagem.

### Local do estudo

Este estudo foi realizado em um CAPS AD localizado no Norte de Minas Gerais, Brasil, no período de setembro a novembro de 2018.

O CAPS AD atua sob a coordenação de saúde mental da secretaria Municipal da cidade onde o estudo foi conduzido. O mesmo oferece acompanhamento multiprofissional; atividades recreativas e oficinas terapêuticas; atendimentos voltados à família, visita domiciliar, grupos de discussão e assembleias com os usuários; ações intersetoriais e territoriais de reinserção social. É destinado para situações de crise e grande vulnerabilidade social e clínica.



### Coleta de dados

O procedimento de coleta de dados foi realizado por uma graduanda em enfermagem, de uma universidade pública do estado de Minas Gerais, devidamente capacitada e sob supervisão do professor orientador. A capacitação consistiu-se em explanação teórica sobre anamnese e o exame clínico, treinamento prático, além de leitura de artigos e textos sobre a temática.

Para a coleta dos dados, foi realizada a consulta de enfermagem constando de anamnese e exame clínico dos pacientes, além da consulta dos prontuários dos mesmos. Estes procedimentos tiveram uma duração média de 1 hora e meia para cada indivíduo. Foi utilizado um instrumento sistematizado, construído a partir da experiência clínica e revisão de literatura<sup>(3,7,13)</sup> constituído por variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica, incluindo o exame físico e psíquico.

### Procedimentos de análise dos dados

Após a realização da consulta de enfermagem, a anamnese e o exame clínico de cada paciente foi analisado em conjunto por dois pesquisadores e conduzida a identificação, por consenso, de termos ou expressões em campos livres das respostas humanas a nível de bem-estar ou que requeriam intervenções de enfermagem: disfunções, condições de saúde, processos de vida, motivação para aumentar o bem-estar e condições de vulnerabilidade.

Posteriormente, a partir dos traços semânticos dos termos e expressões identificados na consulta de enfermagem de cada paciente, a graduanda em enfermagem realizou o processo de correlação com as definições dos termos/conceitos pré-coordenados da CIPE® versão 2017(14). Para isso, foram utilizados dicionários técnicos e dicionários da língua portuguesa, para construção, descrição e elucidação do significado dos termos e expressões baseados na literatura. O processo de correlação foi validado quanto a pertinência, por consenso, por dois enfermeiros.

Por fim, os diagnósticos de enfermagem foram distribuídos conforme as necessidades psicoespirituais, psicossociais ou psicobiológicas, baseadas na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta(15).

As variáveis sociodemográficas foram inseridas num banco de dados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23 e conduzida análise Descritiva (frequência absoluta e percentual).

### Procedimentos éticos

Este estudo respeita os aspectos éticos da Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o protocolo CAAE - 82659818.0.0000.5146.

### RESULTADOS

Dos 26 participantes atendidos no CAPS AD, 96,2% era do sexo masculino, a média de idade foi de 42 anos, com mínima de 21 e máxima de 72. Em relação ao uso de substâncias psicoativas, a média de idade de início de uso foi de 19 anos, com mínima de 08 e máxima de 48 anos. Entre a população deste estudo, 88,5% afirmaram fazer uso de múltiplas drogas, porém, Destaca-se a predominância do uso de álcool (92,3%), tabaco (76,9%) e outras drogas (69,2%).

A partir da análise da anamnese e do exame clínico de cada paciente, identificaram-se 1.137 termos ou expressões em campos livres. Em seguida, foram excluídas as repetições entre todas as extrações, consolidando um total de 104 termos ou expressões em campos livres relevantes para o cuidado de enfermagem de pacientes em assistência domiciliar.

A correlação dos termos ou expressões em campos livres identificados na consulta de enfermagem com os termos/conceitos pré-coordenados da CIPE® passaram por um processo de validação por consenso com dois enfermeiros especialistas, com idade entre 31 e 35 anos, sendo um mestre e um doutor, com formação superior a 8 anos e experiência profissional superior a quatro anos. Ambos atuam no ensino de graduação há pelo menos cinco anos e estão desenvolvendo estudos da classificação de enfermagem com enfoque na CIPE® e/ou saúde mental.

Do total de 104 termos ou expressões em campos livres identificados na consulta de enfermagem e correlacionados com os termos/conceitos pré-coordenados da CIPE®, foram validados pelos especialistas 60 diferentes DEs. Dos termos ou expressões em campos livres que não apresentaram concordância durante a análise, 15 não se enquadraram aos termos/conceitos pré-coordenados da CIPE® e 29 foram considerados com semântica similar para um mesmo diagnóstico.

Os 60 diferentes DEs classificados conforme as Necessidades Humanas Básicas (NHBs) foram apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição de Diagnósticos de Enfermagem identificados em indivíduos admitidos na modalidade permanência-dia em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas conforme as Necessidades Humanas Básicas, Minas Gerais, Brasil, setembro a novembro de 2018.

Necessidades Humanas Básicas	Diagnósticos de Enfermagem	N(%)
<b>Psicoespirituais</b>		
Religiosidade/ Espiritualidade	Crença Religiosa, Conflituosa	10 (38,5)
	Crença Religiosa, Positiva	16 (61,5)
<b>Psicossociais</b>		
Aprendizagem, Sociabilidade	Capacidade de realizar atividade de lazer	20 (76,9)
	Prejudicada	
Recreação e Lazer	Prejudicada	01 (3,8)
	Comportamento interativo, Prejudicado	23 (88,4)
	Conhecimento, Prejudicado	24 (92,3)
	Dependência de álcool	26 (100)
	Dependência de drogas	20 (76,9)
	Dependência de tabaco	05 (19,2)
	Desabrigado	17 (65,3)
	Falta de conhecimento sobre doença	13 (50)
	Processo familiar, Eficaz	04 (15,4)
	Processo familiar, Interrompido	09 (34,6)
	Processo familiar, Prejudicado	19 (73)
	Socialização, Prejudicada	
	Autoestima, Autoconfiança e Auto respeito	Ansiedade, Presente
Humor deprimido		05 (19,2)
Processo de luto, Presente		02 (7,6)
Risco de suicídio		02 (7,6)
Baixa autoestima, Crônica		7 (26,9)
Baixa autoestima, situacional	10 (38,4)	
<b>Psicobiológicas</b>		
Oxigenação e Regulação Vascular	Pressão arterial, Alterada	02 (7,6)
	Risco de função cardíaca, Prejudicada	05 (19,2)
Nutrição e Regulação Nutricional	Apetite, Positivo	20 (76,9)
	Baixo peso	01 (3,8)
	Condição Nutricional, Prejudicada	15 (57,6)
	Falta de apetite	06 (23)
	Processo do sistema gastrointestinal, Prejudicado	02 (7,6)
	Risco de função do sistema gastrointestinal, Prejudicada	01 (3,8)
	Sobrepeso	09 (34,6)
Hidratação e Regulação Eletrolítica	Ingestão de Líquidos, Prejudicada	18 (69,2)
	Eliminação	01 (3,8)
Sexualidade e Reprodução	Vômito	04 (15,3)
	Comportamento sexual, Problemático	18 (69,2)
	Processo sexual, Preservado	20 (76,9)
	Desempenho sexual, Prejudicado	06 (23,1)
	Falta de conhecimento sobre comportamento sexual	01 (3,8)
Integridade Cutânea-Mucosa	Integridade da Pele, Prejudicada	01 (3,8)
	Locomoção, Mecânica Corporal e Motilidade	Comportamento de exercício físico, Prejudicado
Marcha, Prejudicada		05 (19,2)
Paresia		01 (3,8)
Tremor, Presente		06 (23)

Regulação Imunológica Regulação Neurológica	Alergia	01 (3,8)
	Agitação psicomotora	07 (26,9)
	Alucinação, Presente	04 (15,3)
	Atividade psicomotora, Prejudicada	05 (19,2)
	Cognição, Prejudicada	08 (30,7)
	Delírio, Presente	01 (3,8)
	Memória, Prejudicada	01 (3,8)
	Processo de pensamento, Distorcido	05 (19,2)
Cuidado corporal	Capaz de Executar o Autocuidado	
	Déficit de Autocuidado	12 (46,1)
	Padrão de higiene oral, Inadequado	14 (53,8)
Percepção	Dor, Aguda	03 (11,5)
	Náusea	06 (23)
Terapêutica	Adesão ao regime medicamentoso	18 (69,2)
	Não Adesão ao Regime Terapêutico	08 (30,8)
	Polifarmácia	03 (11,5)

## DISCUSSÃO

A enfermagem tem avançado progressivamente em busca de um cuidado sistematizado e baseado em evidências. A padronização da linguagem em enfermagem é um dos principais meios para alcançar essa confirmação científica<sup>(12)</sup>. Nesse sentido, é fundamental que os fenômenos de competência do enfermeiro sejam pautados e expressos a partir de classificações, taxonomias, permitindo assim a consolidação de uma linguagem padronizada no campo da enfermagem.

Um DE refere-se a um título atribuído pelo enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno que é o foco de intervenções de enfermagem<sup>(14)</sup>. A identificação do DE a partir das NHBs, permite oferecer um cuidado holístico, centrado no ser humano, e não na doença, propiciando o planejamento e implementação de intervenções de enfermagem direcionadas as reais ou potenciais necessidades dos pacientes com transtornos relacionados ao abuso de álcool e outras drogas.

A partir da análise dos dados obtiveram-se 60 diferentes DEs, com predomínio (n=40; 66,7%) daqueles relacionados às Necessidades Psicobiológicas. Estudos realizados com variadas populações e cenários corroboram com este resultado<sup>(12,16)</sup>. Verifica-se que as Necessidades Psicobiológicas, podem estar associadas às condições clínicas dos pacientes. Outro fator que pode contribuir para este resultado é a melhor formação do profissional enfermeiro, que tem ampliado a assistência em uma perspectiva multidimensional do paciente.

Apesar do predomínio dos DEs psicobiológicos, percebe-se que todas as NHAs se inter-relacionam, uma vez que fazem parte do todo do ser humano<sup>(15)</sup>. Dessa forma é fundamental que o enfermeiro tenha uma visão ampla e holística do indivíduo, considerando todas as suas dimensões durante a

assistência, entendendo este como um ser biopsicoespiritual e particular, resultante de todas as experiências vividas.

Referente às Necessidades Psicoespirituais, o principal DE identificado foi “Crença religiosa, Positiva”. Estudo realizado com usuários de álcool e outras drogas em reabilitação no estado de São Paulo sugere que o exercício à dimensão espiritual age como facilitador no processo de reabilitação para o abuso/dependência de álcool e outras drogas. Este é um processo subjetivo, o qual os mecanismos não são bem conhecidos, porém, acredita-se que a socialização, formação de novos vínculos e práticas cotidianas contribuam positivamente<sup>(17)</sup>.

No que refere às Necessidades Psicossociais, todos os principais DEs são referentes à Necessidade de Aprendizagem, Sociabilidade, Recreação e Lazer.

A respeito dos DEs “Capacidade de realizar atividade de lazer, Prejudicada”, “Socialização, Prejudicada” e “Ansiedade, Presente”, a literatura internacional indica que o estigma, preconceito e discriminação sofrido por esta população contribui para o isolamento social, estresse, ansiedade e depressão. Inicia-se então um ciclo, visto que, na tentativa de amenizar os sintomas do isolamento o indivíduo intensifica o consumo dos psicoativos<sup>(18)</sup>. Em estudo nacional multicêntrico os usuários afirmaram que a fragilização das relações, principalmente com a família e relacionamentos amorosos atuam como agravantes na relação com as drogas. Por outro lado, o fortalecimento dos vínculos e apoio produz efeitos positivos<sup>(9)</sup>.

Foram frequentes também os DEs “Dependência de álcool”, “Dependência de drogas” e “Dependência de tabaco”. Além do álcool, tabaco e drogas ilícitas, há nesta população, uma disseminação das drogas medicamentosas, que causam igual dependência<sup>(7)</sup>. A dependência frequentemente expõe os usuários a situações de vulnerabilidade visto que culmina em evasão escolar, Desemprego, perda dos vínculos sociais, problemas com a justiça, violência, homicídios e suicídios. Outra consequência importante da dependência é o aumento na prevalência de internações em leitos psiquiátricos<sup>(5)</sup>.

No que se refere aos DEs “Conhecimento, Prejudicado” e “Falta de conhecimento sobre doença”, ambos mantêm íntima relação com o nível de escolaridade, que influencia diretamente na dependência, visto que o indivíduo não Desenvolve a criticidade, não identificando as consequências psicobiológicas e sociais relacionadas ao abuso<sup>(7,8,19)</sup>.

Quanto as Necessidades Psicobiológicas, necessidade de “Nutrição” os DEs frequentes foram: “Apetite, positivo”, “Condição nutricional, prejudicada” e “Ingestão de líquidos, prejudicada”. Apesar de boa parte dos indivíduos em uso problemático de drogas manter-se eutrófico, quase a totalidade deles apresentam principalmente a perda de peso

a partir do início do uso das drogas<sup>(20)</sup>. Este dado pode se relacionar ao jejum realizado pelos indivíduos e as próprias características das drogas utilizadas, visto que substâncias como o crack tem alto poder anorexígeno<sup>(21)</sup>. Por ser este problema comum à população atendida nos CAPS AD, faz-se necessário intervenções como o acompanhamento nutricional e suplementação<sup>(20,21)</sup>.

Na necessidade “Sexualidade e reprodução” os DEs frequentes foram “Processo sexual, Preservado” e “Comportamento sexual, problemático”. Estudo realizado em São Paulo Identificou que os usuários de álcool e outras drogas em tratamento costumam manter atividade sexual de forma ativa. Em contrapartida, o estudo aponta também que vários fatores colaboram para o comportamento sexual de risco, como o efeito sedativo e alucinógeno das drogas e a fissura gerada por drogas como o crack que levam o indivíduo a trocar o sexo por droga, principalmente aqueles em situação de rua. Além disso, o uso de drogas é associado a multiplicidade de parcerias sexuais, ao não uso de preservativo e, conseqüentemente, ao risco de Infecções Sexualmente Transmissíveis<sup>(22)</sup>.

Em relação as necessidades “Sono e repouso”, “Cuidado corporal” e “Terapêutica” identificou-se com frequência os DEs “Insônia”, “Padrão de Higiene oral, inadequado” e “Adesão ao regime medicamentoso”, respectivamente. Alterações no sono são problemas frequentemente relatados, e geralmente associados a alterações de humor e a problemas pessoais<sup>(23)</sup>.

Quanto ao “Padrão de Higiene oral, inadequado”, entre os usuários de álcool e outras drogas é prevalente o déficit no cuidado com a saúde bucal, e os principais problemas encontrados nesta população é a xerostomia, dentes cariados, perdidos e obturados, bruxismo, doença periodontal, halitose, queilite angular e leões de tecidos moles<sup>(24)</sup>.

No tocante a “Terapêutica”, sobre a “Adesão ao regime medicamentoso”, o resultado encontrado no presente estudo diverge da literatura<sup>(9,20)</sup>, visto que estes sugerem que a implementação e adesão tanto de um tratamento medicamentoso, como de um plano de cuidados em geral é difícil entre usuários de álcool e outras drogas. Acredita-se que a longitudinalidade do cuidado, o acompanhamento próximo e intensivo no CAPS AD e a importância dada à adesão ao regime medicamento como estratégia terapêutica no tratamento de usuários de substâncias psicoativas para a redução de danos, possam ser fatores que contribuam de forma satisfatória para este resultado.

Assim como em estudo<sup>(25)</sup> prévio, estes resultados demonstram a importância da utilização dos DEs na prática clínica do enfermeiro e, em contrapartida, evidenciam a necessidade de consolidação do PE, com auxílio de classificações e enfermagem como a CIPE<sup>(25)</sup>.

### Limitações do estudo

Devido ao delineamento do estudo, não foi possível acompanhar a evolução dos DEs, ou elaborar, implementar e avaliar intervenções de enfermagem.

### Contribuições para a área de enfermagem

A elaboração de perfil de DEs aproxima a Enfermagem do conhecimento científico, a partir da prática baseada em evidências. A utilização de uma classificação como a CIPE® possibilita a disseminação de uma linguagem padronizada, ampliando a aplicabilidade do PE na prática clínica do enfermeiro de saúde mental.

### CONCLUSÃO

A identificação dos principais DEs a usuários de álcool e outras drogas, acompanhados em Centro de Atenção

Psicossocial, além de descrever de forma clara e concisa problemas reais e potenciais, pode auxiliar os enfermeiros na efetivação do planejamento, a fim de favorecer a qualidade do cuidado prestado na Rede de Atenção Psicossocial.

Por fim, tais dados remetem à necessidade de novos estudos que busquem as causas de DEs para usuários de álcool e outras drogas, acompanhados em Centro de Atenção Psicossocial e assistidos pela enfermagem.

### Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Deborah Fernanda Nunes Moreira, Isabella Lopes Santos, Bruna Micaelle Evangelista Pereira Azevedo, Diego Dias de Araújo, Ricardo Otávio Maia Gusmão.

### REFERÊNCIAS

- Almeida PA, Mazzaia MC. Nursing Appointment in Mental Health: experience of nurses of the network. *Rev. bra. enferm.* (online). 2018[cited 2018 november 20];v.71(5):2282-2290. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102154&lng=en&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102154&lng=en&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en)
- Jafelice GT, Marcolan JF. The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State. *Rev. bra. enferm.* (online). 2018[cited 2018 november 20];v.71(5):2259-2266. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102131&lng=pt&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102131&lng=pt&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en)
- Boska GA, Oliveira MAF, Claro HG, Araújo TSG, Pinho PH. Night beds in psychosocial attention care centers for alcohol and drugs: analysis and characterization. *Rev. bra. enferm.* (online). 2018[cited 2018 november 20];v.71(5):2382-2388. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102251&lng=pt&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102251&lng=pt&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en)
- Ministério da Justiça, Secretaria nacional de políticas sobre drogas. Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil. 2010[cited 2018 november 22];100p.
- Balbinot AD, Horta RL, Costa JSD, Araújo RB, Poletto S, Teixeira MB. Hospitalization due to drug use did not change after a decade of the Psychiatric Reform. *Rev. Saúde Pública.* 2016[cited 2019 may 05];v.50(26):1-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102016000100403&lng=en&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100403&lng=en&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en)
- Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção especializada e temática. Centros de Atenção Psicossocial e UnidaEs de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios. 2015[cited 2018 december 03].
- Fernandes MA, Ribeiro MMM, Brito LB, Chaves JF, Carvalho CMS, Magalhães JM, et al. Caracterização de dependentes químicos em tratamento em uma comunidade terapêutica. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018[cited 2018 december 03];v.12(6):1610-1617. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/334619831\\_Caracterizacao\\_de\\_dependentes\\_quimicos\\_em\\_tratamento\\_em\\_uma\\_comunidade\\_terapeutica](https://www.researchgate.net/publication/334619831_Caracterizacao_de_dependentes_quimicos_em_tratamento_em_uma_comunidade_terapeutica)
- Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Clinical and social vulnerabilities in crack users according to housing status: a multicenter study in six Brazilian state capitals. *Cad. Saúde Pública* (online). 2017[cited 2019 april 20];v.33(6). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000605002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605002)
- Farias LMS, Azevedo AK, Silva MNM, Lima JM. O enfermeiro e a assistência a usuários de drogas em serviços de atenção básica. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017[cited 2018 november 07];v.11(7):2871-2880. Available from: [file:///C:/Users/dehfe/Downloads/23467-45782-1-PB%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/dehfe/Downloads/23467-45782-1-PB%20(5).pdf)
- Badin M, Toledo VP, Garcia APRF. Contribution of transference to the psychiatric nursing process. *Rev. bra. enferm.* (online). 2018[cited 2018 november 20];v.71(5):2290-2297. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001102161&lng=en&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102161&lng=en&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en)
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e da outras providências. 2009[cited 2018 december 03].
- Felix NDC, Ramos NM, Nascimento RMRN, Moreira TMM, Oliveira CJ. Nursing diagnoses from ICNP® for people with metabolic syndrome. *Rev. bra. enferm.* (online). 2018[cited 2018 december 03];v.71(1):507-515. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700467&lng=en&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700467&lng=en&nrml=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en)
- Gusmão PP, Fernandes RFD, Rezende RC, Bonfin RS, Porto YV, Fernandes LC, et al. Perfil epidemiológico de uma população de usuários de drogas de Anápolis-Goiás. *Rev. Educ. Saúde* (online). 2017[cited 2018 december 03];v.5(1):28-37. Available from: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoeensaude/article/view/2380>
- Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)®: versão 2017. *Artmed.* 2018.
- Horta WA. *Processo de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Castro MCF, Fuly PSC, Garcia TR, Santos MLSC. ICNP® terminological subgroup for palliative care patients with malignant tumor wounds. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2016[cited 2019 april 30];29(3):340-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000300340&lng=en&nrml=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300340&lng=en&nrml=iso&tlng=en)
- Gonçalves AMS, Santos MA, Pillon SC. Alcohol and/or drug use: evaluating spiritual and religious aspects. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.* 2014[cited 2019 may 06];v.10(2):61-9. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762014000200003&lng=pt&nrml=iso&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000200003&lng=pt&nrml=iso&tlng=en)
- Remy LS, Scherer J, Guimarães L, Surratt HL, Kurtz SP, Pechansky F, et al. Anxiety and depression symptoms in Brazilian sexual minority ecstasy and LSD users. *Trends Psychiatry Psychother.* (Impr.). 2017[cited 2019 may 06];v.39(4). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892017000400239](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892017000400239)
- Danieli RV, Ferreira MBM, Nogueira JM, Oliveira LNC, Cruz EMTN, Araújo GMF. Sociodemographic profile and psychiatric comorbidities in chemical dependent patients accompanied in therapeutic communities. *J. bras. psiquiatr.* 2017[cited 2019 april 20];v.66(3):139-149. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852017000300139&lng=en&nrml=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000300139&lng=en&nrml=iso&tlng=pt)
- Câmara HS, Martins MLB. Uso de substâncias psicoativas e perfil nutricional de usuários do CAPS AD III, Palmas/TO. [tese]. *Rev. Ciênc. Ext.* 2017[cited 2018 april 21];v.13:8-15. Available from: [https://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/1397](https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1397)
- Ribeiro DR, Carvalho DS. Association between nutritional status and patterns of drug use in patients of Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.* 2016[cited 2019 may 06];v.12(2). Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762016000200005&lng=pt&nrml=iso&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000200005&lng=pt&nrml=iso&tlng=en)
- Boska GA, Cesário L, Claro HG, Oliveira MAF, Domâncio A, Fernandes IFAL. Vulnerability to sexual risk behavior in users of alcohol and other drugs. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog.* 2017[cited 2019 may 01]; 13(4):189-195. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762017000400003&lng=en&nrml=iso&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000400003&lng=en&nrml=iso&tlng=en)
- Boska GA, Claro HG, Pinho PH, Oliveira MAF. Changes perceived by users of psychosocial care centers in alcohol and other drugs. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018[cited 2019 may 08];v.12(2):439-46. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25068/27853>
- Albini MB, Couto ACF, Invernici MM, Martins MC, Lima AAS, Gabardo MCL, et al. Sociodemographic profile and oral condition of drug users in two municipalities of the State of Paraná, Brazil. *Rev. odontol. UNESP* (Online). 2015[cited 2019 may 10];v.44(4):244-249. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25772015000400244&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772015000400244&lng=pt&tlng=pt)
- Galvão MC, Santos MAB, Lopes MVO, Perrelli JGA, Manguiera SO. Nursing diagnoses of alcoholics admitted in a health unit. *Enferm. foco* (Brasília). 2013[cited 2019 august 08] 4(3.4) 157 - 160. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/539>



# AUTOCUIDADO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: REFLEXÃO SOBRE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE AOS ENFRENTAMENTOS DA REABILITAÇÃO

Wiliam César Alves Machado<sup>1</sup>  
Hilmara Ferreira da Silva  
Wanderley Gurgel de Almeida<sup>2</sup>  
Nébia Maria Almeida de Figueiredo<sup>1</sup>  
Maria Manuela Martins<sup>3</sup>  
Fernando Manuel Dias Henriques<sup>4</sup>  
Adriana Dutra Tholl<sup>5</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2880-0144>  
<https://orcid.org/0000-0001-5442-8561>  
<https://orcid.org/0000-0002-8044-5186>  
<http://orcid.org/0000-0003-0880-687X>  
<https://orcid.org/0000-0003-1527-9940>  
<https://orcid.org/0000-0002-9919-4313>  
<https://orcid.org/0000-0002-5084-9972>

Objetivo: discutir a aplicação da Teoria do Déficit de Autocuidado na assistência de enfermagem para pessoas com deficiência adquirida, considerando-as potenciais usuárias do cuidado domiciliar de longo prazo. Metodologia: análise reflexiva a partir de 18 estudos disponíveis nas bases de dados da área, publicados no período de 2009 a 2017, considerando a escassa disponibilidade de publicações sobre a temática. Conclui-se que os enfermeiros recorrem à Teoria para nortear suas intervenções junto aos clientes com deficiência adquirida, sem, contudo, considerar que o processo de reabilitação deve ser pautado em estratégias habilitadoras para minimização da dependência dessas pessoas para cuidados de longo prazo, extramuros institucionais, em seus domicílios e na comunidade.

**Descritores:** Enfermagem de Reabilitação; Pessoas com Deficiência; Acessibilidade; Resiliência Psicológica; Autocuidado.

## SELF-CARE FOR PEOPLE WITH ACQUIRED DISABILITIES: REFLECTION ON NURSING INTERVENTIONS AND COPING WITH REHABILITATION.

Objective: to discuss the application of the Self-Care Deficit Theory in nursing care for people with acquired disabilities, considering them potential users of long-term home care. The reflexive analysis came from 18 studies available in the area databases, published from 2009 to 2017, considering the scarce availability of publications on the subject. It is concluded that nurses use the Theory to guide their interventions with clients with acquired disabilities, without considering that the rehabilitation process should be guided by enabling strategies to minimize their dependence on long-term care. institutional extramurals, in their homes and in the community.

**Descriptors:** Rehabilitation Nursing; Disabled Persons; Accessibility; Resilience Psychological; Self Care.

## AUTOCUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD ADQUIRIDA: REFLEXIÓN SOBRE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS ENFRENTAMIENTOS DE LA REHABILITACIÓN.

Objetivo era analizar la aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado en la atención de enfermería para personas con discapacidades adquiridas, considerándolas usuarios potenciales de la atención domiciliar a largo plazo. El análisis reflexivo provino de 18 estudios disponibles en las bases de datos del área, publicados de 2009 a 2017, considerando la escasa disponibilidad de publicaciones sobre el tema. Se concluye que las enfermeras utilizan la Teoría para guiar sus intervenciones con clientes con discapacidades adquiridas, sin considerar que el proceso de rehabilitación debe guiarse por estrategias habilitadoras para minimizar su dependencia de la atención a largo plazo. extramuros institucionales, en sus hogares y en la comunidad.

**Descritores:** Enfermería en Rehabilitación; Personas con Discapacidad; Accesibilidad; Resiliencia Psicológica.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO/RJ.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Roraima - UERR/RR.

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto-ESEP/Portugal.

<sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnC/Portugal.

<sup>5</sup>Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC/SC.

Autor correspondente: Wiliam César Alves Machado. E-mail: Machado.wilmachado@uol.com.br



## INTRODUÇÃO

Há mais de 40 anos na formação profissional de enfermeiros, desde a graduação, a programas de pós-graduação, especialização, mestrado e doutorado, ou em participação de inúmeras bancas de avaliação de programas em nível regional, nacional e internacional, temos constatado o quão convictos estão os enfermeiros ao afirmarem que utilizam a Teoria do Déficit de Autocuidado (TDA) nas diversas situações de cuidado com seus clientes<sup>(1)</sup>.

Nesta reflexão, cabe destacar impreterível que se estabeleça similitude entre os diagnósticos da NANDA Internacional<sup>(2)</sup>, as intervenções de Enfermagem pautadas em referencial teórico que lhes confirmam caráter acadêmico-científico, e os resultados alcançados pelo cliente com deficiência adquirida, considerando seus enfrentamentos em curto, médio e longo prazos<sup>(3)</sup>. Assim, a tríade diagnóstico, intervenções e resultados interage como processo determinante para conferir caráter sistemático ao cuidado e assistência prestada em quaisquer situações de saúde, doença, ou processo de reabilitação<sup>(1)</sup>. Ressalta-se que a deficiência adquirida impõe restrições, dificuldades e dependências de vários níveis para as pessoas por ela acometidas<sup>(4)</sup>, cabendo a cada uma decidir o caminho a trilhar, a maneira de reagir para avançar, reabilitar ou sucumbir, por mais que a Enfermagem de Reabilitação as possam auxiliar na superação dos seus desafios e enfrentamentos<sup>(3)</sup>.

Diante de necessidades de saúde cada vez mais complexas, as habilidades de pensar crítica e criativamente são consideradas essenciais aos enfermeiros<sup>(5)</sup>, em especial, os enfermeiros de reabilitação<sup>(1)</sup>, ao se apresentarem dispostos a desenvolver e descobrir novos conhecimentos que emergem do compartilhamento de experiências do autocuidado junto aos clientes e seus cuidadores<sup>(6-7)</sup>. Um dinâmico processo de co-construção de conhecimento para desenvolver habilidades de pensamento crítico e criativo<sup>(5)</sup>, envolvendo enfermeiros, clientes e familiares no autocuidado de longo prazo e domiciliar<sup>(3)</sup>.

Isto posto, como pesquisadores atuantes na área de Enfermagem de Reabilitação, propomos este estudo que tem por objetivo discutir a aplicação da TDA na assistência de Enfermagem para pessoas com deficiência adquirida, considerando-as potenciais usuárias do cuidado domiciliar de longo prazo.

O referencial teórico utilizado foi a TDA de Orem<sup>(8)</sup>, a qual pressupõe que o cuidado é próprio da ação positiva que tem uma prática e um caminho terapêutico, visando manter a vida e o funcionamento normal do ser humano. Orem aborda o autocuidado como prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações dessas

alterações de saúde, contribuindo assim para sua integridade, funcionamento e desenvolvimento<sup>(9-10)</sup>.

Cabe destacar a ideia central na TDA de Orem<sup>(8)</sup>, definida como a capacidade das pessoas em exercitar o autocuidado para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Uma habilidade complexa adquirida ao longo da vida, baseada em comportamentos repetidos diariamente e influenciada por aspectos culturais e antecedentes, habilidades e limitações pessoais, experiências de vida, status de saúde e recursos disponíveis<sup>(9,11-13)</sup>.

Orem nos propõe três subteorias que ajudam a compreender a complexidade da assistência à pessoa com deficiência, iniciando-se por descrever o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias (Teoria do Autocuidado), segue-se a descrição e explicação das razões pela quais as pessoas podem ser ajudadas através da Enfermagem e a última, as estratégias de intervenção dos enfermeiros (Teoria dos Sistemas de Enfermagem) que colaboram à compreensão de que, para cada autocuidado, o enfermeiro pode recorrer a estratégias diferentes<sup>(13)</sup>.

Diante do diagnóstico de Enfermagem Síndrome Pós-Trauma – Código 00141, o enfermeiro de reabilitação precisa usar de muita criatividade para identificar estratégias de cuidado calcadas na motivação, tornando-se fundamental ouvir e dar feedback ajustado às expectativas da pessoa com deficiência, mas com uma presença positiva, pois o cliente se apresenta recluso, mergulhado em seus labirintos mentais, medos e enfrentamentos emocionais característicos da fase de negação<sup>(1)</sup>.

Como a intervenção precoce é essencial para que os clientes sejam cuidados e orientados pelos enfermeiros na presença de cuidador familiar, disposição para participar e interesse de aprender influenciam os resultados das intervenções da equipe de reabilitação<sup>(3)</sup>. Contudo, muitos clientes são admitidos nos programas de reabilitação sem que tenham superado as fases de negação e repercussão, apresentando-se deveras desmotivados e estagnados no diagnóstico Resiliência Prejudicada – Código 00210<sup>(2)</sup>.

A resiliência é compreendida como a capacidade humana de enfrentar as adversidades, proporcionando ao indivíduo ser transformado por esses fatores potencialmente estressores, adaptando-se ou superando tais experiências traumáticas e/ou estressantes<sup>(1,3,4)</sup>. Caracteriza-se pela capacidade de enfrentar as fases de reabilitação, seus medos, angústias, sensação de perdas, para que emergam suas potencialidades para se conhecer. A resiliência é discutida não apenas como um atributo inato ou adquirido, mas um processo interativo e multifatorial, envolvendo aspectos individuais, o contexto ambiental, a quantidade e qualidade dos eventos vitais, e a presença dos fatores de promoção do autocuidado.

As equipes atuantes nos programas institucionalizados de reabilitação, inclusive os enfermeiros, acolhem, cuidam, observam e acompanham atentamente os progressos individuais de elaboração dos enfrentamentos, superações, e o despertar da motivação da pessoa com deficiência adquirida para sua necessidade/responsabilidade de avançar no programa.

O interesse da pessoa com deficiência adquirida em se perceber necessitando de ajuda para cuidar de si, em si, sinaliza que tenha deixado para trás as fases de negação, repercussão e ajustamento, e esteja pronta para adentrar na fase de reconstrução. Momento propício para que o enfermeiro de reabilitação invista nos diagnósticos de Mobilidade Física Prejudicada – Código 00085; e Disposição para Melhorar do Autocuidado – Código 00182(2), cujas estratégias de orientação e treinamentos devem envolver os clientes e familiares.

**Figura 1.** Fluxograma da relação entre Diagnóstico, Intervenções pautadas no Déficit de Autocuidado e Resultados no âmbito do Cuidado de Enfermagem de Reabilitação.



Considerando a carência de publicações que abordem a temática “cuidado de Enfermagem para com pessoas com deficiência adquirida” (grifo dos autores), procedeu-se a seleção dos artigos disponíveis nas bases de dados da área, publicados no período de 2009 a 2017.

A busca das publicações foi realizada em janeiro de 2019, a partir dos artigos de pesquisadores brasileiros publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no índice bibliográfico da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram definidos os descritores contidos no Medical Subject Headings (MeSH), coincidentes com os pertencentes aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) pesquisados em inglês na BVS: Rehabilitation Nursing, Disabled Persons, Accessibility, Resilience Psychological and Self Care, e português: Enfermagem de Reabilitação; Pessoas com Deficiência; Acessibilidade; Resiliência Psicológica; Autocuidado. Os achados foram contextualizados com a

literatura internacional, a partir de consulta ao site da PubMed (National Library of Medicine National Institutes of Health), com base nos mesmos descritores em inglês acima citados.

Assim sendo, por questões de objetividade da presente reflexão e coerência com as normas de publicação do periódico, seguem nove publicações nas quais enfermeiros discorrem sobre suas intervenções junto aos clientes com deficiência adquirida, envolvendo sequelas e enfrentamentos da deficiência física e visual.

**Quadro 1:** Relações entre tipos de deficiência adquirida, fases da reabilitação e intervenções de enfermagem focadas no déficit de autocuidado: dando voz aos enfermeiros.

Publicação	Tipo de Deficiência	Fases da Reabilitação	Abordagens dos enfermeiros
Lessmann, Conto, Ramos et al. 2011 <sup>(10)</sup>	Física AVC	AJ, RC.	Cuidado de enfermagem para o controle postural, para os exercícios de amplitude do movimento, no treino de marcha, nos exercícios de manutenção de equilíbrio; e para atividades cotidianas.
Assis, Faro. 2011 <sup>(15)</sup>	Física Paraplegia e Tetraplegia	AJ, RC.	Treinamento e motivação para a técnica cateterismos vesicais. Avaliação do diário miccional e das adaptações realizadas.
Souza, Moura, Nascimento et al. 2012 <sup>(9)</sup>	Visual	NG, RP, AJ, RC.	Solidão, falta de interação, dificuldades alimentação, prevenção riscos de doenças. Interação social prejudicada; déficit no autocuidado; risco de síndrome do estresse por mudança; disfunção sexual; e mobilidade física prejudicada.
Campoy, Rabe, Nogueira et al. 2012 <sup>(16)</sup>	Física Paraplegia e Tetraplégia	NG, RP, AJ, RC.	Solidão, falta de interação, dificuldades alimentação, prevenção riscos de doenças. Interação social prejudicada; déficit no autocuidado; risco de síndrome do estresse por mudança; disfunção sexual; e mobilidade física prejudicada.

Campoy, Rabe, Nogueira et al. 2012 <sup>(16)</sup>	Física Paraplegia e Tetraplegia	NG, RP, AJ, RC.	Controle nutricional, massagem abdominal e toque dígito-anal. Impactação fecal, incontinência fecal e sangramento foram algumas complicações intestinais referidas. Preparo da diáde paciente-cuidador desde sua primeira internação, visando à continuidade do cuidado em domicílio, por meio de estratégias educativas.
Coura, Enders, Franca et al. 2013 <sup>(17)</sup>	Física Paraplegia e Tetraplegia	NG, RP, AJ, RC	A estruturação de um cuidado de enfermagem para esses indivíduos deve considerar os aspectos humanos, como a subjetividade, as emoções, o inconsciente e a vontade de viver, para que sejam atendidas suas necessidades individuais, inclusive a manutenção e o estímulo ao convívio social.
Ardigo, Amante. 2013 <sup>(18)</sup>	Física Estomia	NG, RP, AJ, RC.	A maioria precisa de um tempo para incorporar aquele novo equipamento, aquela nova condição. Depois, com o passar dos dias, nós conseguimos fazer que a pessoa mexa [ENF8]
Silva, Andrade, Luz et al. 2017 <sup>(19)</sup>	Física Estomia	AJ, RC.	A Limitação para realização de atividades diárias apresentou associação significativa com equipamento coletor, que acarreta restrições à vida cotidiana, principalmente limitações na sexualidade, vida social, atividades diárias, vestuário e alimentação.
Andrade, Martins, Medeiros et al. 2017 <sup>(20)</sup>	Estomia	RP, AJ, RC.	A capacidade da realização do autocuidado deve ser avaliada, a partir do desenvolvimento de habilidades do paciente e do familiar.

Maurício, Souza, Costa et al. 2017 <sup>(21)</sup>	Estomia	RP, AJ, RC.	Importante é o incentivo à autonomia, à independência por meio do ensino para o autocuidado. (E 6). Eles precisam sair daqui com todas as suas dúvidas solucionadas para conseguirem realizar o cuidado em seu domicílio (E 2).
--	---------	-------------	---

Legendas: Fases da deficiência: Negação = NG; Repercussão = RP; Ajustamento = AJ; Reconstrução = RC.

Conforme destacado no Quadro 1, as orientações para o autocuidado de clientes com seqüela de AVC, paraplégicos, tetraplégicos e ostomizados, são desenvolvidas sem considerar as questões relativas às fases de negação e repercussão<sup>(10,15,19)</sup>, quando eles enfrentam suas vulnerabilidades mentais e emocionais, os autores priorizam apenas os aspectos físicos das limitações funcionais e disfunções nas eliminações impostas aos clientes. Os dois primeiros estudos foram realizados na Região Sul do Brasil; com resultados similares aos evidenciados em estudo realizado em 2015, com 50.912 pessoas com seqüelas de AVC, na China<sup>(22)</sup>, e com estudo realizado em 2016, com 50 clientes atendidos num centro de reabilitação de cuidados terciários da Arábia Saudita<sup>(23)</sup>, enquanto o terceiro, realizado em 2013, no Piauí, com 96 pessoas.

Ainda no âmbito das orientações dos enfermeiros para o autocuidado dos clientes ostomizados, como destacado no Quadro 1, são desenvolvidas sem considerar as vulnerabilidades dessas pessoas na fase de negação<sup>(20,21)</sup>, os autores se debruçam em aspectos operacionais das orientações dos clientes e familiares para o autocuidado, inclusive na garantia de inclusão social e apoio profissional extramuros institucionais.

Da mesma forma, procedeu-se a seleção aleatória dos artigos de pesquisadores brasileiros, disponíveis nas bases de dados da área, publicados no período de 2009 à 2017, estudos pautados em depoimentos dos clientes. Assim sendo, no Quadro 2, seguem nove publicações de pesquisadores brasileiros, nas quais os clientes narram suas experiências de receptores dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem visando prepará-los para o autocuidado domiciliar, envolvendo seqüelas e seus enfrentamentos na deficiência adquirida modalidades física e auditiva.

**Quadro 2:** Relações entre tipos de deficiência adquirida, fases da reabilitação e intervenções de enfermagem focadas no autocuidado: dando voz aos clientes.

Publicação	Tipo de Deficiência	Fases da Reabilitação	Relatos dos clientes
Silva, Vasconcelos, Santana et al. 2010 <sup>(24)</sup>	Física Mastectomia	NG, RP, AJ	Sinto-me envergonhada de me olhar no espelho. (E16) Eu me sinto triste hoje, porque tenho só um seio. (E6) Porque eu me vejo mutilada, um monstro. (E5)
Machado, Scramin. 2010 <sup>(25)</sup>	Física Tetraplegia	NG, RP, AJ, RC	Tenho medo. Porque se eu ficar sozinho, quem vai cuidar das minhas coisas? (VÊNUS, 45 ANOS) Um medo que eu tenho é se morrer alguém de quem eu dependo. Esse é um medo, de ficar só. (JÚPTER, 25 ANOS).
Carvalho, Santos, Linhares. 2012 <sup>(26)</sup>	Física Mastectomia	NG, RP, AJ, RC	Enfrentar a realidade da vida que chegou, sei que é ruim. (Dália) Não fazer esforço com o braço. (Orquídea) Precisa, assim, de uma orientação mais profunda, mais clara. (Orquídea).
Poletto, Silva. 2013 <sup>(27)</sup>	Física Estomia	NG, RP.	O que eu vou fazer com isso aqui (aponta para o estoma)? (PE1). Uma enfermeira foi, fez e mostrou para minha filha como que seria feita a limpeza. Ai ela fez ali perto da minha filha e mostrou é assim, assim que funciona. Daí em diante a responsabilidade é tua. Mostrou uma vez. (PE4).
Mota, Gomes, Petuco et al. 2015 <sup>(28)</sup>	Física Estomia	NG, RP, AJ, RC.	Adaptei-me porque queria viver. (P3). Se a pessoa não tiver cabeça boa, não vai se adaptar e se cuidar sozinho! (P9). No Serviço de Estomaterapia, a gente tem o apoio, os profissionais estarão lá para nos auxiliar sempre. (P20).

Alvarez, Machado, Teixeira et al. 2016 <sup>(9)</sup>	Física Paraplegia	NG, RP, AJ, RC.	Minha vida mudou muito [...] não sabia a extensão da gravidade. (E1) A vida tem sido terrível. Péssima. A minha vida se transformou num caos total. Tristeza, sinto raiva, por ter acontecido isso comigo. Eu não me cuido mais. (E3). Curativo e banho, eu faço sozinho, me cuido sozinho. É uma aprendizagem, uma lição que a gente cumpre ela sem reclamar. (E6).
Solia, Silva. 2017 <sup>(12)</sup>	Auditiva	AJ.	É minha mãe me dar remédio e eu tomar. [Sujeito A]. Mamãe que cuida de mim. Eu faço o que ela manda. [Sujeito D].
Freire, Angelin, Souza, Brandão et al. 2017 <sup>(29)</sup>	Física Estomia	NG, RP, AJ.	O atendimento, o ensinamento que eles passaram para nós foi muito bom. (E3). Aqui no hospital não foi suficiente, não (E10). Acho que a enfermagem deveria ensinar um pouco mais, pois minha filha (cuidadora) não sabe direitinho. (E4).
Dias, Muniz, Viegas et al. 2017 <sup>(30)</sup>	Física Mastectomia	NG, RP, AJ.	O corpo fica diferente. Não tenho mais a habilidade que eu tinha, de jeito nenhum. Eu fiquei com muita depressão. E tu não tem vontade às vezes de levantar, não tem vontade de tomar banho. (P4). A dificuldade ficou para tudo. Agora eu consigo tomar banho sozinho. (P6).

Legendas: Fases da deficiência: Negação = NG; Repercussão = RP; Ajustamento = AJ; Reconstrução = RC.

O Quadro 2 mostra relevantes relatos dos clientes sobre vulnerabilidades e seus enfrentamentos, como mastectomizadas que superaram fases de negação, repercussão e ajustamento, mesmo passando por vergonha, tristeza e baixa-estima<sup>(24)</sup>; tetraplégicos que superaram as quatro fases da reabilitação, não obstante experimentarem medo de ficar só, e temerem ficar sem apoio e cuidados da família<sup>(25)</sup>. Da mesma forma, clientes mastectomizadas

demonstram ter superado as quatro fases da reabilitação(26), inclusive, chamando atenção para que as estratégias de orientações para o autocuidado envolvam também seus esposos.

Ainda, conforme relato de clientes ostomizados no Quadro 2, ficou evidente o quanto as estratégias de orientação para o autocuidado influenciam a capacidade de superação das fases da reabilitação. Destaque para relatos de superação da fase de negação e repercussão com ênfase na rejeição da bolsa, nada obstante a pressa dos enfermeiros e indisposição para eliminar dúvidas<sup>(27)</sup>; à satisfação e insatisfação quanto aos procedimentos de orientação para o cuidar de si, quando os clientes ostomizados do estudo sugerem ter evoluído e superado as fases de negação, repercussão e ajustamento(29). Culminando em estudo que sugere terem os clientes ostomizados superado as quatro fases da reabilitação(28), relatando algo como “Adapte-me porque queria viver” ou “Se a pessoa não tiver cabeça boa, não vai se adaptar”, mesmo que tenham afirmações relacionadas ao nojo de portar bolsa “cheia de cocô”.

Achados similares nos Estados Unidos, com 87 ostomizados<sup>(31)</sup>, e com resultados do estudo na Cidade do Cairo, Egito, em 2015, com 96 clientes ostomizados<sup>(32)</sup>.

Estudos com clientes paraplégicos demonstram ter superado as quatro fases da reabilitação<sup>(6)</sup>, embora tenham enfrentado tristeza, raiva e julgada péssima a vida após a lesão medular, reações características de pessoas jovens que levam mais tempo para elaborar as limitações impostas pela deficiência adquirida. Tanto quanto expressas vulnerabilidades em relatos de mulheres mastectomizadas<sup>(30)</sup>, alegando depressão e dificuldade para tudo, as quais superaram as fases de negação, repercussão e ajustamento, permanecendo sem adiantar na fase de reconstrução. Chamou atenção estudo com adolescentes surdos<sup>(12)</sup>, pois implica na dificuldade de comunicação com a equipe para expressar o que de fato sentem em relação à condição de pessoa com deficiência, sugerindo dificuldades referentes à barreira comunicacional e ajustamento aos cuidados dos familiares.

De acordo com a convicção dos enfermeiros sobre como aplicam a TDA para nortear suas intervenções no cuidar de pessoas com deficiência adquirida, percebem-se algumas dificuldades no âmbito da compreensão dos seus pressupostos essenciais. O que implica enfatizar que o cuidado é próprio da ação positiva que tem uma prática e um caminho terapêutico, visando manter a vida e o funcionamento normal do ser humano. Em se tratando de pessoas com deficiência adquirida, essas ações positivas devem contemplar necessariamente abordagens focadas no cuidar de si, adequadas as fases de reabilitação enfrentadas por essas pessoas, habilitando-as para o cuidado de longo prazo<sup>(33,34)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso conhecer as abordagens teóricas para que possamos aplicá-las nos contextos de prática profissional da melhor forma possível. A complexidade da vida, saúde, doença e os processos de reabilitação das pessoas com deficiência adquirida, têm características gerais e singulares. Sendo as primeiras, passíveis de enquadramentos em perspectivas teóricas genéricas, enquanto as outras, carecem de estratégias de intervenção criativas, diretas, exclusivas, particulares, para se preservar privacidades e vulnerabilidades das pessoas.

O cuidado deve ser documentado com base em sistemas de informação classificados, contudo, isso não impede que os valores do conhecimento específico de Enfermagem sejam aplicados no substrato da intervenção dos enfermeiros. No caso dessa reflexão, adequadas se apresentam as estratégias de orientações sobre o cuidar de si, considerando a capacidade das pessoas para a superação da deficiência adquirida, suas potenciais necessidades de treinamentos para o desenvolvimento de habilidades do cuidado domiciliar, fundamentais para tornar a vida mais autônoma, saudável e inclusiva.

## Limitações do estudo

Considerando o limitado número de estudos realizados e publicados no Brasil sobre o tema desta reflexão, assomada a tendência de foco em determinados procedimentos terapêuticos e tipos de deficiência, outros estudos deverão ampliar a identificação e análise do cuidado e assistência de enfermagem pautada no autocuidado.

Contribuições para a prática profissional de Enfermagem  
Os resultados apontados pela reflexão sugerem que a utilização da TDA pelos enfermeiros para com pessoas com deficiência carece de maior diálogo entre diagnóstico, intervenção e resultados, como ferramentas determinantes para que o cuidado domiciliar de longo prazo, executado pelos seus familiares e cuidadores, consolidando a visibilidade e reconhecimento do enfermeiro no contexto da sociedade contemporânea.

## Contribuição dos autores

WCAM, concepção, desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final. NMAF, MMM, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica. ADT, FMDH, WGA, SSB e HFS redação do artigo, revisão crítica, revisão final.



REFERÊNCIAS

1. Figueiredo NMA, Machado WCA, Martins MM. REABILITAÇÃO: nômades em busca de sentido para o cuidado da pessoa com deficiência adquirida. Curitiba: CRV; 2018. 308 p.
2. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018. 364 p.
3. Machado, WCA. O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência. Curitiba: CRV; 2017. 138 p.
4. Freire LIF, Fernandes C. A base de conhecimentos dos professores, a reflexão e o desenvolvimento profissional: um estudo de caso a partir da escrita de diários de aula por estagiários de professores de Química. Rev. Bras. Estud. Pedagog. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 09]; 96(243): 359-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v96n243/2176-6681-rbeped-96-243-00359.pdf>
5. Vargas CP, Diaz PS, Menegaz JC, Backes VMS, Kempfer SS, Lima DKS. Introduction of the Flipped Classroom in nursing teaching. Rev. enferm. UFSM. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 13]; 8(4): 829-40. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26811/pdf>
6. Alvarez, AB, Machado, WCA, Teixeira, MLO., Castelo Branco, E, Figueiredo NMA. Body image in paraplegics: coping with changes from the perspective of people with spinal cord injury. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 18]; 24(1): e16125. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16125>
7. Machado WCA, Silva VM da, Silva RA da, Ramos RL, Figueiredo NMA de, Branco EMSC, Rezende LK, Carreiro MA. Hospital discharge of patients with disabling neurological injury: necessary referrals to rehabilitation. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 07]; 21(10): 3161-70. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001003161-8&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003161-8&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
8. Orem DE. Nursing concepts of practice. Saint Louis (US): 6ª ed. Mosby. 2001. 158 p.
9. Souza ELV de; Moura GN de; Nascimento JC do; Lima MA de; Pagliuca LMF; Caetano JA. Nursing diagnoses based on the self-care theory in people with visual deficiency. Rev Rene [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 18]; 13(3): 542-51. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3975/3139>
10. Lessmann JC, Conto FD, Ramos G, Borenstein MS, Meirelles BHS. Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered Stroke. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 29]; 64(1): 198-202. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100030&lng=pt&nrm=iso)
11. Stacciarini TSG, Pace AE. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 15]; 25: e2856. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-02856.pdf>
12. Solia FSF, Silva SS. Health education through dialogue processes, and the self-care of the deaf individual. Ciênc. educ. (Bauru). [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 14]; 23(3): 677-89. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-73132017000300677&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132017000300677&lng=pt&nrm=iso)
13. Quiros PJP, Vidina TSS, Almeida Filho AJ. Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. Referência. [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 21]; serIV(3): 157-164. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000300018&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300018&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
14. Ferreira CL, Santos LMO, Maia EMC. Resilience among the elderly cared for by the Primary Healthcare Network in a city of Northeast Brazil. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 22]; 46(2): 328-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
15. Assis GM, Faro ACM. Clean intermittent self catheterization in spinal cord injury. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 19]; 45(1): 289-93. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en\\_41.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_41.pdf)
16. Campoy LT, Rabeh SAN, Nogueira PC, Vianna PC, Miyazaki MY. Self-care practice for bowel functioning in a group of patients with spinal cord injury. Acta fisiátrica. [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 14]; 19(4): Available from: [http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=482](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=482)
17. Coura AS, Enders B, ISX, Vieira CENK, Dantas DNA, Menezes DJC. Ability for self-care and its association with sociodemographic factors of people with spinal cord injury. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 06]; 47(5): 1150-57. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000501150&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501150&lng=pt&nrm=iso)
18. Ardigo FS, Amante LN. Knowledge of the professional about nursing care of people with ostomies and their families. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 29]; 22(4): 1064-71. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en\\_24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_24.pdf)
19. Silva CRDT, Andrade EMLR, Luz MHBA, Andrade JX, Silva GRF. Quality of life of people with intestinal stomas. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 29]; 30(2): 144-51. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/en\\_1982-0194-ape-30-02-0144.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/en_1982-0194-ape-30-02-0144.pdf)
20. Andrade RS, Martins JM, Medeiros LP, Souza AJG, Torres GV, Costa IKF. Sociodemographic, clinical and self-care aspects of persons with intestinal stoma. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 26]; 25:e19368. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/19368/24239>
21. Mauricio VC, Souza NDO, Costa CCP et al. The view of nurses about educational practices targeted at people with a stoma. Esc. Anna Nery [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 12]; 21(4): e20170003. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0003.pdf>
22. Wen T, Liu B, Wan X, Zhang X, Zhou X, Lau AYL, Zhang Y. Risk factors associated with 31-day unplanned readmission in 50,912 discharged patients after stroke in China. BMC Neurol. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 22]; 18(1): 218. Available from: <https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-018-1209-y>
23. AlSaleh AJ, Qureshi AZ, Syamsuddin Abdin Z, Mushabbab AlHabter A. Long-term compliance with bladder management in patients with spinal cord injury: A Saudi-Arabian perspective. J Spinal Cord Med. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 16]; 22:1-6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10790268.2018.1531609?journalCode=yscm20>
24. Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues ILA, Leite TV et al. Social representations of women submitted to mastectomy and the implications for self-care. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 [cited 2019 Jan 08]; 63(5): 727-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500006)
25. Machado WCA, Scramin AP. Functional (in)dependence in the dependent relationship of quadriplegic men with their (un)replaceable parents/caregivers. Rev. Esc Enferm. USP. [Internet]. 2010 [cited 2019 Jan 06]; 44(1): 53-60. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
26. Carvalho APR de, Santos TMB dos, Linhares FMP. Promotion of self-care for mastectomized women. Cogitare enferm. [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 15]; 17(3): 485-491. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29290/19039>
27. Poletto D, Silva DMGV. Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. Rev. latinoam. enferm. [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 09]; 21(2): 531-538. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0531.pdf>
28. Mota MS, Gomes GC, Petuoco VM, Heck RM, Barros EJL, Gomes VLO. Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 22]; 49(1): 82-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0082.pdf>
29. Freire DA, Angelin RCM, Souza NR, Brandão BMGM et al. Self-image and self-care in the experience of ostomy patients: the nursing look. REME rev. min. enferm. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 26]; 21: e1019. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1155>
30. Dias LV, Muniz RM, Viegas AC et al. Mastectomized woman in

31. Ercolano E, Grant M, McCorkle R et al. Applying the Chronic Care Model to Support Ostomy Self-Management: Implications for Oncology Nursing Practice. *Clin J Oncol Nurs*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 18]; 20(3): 269-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5544017/>

32. Boraii S. A Descriptive Study to Assess Quality of Life in Egyptian Patients With a Stoma. *Ostomy Wound Manage*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 16]; 63(7): 28-33. Available from: <https://www.o-wm.com/article/descriptive-study-assess-quality-life-egyptian-patients-stoma>

33. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MM, Figueiredo NMA. Comprehensiveness in the care network regarding the care of the disabled person. *Texto Contexto Enferm*. [Internet].

2018 [cited 2019 Jan 14]; 27(3): e4480016. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/en\\_0104-0707-tce-27-03-e4480016.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/en_0104-0707-tce-27-03-e4480016.pdf)

34 - Leite MS, Aguiar LC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à colostomia. *Enferm Foco*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 21]; 8(2): 72-6. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1227>

# MOTIVOS DA RECAÍDA AO USO DE DROGAS POR MULHERES NA PERSPECTIVA DA FENOMENOLOGIA SOCIAL

Keity Laís Siepmann Soccol<sup>1</sup>

Marlene Gomes Terra<sup>2</sup>

Danilo Bertasso Ribeiro<sup>3</sup>

Daiana Foggiato de Siqueira<sup>2</sup>

Annie Jeanninne Bisso Lacchini<sup>4</sup>

Janaina Lunardi Canabarro<sup>5</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7071-3124>

<https://orcid.org/0000-0001-9402-561X>

<https://orcid.org/0000-0003-0818-6797>

<http://orcid.org/0000-0002-8592-379X>

<https://orcid.org/0000-0002-3938-1256>

<https://orcid.org/0000-0003-1868-8846>

**Objetivo:** compreender a intencionalidade da ação à recaída ao uso de drogas por mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Metodologia:** pesquisa pautada na Fenomenologia Social de Alfred Schütz, realizada com 20 mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. A produção dos dados foram a partir de entrevista fenomenológica. **Resultados:** As mulheres ao vivenciarem a recaída ao uso da droga esperam esquecer os problemas que ocorreram em suas vidas como a violência que sofreram, as brigas e as perdas de seus familiares. E para superá-los, elas buscam apoio nos efeitos advindos do uso das drogas que propicia a alegria e o bem-estar. **Conclusão:** os motivos atribuídos por mulheres à recaída ao uso de drogas envolvem além de suas histórias de vida, também, de influências das suas relações sociais.

**Descritores:** Serviços de saúde mental; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Mulheres.

## REASONS FOR RELAPSE TO DRUG USE BY WOMEN FROM THE PERSPECTIVE OF THE SOCIAL PHENOMENOLOGY

**Objective:** To understand the intentionality of drug relapse action by women assisted at a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs. **Method:** research based on Alfred Schütz's Social Phenomenology, conducted with 20 women assisted at a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs. **Data production** was based on phenomenological interview. **Results:** Women experiencing relapse to drug use hope to forget the problems that occurred in their lives such as the violence they suffered, the quarrels and the loss of their families. And to overcome them, they seek support in the effects of drug use that provides joy and well-being. **Conclusion:** the reasons attributed by women to drug use relapse involve, besides their life histories, also, influences of their social relations.

**Descriptors:** Mental Health Service; Substance-Related Disorders; Women.

## MOTIVOS DE LA RECAÍDA AL USO DE DROGAS POR MUJERES EN LA PERSPECTIVA DE LA FENOMENOLOGÍA SOCIAL

**Objetivo:** comprender la intencionalidad de la acción de recaída de drogas por parte de mujeres asistidas en un Centro de Atención Psicossocial para el Alcohol y las Drogas. **Método:** investigación basada en la fenomenología social de Alfred Schütz, realizada con 20 mujeres asistidas en un Centro de atención psicossocial para el alcohol y las drogas. La producción de datos se basó en la entrevista fenomenológica. **Resultados:** Las mujeres que experimentan una recaída en el uso de drogas esperan olvidar los problemas que ocurrieron en sus vidas, como la violencia que sufrieron, las peleas y la pérdida de sus familias. Y para superarlos, buscan apoyo en los efectos del consumo de drogas que les proporciona alegría y bienestar. **Conclusión:** las razones atribuidas por las mujeres a la recaída del uso de drogas involucran, además de sus historias de vida, influencias de sus relaciones sociales.

**Descriptors:** Servicios de Salud Mental; Trastornos Relacionados con Sustancias; Mujeres.

<sup>1</sup>Universidade Franciscana-UFN/RS.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Maria-UFSM/RS.

<sup>3</sup>Universidade Paranaense,PR.

<sup>4</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFCSPA.

<sup>5</sup>Hospital Geral do Estado do Exército Brasileiro.

Autor correspondente: Daiana Foggiato de Siqueira. Email: daianasiqueira@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O número de pessoas que usam ou abusam de drogas é crescente. Estima-se que em torno de 5% da população mundial usou drogas pelo menos uma vez no ano de 2015. Ressalta-se que o abuso de drogas vem aumentando significativamente entre as mulheres, principalmente na última década<sup>(1)</sup>. Embora tenha ocorrido esse aumento, os estudos na temática das drogas possuem foco nos homens, já que esses, são a maioria dos usuários presentes nos serviços de saúde<sup>(2)</sup>.

As mulheres usuárias de drogas sofrem estigmas e preconceitos por parte da sociedade, sendo diversas vezes mal vistas, como sendo aquelas que não cumprem com o seu papel tradicionalmente a elas atribuído e esperado, como o de mãe e de responsável pelo lar e pelos afazeres domésticos<sup>(3)</sup>. Esse preconceito que elas sofrem incide em uma busca de tratamento tardio. Ainda, algumas que usam drogas procuram os serviços de saúde somente após manifestarem agravos à saúde ou após vivenciarem perdas nos seus relacionamentos<sup>(4)</sup>.

As consequências do uso ocasionam conflitos e perdas no âmbito familiar, como o rompimento do vínculo e das relações, perda da confiança e da moral pelos familiares, abandono de pais e filhos, e perdas de bens materiais<sup>(4)</sup>. E no âmbito social, causa o afastamento do emprego e do ambiente escolar e favorece vivências nas ruas e vínculo com traficantes<sup>(5)</sup>. Ainda, estão presentes, na vida das mulheres usuárias de drogas, o isolamento social, a marginalização, a exposição a situações de violência e os entraves de acesso aos serviços de saúde<sup>(2,6)</sup>.

Dentre os serviços que prestam assistência às pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de drogas encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD). Estes são regulamentados pela Portaria GM/MS Nº 336/2002 e prevê o desenvolvimento de atividades comunitárias com foco na integração desse usuário na comunidade e a sua inserção familiar e social<sup>(7)</sup>.

Entretanto, mesmo estando em tratamento nos CAPS AD, as mulheres vivenciam a recaída ao uso de drogas, em outras palavras, acabam retornando ao uso de drogas, ocorrendo deste modo à recaída. A recaída pode ser definida como o retorno ao uso da droga após um período de abstinência<sup>(8)</sup>.

Em revisão bibliográfica sobre o assunto, foi evidenciado que existem fragilidades na produção científica, pois os estudos que abordam sobre a recaída apresentam uma tendência em identificar o perfil dos usuários de drogas que recaem e relacionam ao tipo de substância utilizada<sup>(9)</sup>. Ainda, apontam para os fatores de prevenção e de proteção à recaída ao uso drogas<sup>(10)</sup>.

Nessa perspectiva, este artigo teve como questão de pesquisa: quais são os motivos atribuídos para a recaída

ao uso de drogas na perspectiva das mulheres usuárias de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? E, o estudo objetivou: compreender a intencionalidade da ação à recaída ao uso de drogas por mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Pesquisa pautada na Fenomenologia Social de Alfred Schütz, esta permite compreender o significado das ações, das interações e das experiências que as pessoas vivenciam no seu mundo da vida<sup>(11)</sup>.

### Participantes da pesquisa

Participaram vinte mulheres assistidas nesse serviço no momento da coleta dos dados, com idades entre 20 e 60 anos. O tempo de tratamento das mulheres no CAPS AD foi entre três meses e oito anos. Os critérios de inclusão do estudo foram mulheres a partir de 12 anos de idade com história de recaída ao uso de drogas, em qualquer modalidade de tratamento no CAPS AD. E, como critérios de exclusão, aquelas que estivessem sob efeito de algum tipo de droga e com dificuldade para falar com a pesquisadora no momento da entrevista. Nenhuma das mulheres convidadas foi excluída da pesquisa, assim não houve perdas amostrais.

### Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um CAPS AD, localizado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

### Coleta dos dados

A produção dos dados ocorreu por meio de entrevista fenomenológica, gravada em um dispositivo digital no período de fevereiro a maio de 2017, sendo algumas em uma sala reservada no CAPS AD e outras no domicílio, conforme a escolha da participante. A entrevista fenomenológica não busca uma intervenção, e sim a compreensão do outro de maneira acessível e sem preconceito ou impostura<sup>(12)</sup>.

A entrevista foi composta por um roteiro com questões sobre a situação biográfica das mulheres, que versavam sobre a idade e o tempo de tratamento serviço. Também se utilizou a seguinte questão norteadora: o que você tinha em vista quando retornava ao uso de drogas? O tempo de duração de cada entrevista não foi determinado cronologicamente, entretanto, teve-se a duração entre 40 e 75 minutos.

O número de participantes não foi pré-estabelecido. Encerraram-se as entrevistas no momento em que se percebeu a repetição das informações nas falas das mulheres, tendo em vista que, de acordo com o método, buscou-se



a profundidade do fenômeno e não a sua quantificação. Assim, finalizaram-se as entrevistas diante da suficiência de significados expressos nas falas. Para preservar a identidade das mulheres, utilizou-se a letra "M" (letra inicial da palavra mulher), seguida do número correspondente à entrevista realizada.

### Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados de acordo com a Fenomenologia Social de Alfred Schütz<sup>(11)</sup>. Inicialmente realizou-se a transcrição das entrevistas, leituras e releituras das mesmas para identificar as ações e a intencionalidade delas na recaída ao uso de drogas. Após, organizou-se os motivos em categorias concretas do vivido que representavam a intencionalidade das mulheres ao vivenciarem a recaída, agrupando os significados identificados nas falas das mulheres.

### Procedimentos éticos

As considerações éticas foram cumpridas, conforme dispostas na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sendo o protocolo do projeto de pesquisa foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 61019616.8.0000.5346) e Parecer Nº 1.867.646(13).

## RESULTADOS

Ao compreender a intencionalidade da ação à recaída ao uso de drogas por mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas desvelaram-se duas categorias concretas do vivido: esperam esquecer os seus problemas e têm expectativa de sentir a alegria e o bem-estar.

### Esperam esquecer os seus problemas

As mulheres ao vivenciarem a recaída tinham em vista esquecer os problemas do seu cotidiano e das situações que vivenciaram em seu passado que vêm à tona no presente, como a violência que sofreram as brigas e as perdas de seus familiares. Desse modo, a recaída é vivenciada por elas com a intencionalidade de uma fuga da realidade encontrada no prazer que o uso da droga proporciona.

"Eu fui abusada pelo meu pai, eu fui estuprada pelo irmão. Porque assim, eu nunca tive carinho de mãe. Para esquecer isso que passei, porque vinha à cena, até hoje vem". (M4)

"Se eu me incomodava em casa, amanhã de manhã eu bebia de novo. Era só o momento de eu ficar só ou conseguir fugir para poder comprar e esconder em algum lugar. Tipo, discutir com meu marido ou ele me jogar as coisas na cara. Daí tinha dias que eu ia lá, bebia e ficava bem". (M8)

"O problema da recaída, a maioria, foi das perdas mesmo: de mãe, de irmão que eu passei sozinha. Ai eu pensava: se eu tomar, eu vou ter mais força para aguentar". (M20)

### Têm expectativa de sentir a alegria e o bem-estar

As mulheres desvelam ao recaírem, que planejavam no retorno ao uso da droga, a busca da alegria e do bem-estar. Assim, a intencionalidade é para sentir alegria, ficar tranquila e solta, ficar feliz e alegre para esquecer as situações de solidão. Com isto, as mulheres sentem bem-estar.

"Eu pensei que eu bebendo aquilo eu ia ficar mais tranquila. Quando eu bebo eu fico mais alegre, mais tranquila, não me preocupo com problema nenhum. [...] Parece que a bebida que me ajuda a dar risada, a conversar, ficar mais solta". (M10)

"Tenho vontade de beber para ficar feliz. Daí, às vezes, que voltava a beber era sempre assim. [...] A euforia, a alegria de tomar minha cerveja. Ai, tomo uma, tomo duas e até, até tenho que tomar mais e mais e mais". (M11)

"Acho que bebendo isso aí eu fico mais alegre, esqueço das coisas (sentimento de solidão)". (M14)

"Quando eu bebia, eu era alegre, eu era feliz. E, hoje, eu não consigo, eu não consigo mesmo. Isso faz com que você tenha que beber"! (M16)

## DISCUSSÃO

As mulheres esperam no retorno ao uso da droga um modo de esquecer os seus problemas. Isso vai ao encontro de um estudo que evidenciou que o uso de drogas pelas mulheres está atrelado a problemas afetivos, familiares ou à influência das pessoas com as quais as mulheres convivem, e por não terem apoio familiar, elas usam as drogas como sendo uma válvula de escape para os problemas existentes em suas vidas<sup>(14)</sup>.

As perdas de familiares que as mulheres vivenciaram em suas vidas também contribui com que elas abusem de drogas<sup>(2)</sup>. A droga é considerada como um refúgio, fazendo com que o usuário esqueça de seus problemas momentaneamente<sup>(15)</sup>. Nesse sentido, as recaídas ocorrem com a intencionalidade de esquecer dos problemas, mesmo que seja momentaneamente, ou seja, enquanto durar o efeito da droga.

O fato das mulheres já ter usado drogas em algum momento de suas vidas permite que, em situações parecidas àquelas vivenciadas, elas retornem a usar a substância. Para Schütz, aquilo que já foi apreendido uma vez traz consigo experiências possíveis, com referências de familiaridade que correspondem a ela<sup>(11)</sup>. Isso ocorre na medida em que elas projetam no uso a superação e a possibilidade de esquecer essas situações.

Um estudo desenvolvido com usuárias de crack mostrou que a violência social causada por cônjuges e por familiares ocasiona impactos negativos na saúde das mulheres fazendo com que essas usem a droga com a intencionalidade de fugir da realidade<sup>(5)</sup>. Usuários de drogas que tem menos apoio da família estão mais propensos à recaída<sup>(10)</sup>.



É possível observar que a situação biográfica dessas mulheres é marcada por violência e, que elas recaem para esquecê-la e, até mesmo, para suportar a agressão, demonstrando as diferenças existentes de gênero e as repercussões na sua saúde física, na psíquica e em seu status social. Assim, torna-se importante que os profissionais dos serviços de saúde atentem para a violência contra as mulheres, pois, ao ter esse cuidado, os profissionais poderão contribuir com a proteção e a promoção da saúde.

A exposição a eventos geradores de estresse pode levar à recaída ao uso de drogas tanto em homens, como em mulheres<sup>(16)</sup>. Entretanto, o estresse faz com que o número de mulheres que recaem seja maior do que nos homens. Assim, é imprescindível que os serviços que prestam assistência a esses usuários atuem promovendo estratégias de enfrentamento relacionadas ao estresse e à capacidade de adaptação aos problemas<sup>(17)</sup>.

Embora as mulheres recaiam com a intenção de esquecer dos problemas, essa ação faz com que, ao retornarem a sua sobriedade, elas vivenciem novos problemas decorrentes da recaída, como a frustração de ter vivenciado uma nova recaída, o sentimento de fracasso perante a família por não conseguir controlar o seu desejo, e a impotência de conseguir manter um controle sobre a sua vida. Esses sentimentos as levam a uma nova recaída, criando um ciclo entre a recaída e a sobriedade aliada ao sentimento de culpa por ter recaído.

O uso de drogas está relacionado à dificuldade em que os usuários têm em lidar com as suas perdas, fazendo com que evitem a fase do luto por meio do efeito da droga. Ao consumir a droga, o usuário espera que o seu efeito provoque um refúgio anestésico e amnésico que alivie as dificuldades vivenciadas, as dores e as angústias que sentem na ocasião<sup>(18)</sup>. Assim, a busca pelo uso da droga está associada à incapacidade que o usuário tem de lidar com as crises afetivas e pessoais.

Em situações difíceis, Schütz refere que o ator aceita as suas emoções como guia para descobrir a melhor solução para aquele momento, por meio da deliberação racional, porque essas emoções também têm suas raízes em seu interesse prático. Ao buscarem em seu estoque de conhecimento, em suas experiências e, também as transmitidas sob a maneira de um conhecimento à disposição, bem como das habilidades que emergiram de sua vida ou de suas experiências práticas, que operam como um sistema de referência, as mulheres encontram na recaída a solução para se esquecerem de seus problemas<sup>(11)</sup>.

A situação biográfica das mulheres e a compreensão de como ocorrem as suas relações sociais no mundo da vida, desvela que algumas experiências vividas em seu passado histórico que influenciam nas suas decisões e ações no presente quanto ao ato de recair. Assim, o significado da

recaída mostrou-se amplo e complexo, uma vez que essa problemática envolve os contextos sociais e a história de vida que constituem a existência dessas mulheres.

O uso da droga produz uma sensação de prazer, o que faz com que os usuários continuem a usar a droga frequentemente. A recaída está relacionada com a antecipação dos efeitos positivos, considerados pelos usuários como bons, que o uso da droga causa<sup>(19)</sup>.

Para Schütz, os indivíduos têm um projeto, que, quando estabelecido, permite que o mesmo consiga traçar o objetivo a ser alcançado, o ato a ser realizado e o problema a ser resolvido. Assim, o indivíduo, por meio de seu interesse dominante, seleciona o que é e o que não é relevante nesse momento<sup>(11)</sup>.

As experiências negativas que as mulheres vivenciaram são situações que podem repercutir no seu mundo da vida. Essas situações fazem com que elas associem as experiências positivas, que tiveram com o uso da droga, e voltem a usá-la. As lembranças das situações difíceis junto aos seus semelhantes fazem com que as mulheres recaiam. Isso vai ao encontro de um estudo realizado com mulheres usuárias de bebidas alcoólicas evidenciou que essas usam a substância no intuito de alcançar a busca do alívio para a ansiedade ou tensões cotidianas<sup>(20)</sup>.

Ressalta-se que o mundo da vida é o mundo social que aparece ao indivíduo, no qual ele age, relaciona-se com seus semelhantes e experiencia uma realidade. O mundo da vida cotidiana é o cenário e o objeto das ações e das interações realizadas por ele e, portanto, age no mundo e sobre o mundo, cabendo-lhe dominá-lo e transformá-lo, para que possa concretizar os propósitos que busca realizar nele. Esse mundo manifesta-se no sujeito por meio de suas relações<sup>(11)</sup>. Ao mesmo tempo em que as mulheres usam bebidas alcoólicas para a busca de bem-estar, o uso dessa substância é como um facilitador de socialização<sup>(20)</sup>.

Qualquer ação requer um comportamento orientado segundo um plano ou projeto que foi previamente elaborado<sup>(11)</sup>. No caso das mulheres, a ação foi o retorno ao uso de drogas e o ato correspondente foi à busca pela sensação de alegria e de bem-estar, concretizando assim a recaída. Após concluírem o ato as mulheres precisam lidar com as consequências da recaída em suas vidas.

A recaída, juntamente com a situação biográfica das mulheres e suas experiências passadas, foi vivenciada por estas como sendo uma possibilidade do alcance da alegria e do bem-estar. Assim, esses efeitos são elementos facilitadores para a recaída.

A problemática da recaída não envolve somente o ato da mulher usar a droga, mas a relação de familiaridade que elas estabelecem com essas substâncias, projetando no

uso a única atividade que lhes causam alegrias e bem-estar. Nesse sentido, é importante que os profissionais incentivem as mulheres a despertarem em si a busca de atividades alternativas, para que possam sentir bem-estar e o prazer<sup>(3)</sup>.

Embora a recaída das mulheres esteja atrelada aos diferentes problemas e pela sensação de alegria e bem-estar que o uso da droga proporciona, chama-se a atenção dos profissionais para que possam criar estratégias que auxiliem as mulheres na busca de habilidades para o enfrentamento dos problemas atuais e do passado, projetando para o futuro mudanças. Isso exige delas uma corresponsabilização pela sua saúde e pela sua vida.

### Limitações do estudo

O presente estudo apresenta limitações como ser delimitado a um único CAPS AD e a dificuldade de acesso às mulheres, já que estas são a minoria nos serviços que prestam assistência à saúde de usuários de drogas.

### Contribuições do estudo para a prática

A recaída traz diversas implicações para a enfermagem e para outros profissionais, pois interfere na saúde mental, na psíquica e na vida social dessas mulheres. Nesse sentido, é importante pensar em como desenvolver um cuidado a partir de ações interdisciplinares para as mulheres, para que se possa fornecer um cuidado mais humano e integral, de acordo as suas necessidades de saúde. Assim, espera-se que este estudo forneça subsídios para o desenvolvimento de estratégias de atenção voltadas às necessidades das mulheres usuárias de drogas que vivenciam a recaída já que foram identificados os motivos que fazem com que as mulheres recaiam.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender a intencionalidade da ação à recaída ao uso de drogas por mulheres assistidas em

um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, no qual mostrou que a ação da recaída ocorre com a finalidade de esquecer os problemas e com a intencionalidade de buscar, no retorno ao uso da droga, a alegria e o bem-estar. A recaída vivenciada pelas mulheres mostrou realidades sofridas, permeadas por violência, fragilização dos vínculos afetivos e perdas de familiares. Assim, conhecer as suas histórias de vida permitiu alcançar a compreensão da motivação da recaída ao uso de drogas.

A recaída vai além do retorno ao uso de drogas e das consequências desse uso para a saúde e vida social. Envolve a situação biográfica das mulheres, bem como, o papel que as pessoas com as quais elas convivem exercem sobre elas, já que o mundo da vida é compartilhado com os nossos semelhantes e envolve aspectos culturais e sociais. Neste sentido, a recaída pode ser resultado dessa situação da vida cotidiana atrelada a adesão ao tratamento em um serviço especializado.

A partir deste estudo, pode-se inferir certa dificuldade das mulheres em compreender e/ou aderir à proposta de atenção aos usuários de álcool e outras drogas oferecida pelos Centros de Atenção Psicossocial. Neste sentido, aponta-se para a necessidade de os profissionais da área da saúde abordar assuntos como as perdas e os lutos com as mulheres, para que estas desenvolvam a sua capacidade de resiliência e de enfrentamento das experiências difíceis em sua vida. Ainda, considera-se essencial que esses incentivem as mulheres a despertarem em si a busca de atividades que lhes proporcionem alegria e bem-estar.

### Contribuição dos autores

Concepção e/ou desenho: Keity Lais Siepmann Soccol, Marlene Gomes Terra, Danilo Bertasso Ribeiro; análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Keity Lais Siepmann Soccol, Marlene Gomes Terra, Danilo Bertasso Ribeiro, Daiana Foggiato de Siqueira, Annie Jeanninne Bisso Lacchini, Janaina Lunardi Canabarro.

## REFERÊNCIAS

1. UNODC. World Drug Report. [cited 2019 Mar 15]. Available from: [http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017/06/cerca-de-29-5-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-provocado-pelo-uso-de-drogas--os-opioides-so-os-mais-prejudiciais\\_-aponta-relatorio-mundial-sobre-drogas-2017-do-unodc.html](http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017/06/cerca-de-29-5-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-provocado-pelo-uso-de-drogas--os-opioides-so-os-mais-prejudiciais_-aponta-relatorio-mundial-sobre-drogas-2017-do-unodc.html).
2. Soccol KLS, Terra MG, Padoin SMM, Ribeiro DB, Siqueira DF, Canabarro JL. Motivos do abuso de substâncias psicoativas por mulheres assistidas em Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 fev 27];39:e20170281. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/86275/49551>
3. Soccol KLS. Recaídas ao uso de drogas na perspectiva da mulher assistida em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas [tese]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf):Universidade Federal de Santa Maria; 2018.
4. Siqueira DF, Terra MG, Soccol KLS, Canabarro JL, Moreschi C. Motivos atribuídos por usuários à procura de tratamento em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Rev REME (Online)*. 2018 [cited 2019 fev 27];22:e-1082. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1220>.
5. Fertig A, Schneider JF, Oliveira GC, Olschowsky A, Camatta MW, Pinho LB. Mulheres usuárias de crack: Conhecendo suas histórias de vida. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2019 fev 27];20(2):310-316. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0310.pdf>.
6. Moraes MEF, Roso A, Romanini M, Wurdig KK, Pezzi V. Consumo de crack, mulheres e internação compulsória: reflexões sobre saberes à luz da teoria das representações sociais. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 02];9(1):132-154. Available from: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/488/384#>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF):Ministério da Saúde;2012.
8. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). Glossário de álcool e drogas / Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010.
9. West BS, Abramovitz D, Staines H, Vera A, Pattersin TL, Strathdee SA. Predictors of Injection Cessation and Relapse among Female Sex Workers who Inject Drugs in Two Mexican-US Border Cities. *J Urban Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 jan 04];93(1):141-54. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26696001>.
10. Moeeni M, Razaghi EM, Ponnet K, Torabi F, Shafiee SA, Pashaei T. Predictors of time to relapse in amphetamine-type substance users in the matrix treatment program in Iran: a Cox proportional hazard model application. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2017 dez 15]; 26(16):265. Available from: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960917/>.
11. Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012. 357p
12. Ipuchima JR, Andreotti ET, Schneider JF. O significado da internação psiquiátrica para pacientes com esquizofrenia. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Ago 02];10(2):1-7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2163/511>
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
14. Tassinari TT, Terra MG, Soccol KLS, Souto VT, Pierry LG, Schuch MC. Caracterização de mulheres em tratamento devido ao uso de drogas. *Rev enferm UFPE (Online)*. 2018 [cited 2019 fev 27]; 12(12):3344-51. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236812>.
15. Cantão L, Botti NCL. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. *Av Enferm* [Internet]. 2017. [cited 2018 dez. 09];35(2):148-158. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002017000200148&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002017000200148&script=sci_abstract&tlng=pt).
16. Fox AD, Maradiaga J, Weiss L, Sanchez J, Starrels JL, Cunningham CO. Release from incarceration, relapse to opioid use and the potential for buprenorphine maintenance treatment: a qualitative study of the perceptions of former inmates with opioid use disorder. *Addict Sci Clin Pract* [Internet]. 2015 [cited em 2018 dez 21];16(10)2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25592182>.
17. Schepis TS, Tapscott BE, Krishnan-Sarin S. Stress-related increases in risk taking and attentional failures predict earlier relapse to smoking in young adults: A pilot investigation. *Exp Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2016 [cited em 2018 dez 21];24(2):110-19. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26901590>.
18. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. *Saúde debate* [Internet]. 2015 [cited em 2019 fev 04];39(106):748-759. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00748.pdf>.
19. Ferreira AC, Czarnobay J, Borba LO, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016 [cited 2019 fev 05];18(n.esp):1-13. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/34292/21002>
20. Silva MGB, Lyra TM. O beber feminino: socialização e solidão. *Saúde debate* [Internet]. 2015. [cited 2019 mar 15];39(106):772-781. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00772.pdf>.

## ARTIGO 19 Original

# O CUSTO DO ABSENTEÍSMO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NUMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA

Anna Elizabeth Frigeri Garcia<sup>1</sup>

Giseli da Rocha Lemos<sup>1</sup>

Vivian Pinto de Almeida<sup>1</sup>

Cristiano Bertolossi Marta<sup>2</sup>

Daniel Aragão Machado<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8034-0958>

<https://orcid.org/0000-0003-4663-6816>

<https://orcid.org/0000-0002-1447-0009>

<https://orcid.org/0000-0002-0635-7970>

<https://orcid.org/0000-0003-0680-5291>

**Objetivo:** Avaliar o custo e mensurar o impacto orçamentário pelo absenteísmo do profissional de enfermagem para uma instituição pública de saúde. **Metodologia:** Trata-se de análise de custo sobre o absenteísmo dos profissionais de enfermagem vinculados a uma instituição universitária realizada em 11 meses do ano de 2018. **Resultados:** Patologias psiquiátricas e osteomusculares foram prevalentes na etiologia dos afastamentos. O custo total da perda foi de R\$ 288.615,45 e o médio R\$ 11.544,62 por profissional o que representa o tamanho do impacto financeiro. **Conclusão:** O impacto orçamentário nas instituições de saúde é grande quando há absenteísmo dos profissionais de enfermagem por doenças advindas do trabalho. Acredita-se que o investimento em programas de prevenção possa representar impacto na redução destes custos e melhoria da qualidade assistencial.

**Descritores:** Absenteísmo; Análise de custo; Profissionais de Enfermagem.

### THE COST OF ABSENTEEISM OF THE NURSING PROFESSIONAL IN A PUBLIC INSTITUTION.

**Objective:** To evaluate the cost and measure the budgetary impact of absenteeism of the nursing professional to a public health institution. **Methodology:** This is a cost analysis on the absenteeism of nursing professionals linked to a university institution held in 11 months of 2018. **Results:** Psychiatric and musculoskeletal pathologies were prevalent in the etiology of withdrawal. The total cost of loss was \$ 288,615.45 and the average cost of \$ 11,544.62 by professional representing the size of the financial impact. **Conclusion:** The budgetary impact on health institutions is great when there is absenteeism of nursing professionals due to work-related illnesses. It is believed that investing in prevention programs may have an impact in reducing these costs and improving the quality of care.

**Descriptors:** Absenteeism; Cost analysis; Nursing Professionals.

### EL COSTO DEL ABSENTISMO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA.

**Objetivo:** Evaluar el costo y medir el impacto presupuestario por el ausentismo del profesional de enfermería para una institución pública de salud. **Metodología:** Se trata de análisis de costo sobre el absentismo de los profesionales de enfermería vinculados a una institución universitaria realizada en 11 meses del año 2018. **Resultados:** Patologías psiquiátricas y osteomusculares fueron prevalentes en la etiología de los alejamientos. El costo total de la pérdida fue de \$ 288.615,45 y el promedio \$ 11.544,62 por profesional lo que representa el tamaño del impacto financiero. **Conclusión:** El impacto presupuestario en las instituciones de salud es grande cuando hay ausentismo de los profesionales de enfermería por enfermedades derivadas del trabajo. Se cree que la inversión en programas de prevención puede suponer un impacto en la reducción de estos costos y la mejora de la calidad asistencial.

**Descriptor:** Absenteísmo; Análisis de costo; Profesionales de Enfermería.

1-Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

2-Universidade Veiga de Almeida - UVA.

Autor correspondente: Anna Elizabeth Frigeri Garcia Email: [annafrigeri3@gmail.com](mailto:annafrigeri3@gmail.com)>

## INTRODUÇÃO

Estudo que investigou o custo do absenteísmo de profissionais de saúde, a partir de doenças de etiologia ocupacionais, em um Hospital Universitário.

Alguns estudos já mostram que o ato de cuidar em saúde é, por si, gerador de estresse, seja na perspectiva física ou psicológica<sup>(1)</sup>. Em geral, agressões verbais e físicas presentes na relação paciente-profissional, as relações com familiares, muitas vezes desgastantes e a relação com outros profissionais tornam os profissionais de enfermagem mais vulneráveis, com possíveis danos à sua saúde<sup>(2)</sup>.

O ambiente laboral, que tende a ser desgastante e desmotivador, pode contribuir para o surgimento de problemas físicos e/ou psíquicos podendo desencadear ou determinar adoecimentos e/ou enfermidades. Inclusive, podendo ser os responsáveis pelo elevado número de absenteísmo nas organizações<sup>(3)</sup>.

O absenteísmo é classificado e dividido em 5 grupos<sup>(4)</sup>: Absenteísmo-doença; Absenteísmo por patologia profissional; Absenteísmo legal; Absenteísmo-compulsório; Absenteísmo voluntário.

Dentre as categorias que atuam em ambientes hospitalares, os profissionais de enfermagem têm um papel continuado frente a pacientes, familiares, equipe multiprofissional, seja de saúde ou administrativa, o que torna desgastante o exercício do ofício<sup>(5)</sup>.

Os custos em saúde são divididos em: custos diretos médicos e não médicos, além de custos indiretos e intangíveis. Na economia da saúde os custos podem ser resumidos conforme o quadro abaixo<sup>(6-7)</sup>:

**Quadro 1:** TIPOS DE CUSTOS

Custos Diretos Médicos	Custos Diretos Não Médicos	Custos Indiretos	Custos Intangíveis
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Serviço/tempo de profissionais da saúde</li> <li>● Medicamentos</li> <li>● Exames</li> <li>● Complementares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Transporte</li> <li>● Adaptações domiciliares</li> <li>● Alimentação</li> <li>● Vestimentas</li> <li>● Cuidador Remunerado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Redução da produtividade (pela mortalidade ou morbidade precoce)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dor, Sofrimento, Angústia, etc.</li> <li>● Fatores relacionados a qualidade de vida.</li> </ul>

Fonte: Ciconelli (2005)

O Ministério da Saúde determina a lista de doenças relacionadas ao trabalho, e a relação de agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional, com as respectivas doenças que podem estar com eles relacionadas. Com base nesta Portaria, levantou-se algumas patologias que podem acometer um profissional de enfermagem no seu local de atividade laboral<sup>(8)</sup>.

“Na enfermagem, o absenteísmo merece especial atenção,

sobretudo pelas características do trabalho e funcionamento ininterrupto e pelas implicações na redução da equipe e na qualidade da assistência prestada aos pacientes. Afirmo também que sua etiologia pode estar relacionada às condições de trabalho, como estilo de liderança e controle, repetitividade das tarefas e falta de integração entre funcionários, que vão interferir indiretamente na assiduidade do trabalhador” (9:158).

Assim, estabelecemos como objetivo do estudo avaliar o custo e mensurar o impacto orçamentário pelo absenteísmo do profissional de enfermagem para uma instituição pública de saúde.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal que se utilizará de uma abordagem quantitativa para sustentar a análise de custo.

### Participantes da pesquisa

Profissionais de enfermagem lotados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, geridos pelo Regime Jurídico Único, com um total de 203 enfermeiros; 405 técnicos de enfermagem; 144 auxiliares de enfermagem. Analisados 362 atestados de servidores de enfermagem, lotados no HUGG, por motivos pessoais, familiares, gestantes e CAT.

### Critérios de inclusão:

Atestados médicos para afastamentos de etiologia laboral, com período igual ou maior a 14 dias.

### Critérios de exclusão:

Profissionais com licença inferior a 14 dias; Outras licenças médicas não relacionadas com motivos laborais e/ou de familiares;

### Local do estudo

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - Divisão de Enfermagem e na Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE) - Setor de perícias médicas.

### Coleta de dados

Estudo foi realizado de janeiro a novembro de 2018

### Descrição das Etapas:

Apresentação do TCLE junto aos servidores. Pesquisa junto a PROGEPE acerca do número de afastamentos ocupacionais, no setor de perícias médicas. Foram avaliados índices de frequência de licença médica; Quantidade de dias de afastamento total; Avaliar se estes afastamentos estão



relacionados a datas festivas, específicas, férias escolares ou variáveis durante o ano.

### Instrumento de Coleta de Dados:

Foi utilizado para coleta dos dados, planilha única em Excel®, contemplada pelas seguintes informações: cargo, sexo, tipo de licença, CID, tipo de doença, quantidade de dias de afastamento, atestados reincidentes e mês de afastamento. Os dados sigilosos dos participantes, não foram expostos neste estudo, e estão protegidos por senha.

### Procedimento de análise dos dados

Trata-se de um estudo avaliativo transversal com abordagem quantitativa, que se utilizou da análise documental para se chegar aos custos relativos ao absenteísmo dos profissionais de enfermagem.

Analizados ainda dados como os salários destes profissionais, necessidade de cobertura funcional a fim de manter a qualidade do serviço, novos gastos com pagamentos de pessoal e custo total gerado. Para efeito de cálculo de custo da perda do profissional, a instituição de saúde investigada utiliza como base de carga horária dos servidores 30 (trinta) horas semanais de atividades, conforme normativas institucionais, perfazendo plantões de 12h trabalhadas e 60h de descanso. Com isso, para efeito dos cálculos do custo, considerou-se que a cada três dias de licença, um plantão seria considerado e necessitaria de substituição por outro profissional, a fim de manter a eficácia na continuidade do serviço laboral.

### Procedimentos éticos

O estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, sob número CAAE 93050918.4.0000.5285. Neste houve aprovação da dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, assim como o compromisso dos investigadores em preservar o nome de cada servidor avaliado.

## RESULTADOS

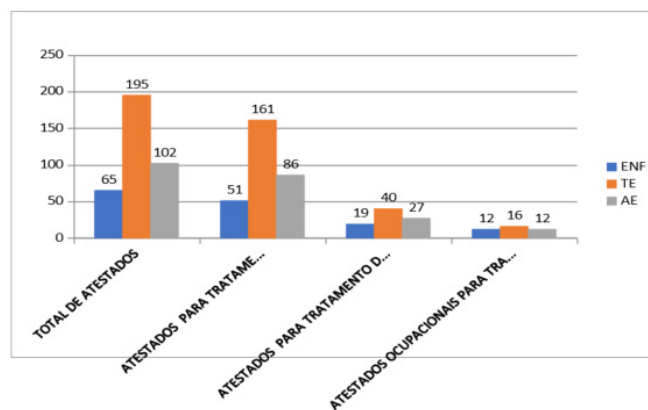
Após coleta de dados verificou-se que, no período de Janeiro a Novembro de 2018, foram entregues ao serviço de saúde ocupacional, pelos profissionais de enfermagem um total de 362 atestados, por motivos diversos (Tratamento Pessoal de Saúde, CAT, Licença para acompanhar familiar, gestante, etc) e quantidade de dias variados.

Destes, 298 pedidos foram para afastamento para tratamento pessoal de saúde. Um total de 86 atestados com solicitação de afastamentos igual ou superior a 14 dias, sem contar as pessoas reincidentes.

Desse universo de 86 atestados, pode-se verificar 40 amostras (atestados) de etiologia ocupacional igual ou superior a 14 dias corridos, o que se traduzia em 28 profissionais, uma vez que alguns solicitaram afastamento por mais de 14 dias, mais de uma vez.

Estes 40 atestados foram a base deste estudo. Estes dados estão sintetizados no gráfico 01 a seguir:

**Gráfico 1** -Total dos atestados dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro,2019.



Fonte: Frigeri,;2019.

Os profissionais ausentes correspondem a um percentual importante para a qualidade do serviço prestado, como é possível observar na tabela 1 abaixo:

**Tabela 1** - Percentual de absenteísmo

Categoria	Total de profissional (n)	Atestados acima 14 dias (n)	Absenteísmo (%)
ENF	203	19	9,3
TE	405	40	9,8
AE	144	27	18,75

Fonte: Frigeri; 2019.

Levando em consideração que no Serviço Federal, a categoria de Auxiliar de Enfermagem ainda está presente, a taxa de absenteísmo deste profissional foi de aproximadamente 20%, evidenciado o impacto na força de trabalho.

A fim de verificar custos financeiros para a instituição de saúde da ausência destes profissionais, foi estabelecido como critério os valores salariais atribuídos nos últimos concursos que constavam no site da UNIRIO, conforme Tabela 2.

**Tabela 2** – Valores para Unificação de Salários

Categoria	Admissão	Salário base
Enfermeiro (enf)	27/08/2018	R\$ 4.180,66
Técnico de enfermagem (te)	28/09/2017	R\$ 2.691,65
Auxiliar de enfermagem (ae)	19/01/2017	R\$ 2.103,62

Fonte: Frigeri; 2019.

A perda destes profissionais no campo de trabalho, traz a necessidade de reposição de força laboral, seja com remanejamento de pessoal ou com profissionais cumprindo um Adicional de Plantão Hospitalar. O APH visa suprir as necessidades de atendimento ao sistema de saúde (10), sendo

**Tabela 4** – Análise de Custos

SERVIDOR	CAT	SEXO	SB	DÇ	TA	PCTS	Nº APH	VALAPH	TOT
<b>DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS / CID10 F</b>									
PROFISSIONAL 01	TE	F	R\$ 2.691,65	F33	34	R\$ 3.050,54	11	R\$ 5.736,48	<b>R\$ 8.787,02</b>
PROFISSIONAL 02	ENF	F	R\$ 4.180,66	F32	92	R\$ 12.820,69	31	R\$ 26.797,92	<b>R\$ 39.618,61</b>
PROFISSIONAL 03	TE	M	R\$ 2.691,65	F41	60	R\$ 5.383,30	21	R\$ 10.756,08	<b>R\$ 16.139,38</b>
PROFISSIONAL 04	AE	F	R\$ 2.103,62	F41	20	R\$ 1.402,41	7	R\$ 3.585,36	<b>R\$ 4.987,77</b>
PROFISSIONAL 05	TE	F	R\$ 2.691,65	F41	66	R\$ 5.921,63	22	R\$ 11.234,16	<b>R\$ 17.155,79</b>
PROFISSIONAL 06	TE	F	R\$ 2.691,65	F43	60	R\$ 5.383,30	21	R\$ 10.756,08	<b>R\$ 16.139,38</b>
PROFISSIONAL 07	ENF	F	R\$ 4.180,66	F33	20	R\$ 3.344,52	7	R\$ 5.988,96	<b>R\$ 9.333,48</b>
PROFISSIONAL 08	AE	F	R\$ 2.103,62	F41	15	R\$ 1.051,50	5	R\$ 2.509,80	<b>R\$ 3.561,03</b>
PROFISSIONAL 09	ENF	M	R\$ 4.180,66	F01	121	R\$ 16.861,99	41	R\$ 35.762,52	<b>R\$ 52.624,51</b>
<b>DOENÇAS OSTEOMUSCULARES / CID10 M</b>									
PROFISSIONAL 10	AE	F	R\$ 2.103,62	M54	16	R\$ 1.121,93	5	R\$ 2.509,80	<b>R\$ 3.631,73</b>
PROFISSIONAL 11	TE	F	R\$ 2.691,65	M79	30	R\$ 2.691,65	10	R\$ 5.139,00	<b>R\$ 7.830,65</b>
PROFISSIONAL 12	AE	F	R\$ 2.103,62	M23	107	R\$ 7.502,91	36	R\$ 15.775,20	<b>R\$ 23.278,11</b>
PROFISSIONAL 13	TE	F	R\$ 2.691,65	M65	14	R\$ 1.256,10	5	R\$ 2.509,80	<b>R\$ 3.765,90</b>
PROFISSIONAL 14	TE	F	R\$ 2.691,65	M62	30	R\$ 2.691,65	10	R\$ 5.139,00	<b>R\$ 7.830,65</b>
PROFISSIONAL 15	TE	M	R\$ 2.691,65	M51	15	R\$ 1.345,82	5	R\$ 2.509,80	<b>R\$ 3.855,62</b>
PROFISSIONAL 16	TE	F	R\$ 2.691,65	M23	90	R\$ 8.074,95	30	R\$ 15.417,00	<b>R\$ 23.491,95</b>
PROFISSIONAL 17	AE	F	R\$ 2.103,62	M84	60	R\$ 4.207,24	20	R\$ 10.158,60	<b>R\$ 14.365,84</b>
PROFISSIONAL 18	TE	F	R\$ 2.691,65	M62	30	R\$ 2.691,65	10	R\$ 5.139,00	<b>R\$ 7.830,65</b>
<b>DOENÇAS OSTEOMUSCULARES / CID10 S</b>									
PROFISSIONAL 19	AE	F	R\$ 2.103,62	S80	21	R\$ 1.472,52	7	R\$ 3.585,36	<b>R\$ 5.057,88</b>
PROFISSIONAL 20	ENF	F	R\$ 4.180,66	S60	60	R\$ 8.361,32	20	R\$ 17.180,16	<b>R\$ 25.541,48</b>
PROFISSIONAL 21	TE	F	R\$ 2.691,65	S32	30	R\$ 2.691,65	10	R\$ 5.139,00	<b>R\$ 7.830,65</b>
PROFISSIONAL 22	ENF	F	R\$ 4.180,66	S82	90	R\$ 12.541,98	30	R\$ 26.513,64	<b>R\$ 39.055,62</b>
PROFISSIONAL 23	AE	F	R\$ 2.103,62	S92	16	R\$ 1.121,93	5	R\$ 2.509,80	<b>R\$ 3.631,73</b>
PROFISSIONAL 24	TE	F	R\$ 2.691,65	S52	15	R\$ 1.345,82	5	R\$ 2.509,80	<b>R\$ 3.855,62</b>
<b>DOENÇAS OSTEOMUSCULARES / CID10 G</b>									
PROFISSIONAL 25	AE	F	R\$ 2.103,62	G56	60	R\$ 4.207,24	20	R\$ 10.158,60	<b>R\$ 14.365,84</b>
<b>DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS / CID10 B</b>									
PROFISSIONAL 26	AE	F	R\$ 2.103,62	B86	15	R\$ 1.051,50	5	R\$ 2.509,80	<b>R\$ 3.561,30</b>
PROFISSIONAL 27	AE	F	R\$ 2.103,62	B02	17	R\$ 1.207,35	6	R\$ 3.107,28	<b>R\$ 4.314,63</b>
<b>DOENÇAS CIRCULATÓRIAS / CID10 I</b>									
PROFISSIONAL 28	ENF	F	R\$ 4.180,66	I83	15	R\$ 1.051,50	5	R\$ 2.509,80	<b>R\$ 3.561,30</b>
Valor total:									<b>R\$ 288.615,45</b>

Fonte: Frigeri, 2019.

uma alternativa de fortalecimento da equipe de trabalhadores, entretanto, a inclusão de um novo profissional gera um custo elevado para a unidade.

Os valores de APH pagos aos servidores estão expostos na tabela abaixo:

**Tabela 3** – Valores de APH

Cargos	Fim De Semana E Feriado		Dias Úteis	
	1h	12h	1h	12h
Nível Superior	85,64	1027,68	68,50	822,00
Nível Intermediário	52,03	624,36	41,63	499,56

Fonte: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2016/lei-13327-29-julho-2016-783461-retificacao-pl.pdf>

Sendo assim, dispõe-se para este estudo, a seguinte análise de custo:

Sendo a média do valor total R\$ 11.544,62 por pessoa, ou seja, cada profissional que entregou atestado com 14 dias ou mais custou ao poder público em média aproximadamente R\$ **11.500,00** no período deste estudo.

A Quantidade de Dias de Afastamento Total destes participantes foi de **1219 dias**, fato que interfere diretamente na qualidade do cuidado que estes profissionais poderiam ter prestado aos pacientes na instituição em tela. Isto posto, observa-se que servidores, dentro dos critérios deste estudo, que o Tempo Total de Afastamento (TTA) apresentou uma média de 44 dias durante o período observado, acarretando na quantidade média de 15 APHs por funcionário faltoso, o que mostra uma variação financeira despendida pela instituição de R\$ 15.415,20 a R\$ 7.493,40 por funcionário somente se considerarmos o valor de APH, que quando aplicada ao total de 28, gera um impacto de R\$ 431.625,60 a R\$ 119.151,00 durante o período observado.

O percentual de Dias de Afastamento Mensal (QDAM) que ultrapassaram 30 dias foi de 57,15% no período investigado.

## DISCUSSÃO

Para a realização do cálculo (em moeda brasileira, Real) do impacto que a inexistência de atividade trabalhista de um profissional apresenta para a instituição, levamos em consideração uma equação (gráfico 2), apesar de entender que não fomos capazes de medir o impacto na qualidade do serviço quando um profissional que atua na unidade causa.

**Gráfico 2** – Formulação do Custo de Inexistência da Atividade Trabalhista



**Fonte:** Frigeri, 2019.

A quantia gasta com APHs poderia ser revertida para outros fins dentro do próprio hospital, que tem alto custo com pagamento de proventos. Conforme informações do Departamento Financeiro da Instituição foram gastos com folha de pagamento, referente a todos profissionais atuantes na instituição hospitalar, em 2016 o valor de R\$ 94.792.545,44, em 2017 cerca de R\$ 116.387.193,85 e em 2018 R\$ 131.357.971,68. Valores totais estes que se referem a

servidores em Regime Jurídico Único (RJU), não somente de profissionais de enfermagem.

Observou-se que as patologias psiquiátricas e osteomusculares acometem grande parte dos profissionais de saúde, visto as condições de trabalho, salários e carga horária excessiva para complementação de renda familiar (tendo em vista que vários servidores possuem mais de um emprego). Sendo assim, políticas de prevenção e suporte para esses trabalhadores devem ser elaboradas de forma eficaz, para que além de conter parte fundamental do excesso de gastos, possa humanizar o atendimento.

Não há, dentro do hospital, onde atuam os profissionais que participaram desta pesquisa, um programa de prevenção de acidentes, patologias ou complicações que envolvam seu programa laboral. Além disso, os atestados destes funcionários não são entregues a ciência da chefia, mas levados diretamente a PROGEPE.

“O ambiente e a natureza do trabalho influenciam a saúde e o bem-estar geral do ser humano impactando seu desempenho no trabalho. As más práticas de gestão e a liderança destrutiva por parte dos gestores mostram efeitos prejudiciais no ambiente organizacional psicossocial e no bem-estar individual dos trabalhadores tais como: horários acima de 40 horas por semana, trabalho por turnos, horas extras não remuneradas, utilização de métodos de trabalho não relatados, pouca autonomia, impossibilidade de desenvolvimento de carreira e carga de trabalho excessiva.”<sup>(11:28)</sup>

“A análise do absenteísmo pode fornecer informações a respeito do estado de saúde de determinado grupo de trabalhadores, como também pode indicar condições de trabalho inadequadas que necessitam ser ajustadas para melhorar as condições laborais dos indivíduos. O absenteísmo por doença é validado com apresentação de um atestado médico, sendo este a principal causa de ausência laboral entre os profissionais da área da saúde. A falta ao trabalho por uma incapacidade do indivíduo, ou doença, nos estabelecimentos de saúde, interfere diretamente, na segurança e qualidade da assistência prestada.”<sup>(12:81)</sup>

Outrossim, contribuem para a ocorrência dos acidentes e doenças ocupacionais entre a equipe de enfermagem, exemplos como: pouca experiência profissional, ausência de equipamento de proteção individual (EPI), cansaço físico e mental e, necessidade de maior agilidade de realização das atividades de rotina<sup>(13)</sup>. Assim como distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho são responsáveis por adoecimentos e afastamentos ao trabalho entre os trabalhadores de enfermagem, podendo gerar incapacidade parcial ou permanente, contribuindo para a ocorrência do absenteísmo destes profissionais<sup>(14)</sup>.

As características do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, que tem exposição a diferentes cargas de trabalho, são causadoras de desgaste físico e emocional, gerando, muitas vezes, o afastamento dos trabalhadores por doença<sup>(15)</sup>.

“Assim, pode-se inferir que durante o processo de trabalho, os profissionais de enfermagem estão sujeitos a riscos ergonômicos, físicos, químicos, de acidentes e biológicos, além da pressão exercida pelos gestores e o ritmo intenso de trabalho, a desvalorização profissional, baixos salários, e duplas ou triplas jornadas de trabalho, frequentemente relacionadas com um dimensionamento inadequado de pessoal. Estes fatores se constituem como os principais responsáveis pelo processo de adoecimento do profissional de enfermagem”.<sup>(12-81)</sup>

“A causa mais frequentemente relacionada ao absenteísmo em profissionais de enfermagem é o adoecimento, ainda que a sua etiologia seja reconhecida, por diferentes autores, como multifatorial. As doenças mais citadas como causa de afastamentos, na maioria dos estudos, são as osteomusculares, seguidas pelas de origem psiquiátrica, depressões e ansiedades”.<sup>(16-19)</sup>

Para diminuir as ausências da equipe de Enfermagem ao trabalho por motivo de doença<sup>(17)</sup>, faz-se necessário a adoção de medidas preventivas e curativas, pois estas melhoram a qualidade da assistência, tornando-a mais humanizada.

A comunicação ineficiente entre setores de Perícia e o setor responsável pelos servidores de enfermagem, Divisão de Enfermagem (DIEN), acabam por gerar equívocos (quando pensamos no planejamento para as APHs) e aumento de custo para a instituição com substituição de profissionais ausentes por absenteísmos.

Uma simples ligação via sistema ou intranet, entre os setores da de perícia médica e divisão de enfermagem também facilitaria o acesso de dados dos servidores faltosos por motivos de atestado médico. Ligação esta que poderia ocorrer via tabela salva em nuvem ou intranet com vias de acesso somente para estes dois setores.

Programas de saúde do trabalhador para redução de danos físicos, programa ergonômico e exames e/ou consultas periódicos também contribuem para melhoria da qualidade da assistência prestada. Um programa de exames periódicos com base no exercício de cada função seria o ideal para combater casos de absenteísmo por causas psiquiátricas, por exemplo.

Faz de extrema importância identificar os riscos a que estão expostos os profissionais no ambiente de trabalho e, estabelecer ações preventivas.

Medidas de promoção da saúde do trabalhador, como a mudança de rotinas de trabalho, a prevenção do excesso de horas extras e/ou a sobrecarga de atividades, melhores

condições físicas do ambiente de trabalho e investimento no aperfeiçoamento profissional dos trabalhadores<sup>(18)</sup> contribuem para a saúde física dos profissionais.

### Limitações do estudo

Dados incompletos nos registros da PROGEPE e nos livros de Ordens e Ocorrências da supervisão de enfermagem; Dificuldade de analisar os custos intangíveis e indiretos aos profissionais, uma vez que houve resistência de parte de alguns em responder o questionário apresentado.

### Contribuições para a prática

Apresentação de soluções para melhoria de comunicação entre os setores responsáveis, a fim de que seja possível identificar afastamentos longos.

Sugestão de programas de atenção à Saúde do Trabalhador, pois com o montante economizado, poderiam ser instituídos, trazendo qualidade de vida.

Sugestão de um efetivo contato entre profissionais e alunos de cursos de graduação como fisioterapia (para aspectos ergonômicos), educação física (ginástica laboral) e psicologia, a fim de trazer melhorias no aspecto laboral destes profissionais.

### CONCLUSÃO

Após análise dos dados coletados, ficou evidente que não existe, nem no hospital investigado, tão pouco na instituição universitária, um programa de prevenção de estresses ou transtornos de etiologia laborais, que poderia minimizar o absenteísmo destes profissionais.

O custo para a instituição Universitária da perda do profissional no período investigado foi de R\$ R\$ 288.615,45, e o impacto orçamentário está na ordem de R\$ 431.625,60 a R\$ 119.151,00, sem levar em consideração o impacto na qualidade do serviço, em virtude da ausência do profissional de enfermagem capacitado para o exercício de práticas avançadas nas unidades clínicas e cirúrgicas do hospital.

Há necessidade de uma equipe multidisciplinar que atue junto à gestão de pessoas desenvolvendo estratégias voltadas à prevenção do desenvolvimento de sintomas relacionados as doenças prevalentes que causam o afastamento. Assim acreditamos que haja redução nas taxas de absenteísmo e os custos com a perda desses profissionais para as unidades públicas.

### Contribuição dos autores

Concepção e/ ou desenho: Anna Frigeri; Análise e interpretação dos dados: Anna Frigeri e Giseli Lemos; Redação do artigo: Anna Frigeri, Giseli Lemos e Daniel Aragão; Revisão crítica: Vivian Pinto e Cristiano Bertolossi ;Revisão final: Anna Frigeri e Daniel Aragão.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Lipp MEN, Malagris LEN. O Estresse no Brasil de Hoje. IN: MEN, Lipp. (ORG). O Stress no Brasil: Pesquisas avançadas. São Paulo: Papyrus, 2004.
- 2 - Schimith MD, Simon BS, Bretas ACP, Budo MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trabalho Educação Saúde (Online), Rio de Janeiro. [Internet] 2011 [cited 2011 Nov]; 9 (3): 479-503. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-774620110003000008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-774620110003000008&lng=en&nrm=iso)
- 3 - Pawlina MMC, Campos AF, Ribeiro LS. Características de Absenteísmo entre Trabalhadores da Saúde: nível central da Secretaria de Estado de Saúde/ MT de 2005 a 2006. Planejamento e Políticas Públicas (ppp). [Internet] 2009 [cited 2009] 33: 173-194. Available from: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/158>
- 4 - Inoue KC, Matsuda LM, Silva DMPP. Absenteísmo em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital-Escola. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá. [Internet] 2008 [Cited 2009 MAR 12]; 7 (1): 11-17. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6554>
- 5 - Miquelini JDL, Carvalho CBO, Gir E, Pelá PNTR. Estresse nos Profissionais de Enfermagem que atuam em uma unidade de Pacientes Portadores de HIV-Aids. DST - J Bras Doenças Sex Transm. [Internet] 2004 [cited Out 2004]; 16 (3): 24-31. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista16-3-2004/3.pdf>
- 6 - Kowalski SC, Ferraz MB. Economia da Saúde - Avaliação da saúde em termos monetários: método de valoração por contingência. Revista Sinopse de Reumatologia. Grupo Editorial Moreira Jr. 2005; (4): 117-119.
- 7 - Ciconelli RM, Azevedo AB, Ferraz MB. Economia da saúde - Estudos de custos de doenças. Revista Sinopse de Reumatologia. Grupo Editorial Moreira Jr., 2005; (4):103-105.
- 8 - Ministério da Saúde (BR). PORTARIA Nº 1339, de 18 de novembro de 1999. Lista de doenças relacionadas ao trabalho. [Internet] 1999 [Cited 2019 fev 25] Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html)
- 9 - Moreira LG, Fernandes M. O Presenteísmo no âmbito da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Pró-UniversSUS. [Internet] 2019 [cited 2019 Jan/Jun]; 10 (1): 154-161. Available from: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1748>
- 10 - Ministério da Saúde (BR). DECRETO Nº 7.186, DE 27 DE MAIO DE 2010. Regulamenta os arts. 298 a 307 da Lei no 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH. Ministério da Saúde. [Internet] 2010 [Cited 2019 mai 20] Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7186.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7186.htm)
- 11 - Gaspar EAD. Análise do absenteísmo dos servidores da carreira técnico-administrativa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2019. [Internet] 2019 [cited 2019 Set 12]. Available from: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/11222>
- 12 - Azevedo JNL, Silva RF, Macêdo TTS. Principais causas de absenteísmo na equipe de enfermagem: revisão bibliográfica. Rev Enferm Contemp. [Internet] 2019 [Cited 2019 Abril]; 8(1):80-86. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1611/2346>
- 13 - Simão SAF, Souza V, Borges RAA, Soares CRG, Cortez EA. Fatores Associados aos Acidentes Biológicos entre Profissionais de Enfermagem. Cogitare Enfermagem. [Internet] 2010 [cited 2019 mar 14]; 15 (1). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17177/11312>
- 14 - Lelis CM, Battaus MRB, Freitas FCT, Rocha FRL, Marziale MHP. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Acta Paul Enferm. [Internet] 2012 [Cited 2019 mar 14]; 25 (3):477-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a25>
- 15 - Sancinetti TR, Soares AVN, Lima AFC, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT, et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [Internet] 2011 [Cited 2019 mar 04]; 45(4):1007-12. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033311031>
- 16 - Grillo PDP. Absenteísmo em Profissionais da Área de Enfermagem: causas mais frequentes - Uma revisão da Bibliografia Atual. Rev Sau Aer. [Internet] 2019 [Cited 2019 Mar]; 2(1):15-20. Available from: [http://www2.fab.mil.br/dirsa/phocadownload/revista2/Artigo\\_Original.pdf](http://www2.fab.mil.br/dirsa/phocadownload/revista2/Artigo_Original.pdf)
- 17 - Marques DO. O absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. 58f, Goiânia. [Internet] 2014 [Cited 2019 mar 14]. Available from: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/3424/5/Dissertação%20-%20Divina%20de%20Oliveira%20Marques%20-%202014.pdf>
- 18 - Silva G, Avelino FD, Gouveia M, Madeira M. Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva. Enfermagem em Foco. [Internet] 2014 [Cited 2019 Jul 03]; 5 (3/4): 75-78. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/563>



# CARACTERÍSTICAS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA MICRORREGIÃO DA SAÚDE DO CEARÁ

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto<sup>1</sup>  
Catarina de Vasconcelos Pessoa<sup>1</sup>  
Iane Teixeira Ximenes<sup>1</sup>  
Maria Helena Machado<sup>2</sup>  
Eliany Nazaré Oliveira<sup>1</sup>  
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha<sup>3</sup>

ORCID 0000-0002-7905-9990  
ORCID 0000-0002-4556-2248  
ORCID 0000-0002-6790-6478  
ORCID 0000-0002-5209-2424  
ORCID 0000-0002-6408-7243  
ORCID 0000-0001-6374-5665

**Objetivo:** Descrever o perfil dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, considerando suas características sociodemográficas, do mercado de trabalho e dos empregos. **Método:** Pesquisa exploratória, sob abordagem quantitativa, baseada num estudo de caso, desenvolvida com 64 enfermeiros dos municípios da 12ª Regional da Saúde do Ceará. A coleta ocorreu por meio de questionário do Google Forms® e os dados foram analisados utilizando software R. **Resultados:** Os dados sociodemográficos dos enfermeiros apontam: 79,7% são do sexo feminino, 71,9% são pardos, 43,7% são solteiros, com faixa etária mais prevalente de 26 a 30 anos (29,7%), 46,8% percebem um salário entre três a quatro mil reais. Quanto ao trabalho, predomina a prestação de serviço por tempo determinado (50%) e 18,8% têm mais de um emprego. **Conclusão:** Os resultados deste estudo trazem a reflexão e a contribuição para o desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, que melhore as condições, reduza a precarização e tente a fixação dos profissionais na região.

**Descritores:** Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Gestão do Trabalho; Mercado de Trabalho

## CHARACTERISTICS OF NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY OF A CEARÁ HEALTH MICROREGION

**Objective:** To Describe the profile of Family Health Strategy Nurses, considering their sociodemographic and labor market characteristics and job. **Method:** Exploratory research, under quantitative approach, based on a case study, developed with 64 Nurses from the municipalities of the 12th Regional of Health of Ceará. Data were collected through a Google Forms® questionnaire and data were analyzed using R software. **Results:** The nurses' sociodemographic data indicate: 79.7% are female, 71.9% are brown, 43.7% are single, with the most prevalent age group from 26 to 30 years (29.7%), 46.8 % receive a salary between three to four thousand reais. As for work, the provision of fixed-term service predominates (50%) and 18.8% have more than one job. **Conclusion:** The results of this study bring reflection and contribution to the development of work management policies that improve conditions, reduce precariousness and try to fix professionals in the region.

**Descriptors:** Nursing; Family Health Strategy; Work management; Job market.

## CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFERMEROS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA DE UNA MICRORREGIÓN DE SALUD DE CEARÁ

**Objetivo:** Describir el perfil de los Enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia, considerando sus características sociodemográficas y del mercado de trabajo y de los empleos.

**Método:** Investigación exploratoria, con abordaje cuantitativo, basada en un estudio de caso, desarrollada con 64 Enfermeros de los municipios de la 12ª Regional de Salud de Ceará. La recolección se hizo mediante cuestionario del Google Forms® y los datos fueron analizados utilizando software R. **Resultados:** Los datos sociodemográficos de los enfermeros indican: 79,7% son de sexo femenino, 71,9% son pardos, 43,7% son solteros, la franja de edad que prevalece es de 26 a 30 años (29,7%), 46,8% reciben un salario entre tres y cuatro mil reales. En cuanto al trabajo, predomina la prestación de servicio por tiempo determinado (50%) e 18,8% tienen más de un empleo. **Conclusión:** Los resultados de este estudio invitan a reflexionar y a contribuir para el desarrollo de políticas de gestión del trabajo, que mejore las condiciones, reduzca la precariedad y promueva la fijación de los profesionales en la región.

**Descriptores:** Enfermería; Estrategia Salud de la Familia; Gestión del Trabajo; Mercado de Trabajo.

1 Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE.

2 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

3 Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.

Autor correspondente: Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto. E-mail: rosemironeto@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos 25 anos, o trabalho em equipe tem sido elemento-chave para o avanço da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, tanto que nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 a 2017<sup>(1-2)</sup>, o planejamento, a programação e a implementação do processo de trabalho se dá, de modo coletivo, com uma abordagem interdisciplinar, já acenando para o componente interprofissional.

A Enfermagem brasileira no rol das profissões da saúde assume papel central para a consolidação da APS, que requer perfil inovador, criativo e de liderança, junto a equipe e a comunidade, em especial para o desenvolvimento de Práticas Avançadas. A Campanha Nursing Now vem fortalecer tal conjuntura ao “[...] emponderar os enfermeiros a assumirem papel central no enfrentamento dos desafios de saúde do século XXI, usando todo o potencial de sua competência profissional e de sua liderança”, de modo que estes aumentem sua influência e intensifiquem suas contribuições para a cobertura universal e a garantia do acesso equitativo aos cuidados em saúde de alta qualidade<sup>(3-4)</sup>.

A Enfermagem na APS tem apresentado importante protagonismo, na ampliação de seu escopo de atuação, no rol de práticas e saberes, na ação colaborativa para implantação de diversas políticas setoriais, programas, ações e serviços e na mudança do modelo de atenção. Dada a importância do enfermeiro em seu núcleo de práticas na APS no Brasil, aliado ao processo de descentralização desencadeado pela Lei Orgânica da Saúde e pelas Normas Operacionais, o mercado em saúde no setor público se expandiu, contribuindo efetivamente com a ampliação dos postos de trabalho, além de motivar o crescimento da força de trabalho e, conseqüentemente, com um vertiginoso crescimento do mercado educacional, resultando na ampliação do número de Cursos de Enfermagem, sobretudo no setor privado<sup>(5-6)</sup>.

Assim, o estudo objetiva descrever o perfil dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, considerando suas características sociodemográficas, do mercado de trabalho e dos empregos.

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudo

Pesquisa exploratória, sob abordagem quantitativa, baseado em estudo de caso.

### Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido na 12ª Microrregião da Saúde de Acaraú, localizada no litoral oeste do Ceará, abrangendo os municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de

Jericoacoara, Marco e Morrinhos.

### Participantes da Pesquisa

A população foi composta por 90 enfermeiros da ESF. Como critérios de inclusão consideramos: 1) Está em pleno exercício da profissão; 2) Atuar na ESF há pelo menos seis meses. Foram excluídos do estudo os enfermeiros que estivessem de licença por doença, maternidade ou outros fins.

Após a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), 73 responderam, e por conta de problemas no banco de dados, apenas 64 tiveram suas respostas validadas.

### Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2019, a partir de um questionário, que foi dividido em blocos, sendo utilizados os seguintes: I - Identificação sociodemográfica; e IV - Mercado de trabalho e características dos empregos. Os demais blocos, serão utilizados em publicações posteriores.

O questionário foi adaptado do instrumento original utilizado na pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil” realizada pela FIOCRUZ/COFEN<sup>(7)</sup>. A semelhança do instrumento de coleta de dados com a referida pesquisa foi intencional e objetiva dialogar com os resultados nacionais permitindo, no entanto, conhecer realidades micro com foco no cotidiano de trabalho desse contingente de trabalhadores.

O questionário foi transformado em um formulário da plataforma Google Forms®, e encaminhado aos sujeitos do estudo pelo WhatsApp® e e-mail, com o convite para participação e o TCLE. Antes da aplicação do instrumento, foi realizado um pré-teste.

### Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram compilados no software Excel® 2010, analisados estatisticamente com o apoio do software R versão 3.5.0. A análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para as proporções de variáveis categóricas foram calculados intervalos de confiança de 95%. Por conseguinte, apresentados em tabelas, com posterior análise à luz da literatura da Sociologia das Profissões.

### Procedimentos Éticos

O protocolo do estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob Parecer Nº 3.474.234.

## RESULTADOS

Com base no contexto político-profissional da APS e da Enfermagem, apresentamos as características dos enfermeiros, no tocante aos dados sociodemográficos, emprego e mercado de trabalho.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da 12ª Microrregião da Saúde, Ceará, 2019.

Variáveis	Categorias	N	%
Gênero	Feminino	51	79,7
	Masculino	13	20,3
Raça/Cor	Pardo	46	71,9
	Branco	18	28,1
Faixa Etária (Anos)	Até 25	11	17,2
	26-30	19	29,7
	31-35	12	18,8
	36-40	13	20,3
	41-45	4	6,2
	46-50	4	6,2
Estado Civil	51-55	1	1,6
	Solteiro (a)	28	43,7
	Casado (a)	24	37,5
	União Consensual/Estável	9	14,0
	Divorciado (a)	1	1,6
	Separado (a)	1	1,6
Renda Mensal (R\$)*	Viúvo (a)	1	1,6
	1.001,00-2.000,00	1	1,6
	2.001,00-3.000,00	23	35,9
	3.001,00-4.000,00	30	46,8
	4.001,00-5.000,00	4	6,2
	5.001,00-6.000,00	1	1,6
	6.001,00-7.000,00	1	1,6
	Acima de 7.000,00	3	4,7
Não respondeu	1	1,6	

\*Valor do Salário Mínimo - R\$ 998,00. Valor do dólar em 1º de novembro - US\$ 3,99.

A Tabela 1 mostra que 79,7% dos enfermeiros são do sexo feminino, 71,9% se consideraram pardos, 43,7% são solteiros, com maior prevalência de jovens entre 26 e 30 anos (29,7%), com média de idade de 33 anos (Desvio Padrão -DP = 7,22 anos), onde menos metade da amostra tinha até 32 anos de idade (Intervalo Interquartil = 9,25 anos).

**Tabela 2** - Características do Emprego dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da 12ª Microrregião da Saúde, Ceará, 2019.

Variáveis	Categorias	N	%	Média	DP	Mediana
Tempo de Trabalho na Enfermagem	6 meses-1 ano	4	6,3	7,1 anos	5,8 anos	6 anos
	1-3 anos	16	25,0			
	3-5 anos	10	15,6			
	5-10 anos	21	32,8			
	10-15 anos	3	4,7			
	15-20 anos	6	9,4			
Tempo de Trabalho na ESF	25-30 anos	2	3,1	5,4 anos	5,1 anos	4 anos
	Não responderam	2	3,1			
	6 meses-1 ano	6	9,3			
	1-3 anos	24	37,5			
	3-5 anos	8	12,5			
	5-10 anos	21	32,8			
Tempo de Trabalho em Função Gerencial na ESF	10-15 anos	1	1,6	4,9 anos	3,6 anos	4 anos
	15-20 anos	4	6,3			
	6 meses-1 ano	5	7,8			
	1-3 anos	24	37,5			
	3-5 anos	7	10,9			
	5-10 anos	22	34,4			
Total de Horas Semanais Trabalhadas horas	10-15 anos	3	4,7	44,0 horas	9,2 horas	40,00 horas
	15-20 anos	1	1,6			
	Não responderam	2	3,1			
	40h	51	79,7			
IC 95%	41-50h	4	6,3	38,10	61,89	
	51-60h	5	7,8			
	70h ou mais	4	6,2			
Tipo de vínculo na ESF	Prestação de serviço	32	50,0	14,12	27,32	
	Estatutário	15	23,4	8,14	11,81	
	Celetista	10	15,6	2,02	9,54	
	Cooperativa	4	6,3	0,54		
	Outro	2	3,1			
	Por tempo indeterminado	1	1,6			

A Tabela 2, referente as características do emprego dos enfermeiros, mostra uma média de 7,13 anos (DP = 5,84) de trabalho na área, com pelo menos 50% da amostra com até seis anos de trabalho, com maior prevalência daqueles que tem entre cinco a dez anos de trabalho na área (32,8%). Quanto ao tempo de atuação na ESF, a média foi de 5,4 anos (DP = 5,1), onde metade da amostra tinha até quatro anos de atuação, com uma prevalência no período de um a três anos (37,5%).

Observa-se que 95,3% atuam tanto na assistência quanto na gerência. De modo que, apesar do intervalo de tempo mais

prevalente de atuação ser de 5 a 10 anos no cargo (35,9%), a média foi de 4,9 anos e a mediana de 4,0 anos, com DP de 3,6 anos.

**Tabela 3** - Características do mercado de trabalho e emprego de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da 12ª Microrregião da Saúde, Ceará, 2019.

Variáveis	Categorias	N	%
Mudança de Emprego nos últimos três anos	Nenhuma vez	45	70,4
	Uma	15	23,4
	Duas	2	3,1
	Três	2	3,1
	Mudança de residência/endereço	5	7,8
Motivos da Mudança	Mudança na área/setor de atuação	4	6,3
	Mudança de categoria profissional (de Aux./Téc. para Enf.)	4	6,3
	Mudança de gestão política	3	4,6
	Convocação para assumir concurso	2	3,1
	Final de contrato e não renovação	1	1,6
Dificuldade de Encontrar Emprego/Trabalho	Sim	17	26,6
	Não	47	73,4
Motivo da Dificuldade	Mercado saturado	9	14,0
	Mudança de gestão política municipal	4	6,3
	Falta de experiência	2	3,1
	Falta de oportunidade	2	3,1
	Baixos salários	2	3,1
Trabalhos/ Empregos na Saúde	Um	52	81,2
	Dois	11	17,2
	Três	1	1,6
Motivos dos vários Trabalhos/ Empregos	Complementar renda	8	12,5
	Adquirir experiência	4	6,3
Tipos dos outros Empregos	Hospital	10	15,6
	Microempresa	4	6,3
	Docência	2	3,1
Trabalha em outro Município	Não	57	89,0
	Sim	7	10,9
Regime de Trabalho dos outros Empregos	Plantonista Noturno 12h	6	9,3
	Plantonista diurno/noturno 24h	2	3,1
	Plantonista diurno 12h	1	1,6
	Outro	8	12,5
Exerce outra atividade remunerada	Não	56	87,5
	Sim	8	12,5

Conforme dados da Tabela 3, nos últimos três anos, 29,7% dos enfermeiros mudaram de emprego, destes, 26,6% tiveram

dificuldade de encontrar emprego/trabalho, motivado pela saturação do mercado (14%), seguido pela mudança de gestão política municipal (6,3%).

## DISCUSSÃO

A Enfermagem Brasileira é o maior contingente de trabalhadores do macro setor Saúde, com 2.217.605 (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares), destes 540.293 são enfermeiros<sup>(8)</sup>. Esse quantitativo vem crescendo impulsionado pelo mercantilismo educacional no setor Saúde, estimulado por políticas sanitárias como as de APS, a exemplo da ESF que tem ampliado a inserção no mercado de trabalho das diversas as diversas profissões.

O setor saúde é estrutural e historicamente feminino, tendo a Enfermagem por uma tradição histórica e cultural, contribuído para esse fenômeno<sup>(9)</sup>. No entanto, o aumento da presença masculina na composição da Enfermagem vem ocorrendo desde a década de 1990 e a tendência à masculinização vem se firmando. O presente estudo obteve pouco mais de 20% da amostra representada pelo gênero masculino, que, juntamente com outras pesquisas, revelam essa tendência. Na Pesquisa do Perfil da Enfermagem no Brasil (PPEB) e em pesquisa desenvolvida com equipes da ESF de Minas Gerais o gênero masculino representou, respectivamente, 14,4% e 35,8% da amostra<sup>(10-11)</sup>.

Quanto à raça/cor, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2015, 45,22% dos brasileiros se declaram como brancos e 45,06% como pardos<sup>(12)</sup>. Entre os enfermeiros do presente estudo obteve-se apenas sujeitos de cor parda e branca, em que mais de 70% se considerou pardo e o restante da amostra se considerou branca. A PPEB apresentou uma predominância de enfermeiros de cor branca (42,3%) e parda (41,5%), porém com percentuais praticamente iguais<sup>(9,11)</sup>.

A partir do construto da sociologia das profissões, Machado et al.<sup>(9,13)</sup> estabelecem uma categorização de fases da vida profissional, que leva em conta a idade, o tempo de formado até a entrada do trabalhador no mercado de trabalho. Assim, nesta pesquisa, predominaram enfermeiros na fase de "Formação Profissional", cerca de 50%, seguido de 32,8% de enfermeiros na fase de "Desaceleração Profissional". Já na pesquisa do PPEB predominaram as fases de Maturidade Profissional (40%) e de Formação Profissional (38%)(9-11). Essa diferença quanto aos achados pode ser explicada a partir do processo de implantação do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde no Ceará, que ocorreu a partir de 2000, período em que a Microrregional da Saúde lócus do estudo foi instalada.

No tocante à renda, 90,6% dos enfermeiros recebiam entre R\$ 1.001,00 a 5.000,00. De forma similar, na PPEB, esta

mesma faixa de salários correspondeu a 85,4% da amostra (11,14). Além disso, verificamos uma grande amplitude salarial (R\$ 1.001,00 e mais de 7.000,00), com uma maior prevalência de salários entre R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00 (82,8%), que corresponde 2,01 a 4,01 salários mínimos. Este achado corrobora com pesquisa realizada no norte de Minas Gerais, onde a remuneração dos enfermeiros na ESF variava de R\$ 1.300,00 a R\$ 6.570,00<sup>(10)</sup>.

Os valores dos salários percebidos pelos enfermeiros da ESF, varia conforme cada município, apesar de todos pertencerem a uma mesma Microrregião da Saúde, e agregarem características comuns, como a contiguidade territorial, identidade cultural, padrão de economia local, dentre outros. Para Machado et al. (14) "os rendimentos mensais no setor público apresentam uma variação importante e, aparentemente, não compatíveis com a carga de trabalho das atividades executadas pela equipe de enfermagem", podendo-se afirmar que há importante desigualdades intracategoria no setor público.

Com o aumento e a concentração dos profissionais nos grandes centros, associado a uma inexistente política salarial para a profissão, a precarização das condições de contratação e de trabalho, o incremento da terceirização, o subfinanciamento da APS brasileira, a vulnerabilidade social e econômica das profissões, fomentada pelas políticas neoliberais e o aumento da crise econômica no País, a renda tem caído e o valor real do salário diminuído, levando os trabalhadores da Enfermagem a dupla ou tripla jornada de trabalho, trabalhando na ESF no período diurno e à noite e finais de semana em plantões. Ressalta-se ainda o contexto das mulheres, que são maioria da profissão, que, muitas vezes, agregam a jornada de trabalho como dona de casa, mãe e mulher. Neste âmbito, verificou-se quase 20% da amostra com mais um emprego, destes, 14% justificaram este pela necessidade de complementação da renda.

Tal situação, tem exposto os enfermeiros, ao que Ximenes Neto (15) denomina de "violência contratual de gestão do trabalho", em que se contrata de forma precarizada (contrato temporário) sem a garantia de estabilidade e direitos trabalhistas (férias, 13º salário, licença maternidade, entre outros), o que acaba gerando insegurança ao trabalhador. Agregue-se a todas essas condições aquelas relacionadas ao nepotismo político e a vulnerabilidade, quando da mudança de ala política nas gestões municipais muitos são dispensados das suas funções.

Bem recentemente, deu início uma nova modalidade, que consiste na contratação de funcionários (pessoas físicas) por meio da constituição de pessoa jurídica para serviços assistenciais de saúde, denominado de "pejotização", que segundo Pochmann (16) ocorre a transformação direta do

empregado em empresa, em que a relação de subordinação para a de um contrato entre empresas

Esse panorama tende a se acentuar com a recente reforma trabalhista (Lei Nº 13.467/2017) ou contrarreforma, que possibilita a terceirização de todas as atividades, que irá repercutir no nível salarial, na dilatação das jornadas de trabalho, na redução de direitos e na estabilidade dos empregos. Essa nova conjuntura trabalhista influenciará na mudança dos processos de trabalho, nas condições laborais, podendo incidir no aumento de riscos, agravos e doenças e das incapacidades em decorrência dos acidentes. No setor saúde, "[...] ao liberar a terceirização nos serviços essenciais promove a terceirização da Saúde Pública, mecanismo para desmonte do Sistema Único de Saúde, abrindo espaço para sua privatização, meio eficaz para atingir o âmago do Estado social/democrático, o que é concomitante à desvalorização dos servidores públicos"<sup>(17)</sup>.

A situação política, econômica e trabalhista atual são derivadas da crise instalada a partir de 2016, com a consequente "aprovação da PEC 95, que congela por 20 anos os investimentos do Estado, e a aprovação da Reforma Trabalhista, que refina os instrumentos institucionais para o aumento da exploração sobre os trabalhadores [...]". Consequentemente vem aumentando o desemprego, caiu a renda, piora nas condições sociais (aumento da violência e da fome), além de atingir o SUS, principalmente, na mudança da PNAB, com a retirada da padronização do número de ACS por equipe da ESF, "com a finalidade de reduzir os custos no setor; assim como a reformulação da PNAB, em 2017, que colocou em xeque a integralidade, [...] e importantes avanços da ESF" (18).

Quanto ao atual panorama econômico recessivo na transição antecipada para a sociedade de serviços, Pochmann acena que o "[...] vazio proporcionado pela desindustrialização vem sendo ocupado pela chamada sociedade de serviço, o que imprime mudanças estruturais significativas no sistema produtivo, na geração de renda e na ocupação da força de trabalho. Tudo isso parece amparar-se no receituário neoliberal que desmonta políticas públicas e desregulam a economia e a sociedade, aprofundando o quadro geral de semiestagnação da renda por habitante e impondo novo padrão de superexploração do trabalho, com dominância dos baixos rendimentos e da precarização nas ocupações"<sup>(19)</sup>.

Tal situação política e econômica vivenciada no País, vem repercutindo na Enfermagem, seja no potencial de empregabilidade, no esgotamento do mercado, na redução da oferta de emprego, na deterioração salarial, na forma contratual e no potencial de trabalho de uma importante força de trabalho para os sistemas de saúde de todo o mundo. Afetando diretamente as condições de trabalho, o que



contribui para um maior desgaste profissional, adoecimento, sofrimento, afastamentos do trabalho por motivos de licença médica e na qualidade de vida destes trabalhadores<sup>(20)</sup>. Necessitando que a Enfermagem exerça sua liderança e protagonismo, para mudar tais condições de trabalho, além ser mais respeitada e profissionalmente valorizada<sup>(21)</sup>.

Quanto ao tempo de trabalho, verificou-se uma média de 7,13 anos, na ESF de 5,4 anos (de um a cinco anos: 40,6%), e na função gerencial de 4,9 anos. Corroborando com este achado, pesquisa realizada em Montes Claros e outra desenvolvida com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) verificaram, respectivamente, 40% dos enfermeiros com um ano e meio a cinco anos de trabalho na APS (22) e 45% com um a quatro anos de trabalho na ESF (23). Já na PPEB, predominou enfermeiros que atuavam entre 2-10 anos (46,3%)<sup>(11-12)</sup>.

Este cenário remete a necessidade de uma longitudinalidade no trabalho na ESF, onde os profissionais devem passar um maior tempo no mesmo emprego, com vistas a garantia de vínculo com as famílias e comunidades. Tal situação torna-se um desafio ao compararmos o vínculo trabalhista verificado, em que 56,2% dos enfermeiros eram contratados via prestação de serviço ou por meio cooperativas e, somente 23,4% eram estatutários. Esses percentuais variam muito a depender do município, em pesquisa realizada em região serrana do Espírito Santo, 93,8% dos enfermeiros eram estatutários<sup>(24)</sup>, já em Minas Gerais, foi identificado que 100% dos enfermeiros possuíam contratados temporários, o que afeta o planejamento de logo prazo das equipes<sup>(21)</sup>.

Dos enfermeiros, 95,3% atuam tanto na assistência quanto na gerência. A formação durante a graduação, com denso conteúdo voltado para o gerenciamento de serviços e mesmo de sistemas de saúde, desenvolve no enfermeiro competências gerenciais, por seu efetivo protagonismo e liderança, para atuar nos diversos pontos de atenção à saúde, em especial na APS.

A identidade profissional do enfermeiro, segundo Bellaguarda et al.<sup>(25)</sup> possivelmente pode estar relacionada às "mudanças na prestação de serviços e no padrão da qualidade exigida pelos cidadãos no que tange ao consumo de bens e serviços".

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta pesquisa apesar de ser baseada num estudo de caso, que envolva o perfil sociodemográfico e as características do mercado de trabalho e empregos, não se pode generalizar seus resultados para o estado do Ceará e para o Brasil, por ter sido realizado apenas com os enfermeiros de uma única Microrregião da Saúde.

## CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA

Este estudo poderá contribuir com a participação política da Enfermagem, em busca de melhores condições de trabalho e emprego, que objetivem a melhoria salarial, a garantia de direitos trabalhistas e a redução da precarização.

## CONCLUSÃO

Alguns dos resultados encontrados nesta pesquisa se assemelham ao da PPEB, seguindo as mesmas tendências referentes ao perfil sociodemográfico da Enfermagem Brasileira. Da amostra, 20,3% são de homens, apontando o processo de masculinização; 65,7% tem até 35 anos, caracterizando o rejuvenescimento da força de trabalho. Em relação ao trabalho, o múltiplo emprego é uma alternativa para complementação de renda e representa quase 20% da amostra e a precarização das relações de trabalho e emprego é bastante prevalente, revelando uma renda variável.

Os enfermeiros da ESF, são jovens gerentes de unidade, possuem renda individual variável, apesar da magnitude do cargo que todos assumem, pois são figuras ímpares para resolubilidade em saúde municipal. A precariedade de vínculos empregatícios e o risco de desemprego, já são uma realidade presente no seio da categoria, levando àqueles que a renda não satisfaz suas necessidades a buscar outras alternativas, por meio de plantões ou outras atividades geradoras de renda.

Este estudo apresenta o perfil de uma regional da saúde, mas que em seu escopo geral, os dados são semelhantes à de muitos outros cenários sanitários do país. Os resultados trazem a reflexão e a contribuição para o desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, que melhorem as condições, reduzam a precarização e tente a fixação dos profissionais na região. Para tanto, os enfermeiros necessitam exercer seu protagonismo político-profissional, em busca de melhores condições de trabalho, emprego e, sobretudo, de salário.

## Contribuições dos Autores

CV Pessoa e FRG Ximenes Neto participaram da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito. IT Ximenes, MH Machado, EN Oliveira e ICKO Cunha participaram da redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- 1 Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 2]; 42(n. spe1):38-51. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>.
- 2 Ximenes Neto FRG. Nursing and primary health care in Brazil: a mini review. *Nurse Care Open Acces J* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 2]; 5(3):149-150. Available from: <https://medcraveonline.com/NCOAJ/nursing-and-primary-health-care-in-brazil-a-mini-review.html>. DOI: 10.15406/ncoaj.2018.05.00138
- 3 Thume E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde - avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 2]; 42(n. spe1):275-288. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500275&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500275&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s118>.
- 4 Mendes IAC. Agora, sim!!! Lançamento da Campanha Nursing Now Brasil. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 1]; 10(2). Available from: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2331/495>>. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2331>.
- 5 Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 9]; 23(6):1971-1979. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.
- 6 Ximenes Neto FRG, Lopes Neto D, Cunha ICKO, Ribeiro MA, Freire NP, Kalinowski CE, Oliveira EN, Albuquerque IMN. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 [cited 2019 Nov 2]; 25(1):37-46. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/reflexoes-sobre-a-formacao-em-enfermagem-no-brasil-a-partir-da-regulamentacao-do-sistema-unico-de-saude/17351>.
- 7 Machado MH. Notas metodológicas. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 3]; 7(6-8). Available from: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/685>>. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.685>.
- 8 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). *Enfermagem em números*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 3]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
- 9 Machado MH, Filho W, Lacerda W, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M, Santos M, Junior P, Justino E, Barbosa C. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 3]; 7(ed. espe.):9-14. Available from: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>>. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>.
- 10 Barbosa LG, Damasceno RF, Silveira DMML, Costa SM, Leite MTS. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. *Cad. saúde colet*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 9]; 27(3):287-294. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2019000300287&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000300287&lng=pt&nrm=iso)>. Epub 03-Out-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x2019000300084>.
- 11 Machado MH. [Coordenadora]. *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final*. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz; 2017. [citado 2019 Ago 10]. Available from: [www.ensp.fiocruz.br/observahr/](http://www.ensp.fiocruz.br/observahr/).
- 12 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Conheça o Brasil - População: cor ou raça*. 2019. [citado 2019 Nov 5]. Available from: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>.
- 13 Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Lacerda W, Filho W, Wermelinger M, Vieira M, Santos M, Junior P, Justino E, Barbosa C. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 6]; 7(ed. espe.):35-53. Available from: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691>>. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691>.
- 14 Machado MH, Filho W, Oliveira E, Lemos W, Lacerda W, Justino E. Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa. *Divulgação em Saúde para Debate* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 6]; 56(ed. espe.):52-69. Available from: <http://cebes.org.br/publicacao/a-enfermagem-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude/>.
- 15 Ximenes Neto FRG. Trabalho, saúde e violência: categorias de uma rotina laboral de trabalhadores da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 6]; 56(ed. espe.):16-18. Available from: <http://cebes.org.br/publicacao/a-enfermagem-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude/>.
- 16 Pochmann M. A superterceirização do trabalho. In: Faganani E (org.). *Debates contemporâneos - economia social e do trabalho*. v. 2. Campinas - SP: LTr; 2008.
- 17 Lacaz FAC. A (Contra) Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalibro para a Saúde dos Trabalhadores. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 6]; 24(3):680. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000300680&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300680&lng=pt&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232019243.01452019>.
- 18 Miranda AC, Castro HÁ, Souto LRF. Democracia, direitos humanos, desigualdade e saúde: que caminhos trilhamos?. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 7]; 42(spe3):4-9. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000700004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700004&lng=pt&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s300>.
- 19 Pochmann M. Ciclo político novo para a economia brasileira. *Divulgação em Saúde para Debate* [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 8]; 60:10-26. Available from: <http://cebes.org.br/biblioteca/revista-divulgacao-n-60/>.
- 20 Machado M, Santos M, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M, Lemos W, Lacerda W, Filho W, Junior P, Justino E, Barbosa C. Condições de trabalho da enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 6]; 7(ed. espe.):63-71. Available from: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695>>. Acesso em: 06 nov. 2019. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.695>.
- 21 Oguisso T, Schmidt M, de Freitas G. Fundamentos teóricos e jurídicos da profissão de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2010 [cited 2019 Nov 6]; 1(1): 9-13. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2>>. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2010.v1.n1.2>.
- 22 Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Moraes AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 Dec 05]; 38(100): 26-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140012>.
- 23 Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Conataro PC et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 6]; 20(1):90-98. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100090&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100090&lng=pt&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>.
- 24 Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel ELN. Perfil Socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 05]; 24(1):e9405. ISSN 0104-3552. Available from: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405>>. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>.
- 25 Bellaguarda M, Silveira L, Mesquita M, Ramos, F. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. *Enferm Foco* [Internet]. 2011 [cited 2019 Dec 05]; 2(3):180-183. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/130/111>>. 2020. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n3.130>.

# COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO RASTREIO PRECOCE DE DEMÊNCIA EM IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Antônio Corrêa Marques Neto<sup>1</sup>  
Francisco Jadson Silva Bandeira<sup>1</sup>  
Jamil Michel Miranda do Vale<sup>1</sup>  
Stelacelly Coelho Toscano de Brito<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7076-3693>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1323-8822>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1787-1342>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2006-7686>

**Objetivos:** identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes do enfermeiro no rastreamento precoce de demência em idosos na atenção primária à saúde e os instrumentos utilizados neste rastreamento. **Metodologia:** pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com 15 enfermeiros das unidades municipais de saúde de Belém-PA, de outubro de 2018 a janeiro de 2019. Coletou-se os dados por meio de entrevista semiestruturada, cujo material gerado foi submetido à Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** emergiram quatro categorias: Conhecimentos do enfermeiro sobre o rastreamento precoce de demência; Percepção do enfermeiro sobre suas habilidades no rastreamento; Atitudes do enfermeiro ante à identificação de idosos com risco de desenvolver demência; Uso de instrumentos pelo enfermeiro para o rastreamento precoce de demência. **Conclusão:** constatou-se que o enfermeiro necessita voltar-se para o estudo da demência, pois seu conhecimento é escasso; poucos possuem habilidades no rastreamento e não conhecem os instrumentos necessários.

**Descritores:** Demência, Idoso, Enfermagem.

## **NURSING COMPETENCIES AT THE EARLY SCREENING OF DEMENTIA IN ELDERLY PERSONS ON PRIMARY HEALTH CARE**

**Objectives:** to identify nurses' knowledge, skills and attitudes in the early screening of dementia in the elderly in primary health care and the instruments used in this screening. **Methodology:** a descriptive, exploratory, qualitative study with 15 nurses from the municipal health units of Belém-PA, from October 2018 to January 2019. The data were collected through a semi-structured interview, the material of which was submitted to the Analysis of Bardin's Content. **Results:** four categories emerged: Nurses' knowledge about early dementia screening; Nurses' perceptions of their screening skills; Nurses' attitudes towards the identification of elderly individuals at risk of developing dementia; Nurses' use of instruments for the early screening of dementia. **Conclusion:** it was found that nurses need to go back to the study of dementia, because their knowledge is scarce; few have screening skills and do not know the necessary tools.

**Descriptors:** Dementia, Aged, Nursing.

## **COMPETENCIAS DEL ENFERMERO EN EL RASTREO PRECOCE DE DEMENCIA EN IDOSOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD**

**Objetivos:** identificar los conocimientos, habilidades y actitudes del enfermero en el seguimiento precoz de demencia en ancianos en la atención primaria a la salud y los instrumentos utilizados en este rastreo. **Metodología:** investigación descriptiva, exploratoria, con enfoque cualitativo, realizada con 15 enfermeros de las unidades municipales de salud de Belém-PA de octubre de 2018 a enero de 2019. Se recopiló los datos por medio de una entrevista semiestructurada cuyo material generado fue sometido al Análisis de Contenido de Bardin. **Resultados:** surgieron cuatro categorías: Conocimientos del enfermero sobre el seguimiento precoz de demencia; Percepción del enfermero sobre sus habilidades en el rastreo; Actitudes del enfermero ante la identificación de ancianos con riesgo de desarrollar demencia; Uso de instrumentos por el enfermero para el seguimiento precoz de demencia. **Conclusión:** se constató que el enfermero necesita volverse hacia el estudio de la demencia, pues su conocimiento es escaso; pocos tienen habilidades en el rastreo y no conocen los instrumentos necesarios.

**Descriptor:** Demencia, Anciano, Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará - UFPA.

Autor Correspondente: Antônio Corrêa Marques Neto - E-mail: antoniocmn@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil e no mundo têm ocorrido aceleradamente, sendo importante refletir em quais condições os idosos estão envelhecendo<sup>(1)</sup>. Este crescimento transformou as doenças relacionadas ao envelhecimento em um novo desafio às políticas de saúde pública. Dentre elas, a demência destaca-se como sendo a de maior repercussão ao indivíduo e família<sup>(2)</sup>.

Quase 10 milhões de pessoas desenvolvem demência a cada ano, sendo, 6 milhões em países de baixa e média renda. Assim, espera-se que o número de pessoas com demência no mundo, triplique de 50 milhões para 152 milhões até 2050<sup>(3)</sup>.

Demência configura-se como uma síndrome clínica em que ocorre deterioração adquirida persistente de funções intelectuais (ou cognitivas), acompanhada de alterações do comportamento e personalidade, que acarretam prejuízo nas atividades de vida diária (AVD)<sup>(2)</sup>.

Tal síndrome produz forte impacto nos âmbitos da saúde, social e financeiro. O custo mundial de demência chegará a US\$2 trilhões de dólares em 2030<sup>(4)</sup>. Há indícios de que cada vez mais idosos têm chegado à atenção terciária com processo demencial avançado. Isso mostra possibilidades de um rastreio precoce deficitário na atenção primária<sup>(5)</sup>.

A detecção precoce pode contribuir para a implementação de intervenções no início da doença, atenção às famílias e reduzir custos, entretanto, ainda são subdiagnosticadas nos vários níveis de atenção ao idoso, principalmente na atenção primária<sup>(6)</sup>. Diante disso, surge a necessidade de meios preventivos e detecção precoce, a fim de, possibilitar a essa população, familiares e cuidadores, maior qualidade de vida. Assim, o Enfermeiro ergue-se como agente fundamental neste processo, o qual necessita possuir competências fundamentais para o rastreio precoce de demência em idosos na atenção primária.

Competências são entendidas como conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o desenvolvimento de um profissional ético que desempenhe suas atribuições com qualidade<sup>(7)</sup>. A temática da competência profissional tem se constituído foco de interesse por parte de diversos trabalhadores de saúde e de seus administradores. São eles que, sendo capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população, influirão na atenção à saúde e terapêutica prestada aos indivíduos e coletividades<sup>(8)</sup>.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes do enfermeiro no rastreio precoce de demência em idosos na atenção primária à saúde e identificar quais instrumentos são utilizados pelo mesmo, durante a consulta de enfermagem, para a realização desse rastreio.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada com 15 enfermeiros de 15 das 29 Unidades Municipais de Saúde (UMS) de Belém-PA que se encaixaram nos critérios do estudo, no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019.

Configuraram-se como critérios de inclusão: enfermeiros das UMS de Belém-PA que atendessem o público idoso, com experiência mínima de 1 ano; que atuassem nos grupo de idosos de sua unidade e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foram admitidos enfermeiros cujas unidades não possuíam grupo de idosos formado.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra, subsidiadas pela aplicação de um roteiro de questões abertas.

O material gerado foi submetido a processos analíticos preconizados pela Análise de Conteúdo Temático de Bardin, seguindo quatro etapas: Pré-análise, Exploração do material, Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação<sup>(9)</sup>.

Este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Estado do Pará (CEP-CESUPA), sendo aprovado sob o número de CAAE: 96387718.0.0000.5169, atendendo às prerrogativas da Resolução nº 466/12. Todos os participantes assinaram uma via do TCLE, ficando sob posse de outra. Respeitando-se a manutenção do anonimato, os participantes foram identificados pela letra E de "entrevistado" e por números, mantendo-se a ordem das entrevistas.

## RESULTADOS

Dos 15 informantes, 13 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com idade entre 30 e 64 anos, cujo tempo de formação em enfermagem variou entre 02 e 36 anos, com tempo de atuação na saúde do idoso entre 02 e 34 anos.

Quanto à formação, fora da graduação, na área da saúde voltada para o envelhecimento e/ou saúde do idoso, apenas 1 dos 15 entrevistados possuía pós graduação na área.

Após análise dos dados, emergiram quatro categorias temáticas, a saber: Conhecimentos do enfermeiro sobre o rastreio precoce de demência; Percepção do enfermeiro sobre suas habilidades no rastreio precoce de demência; Atitudes do enfermeiro ante à identificação de idosos com risco de desenvolver demência; e Uso de instrumentos pelo enfermeiro para o rastreio precoce de demência.

### Conhecimentos do enfermeiro sobre o rastreio precoce de demência

Esta primeira categoria apresenta o conhecimento dos enfermeiros sobre demência e seu rastreio, onde, cinco dos



entrevistados conseguiram conceituar demência de forma mais aproximada da literatura, contudo, apenas 1 dos 15 conhece algo sobre o rastreo, conforme as falas a seguir.

*Demência é a diminuição da cognição, associada a perda da memória, mais um conjunto de outros sinais e sintomas. É uma síndrome complexa. Muitos dizem que já é o Alzheimer, mas eu acredito que ele seja apenas uma forma de demência, uma consequência mais grave, mas sobre o rastreo eu não conheço nada(E9).*

*É uma síndrome de vários sinais e sintomas, que leva ao declínio da memória e cognição, interferindo nas atividades de vida diária do idoso e em sua qualidade de vida. O rastreo precoce pode ser feito através da aplicação de instrumentos (E6).*

A maioria dos enfermeiros associa a demência somente à perda da memória. Desta maneira, sete dos entrevistados conceituaram demência de forma parcial, pois houve a presença de características não condizentes com o real conceito definido pela literatura científica ou anulação de elementos conceituais fundamentais(E2). Três entrevistados conceituaram demência de forma incoerente(E15), contudo, todos os enfermeiros acham importante conhecer sobre essa temática, conforme apresentam as falas abaixo.

*É quando a pessoa começa a esquecer as coisas, não sabe mais o seu nome, não conhece os familiares. É uma doença do esquecimento, onde os idosos adoecem da mente(E2).*

*Demência não é patológico, é normal do envelhecimento. A pessoa vai esquecendo de tudo, vai ficando caduco. Isso é normal, todos vamos ficar assim um dia(E15).*

### **Percepção do enfermeiro sobre suas habilidades no rastreo precoce de demência**

Nesta categoria, somente cinco dos entrevistados afirmaram possuir habilidades no rastreo precoce de demência em idosos. Dentre elas, as que mais se destacaram foram: observação do comportamento da pessoa idosa durante a consulta de enfermagem, realizando um comparativo entre as consultas; avaliação de perdas e ganhos relacionados à memória e cognição; condução de perguntas direcionadas ao esquecimento e cognição voltadas para as AVD do idoso, conforme as falas.

*[...] essas habilidades a gente vai adquirindo com o tempo. Eu costumo fazer perguntas direcionadas para a memória e cognição. Se percebo que ele não tá*

*conseguindo identificar um objeto simples como um relógio, por exemplo, e descarto problemas de visão, já fico preocupada(E12).*

*Na consulta de enfermagem eu observo bem o comportamento do idoso, se ele é inquieto, se está atento ou não, e também percebo a diferença no meu idoso de uma consulta para outra. Se hoje ele tá mais esquecido, depressivo e com dificuldade de realizar uma tarefa simples que antes ele realizava, isso já é um alerta pra mim. Ai eu já direciono melhor as perguntas para a memória e a cognição desse idoso (E14).*

Os enfermeiros relataram ainda possuir habilidades na identificação de sinais e sintomas associados à demência ou risco para desenvolvê-la como: dificuldade de concentração durante a consulta, esquecimentos frequentes de coisas importantes, dificuldade de memorização, repetição de uma mesma história, mudança de humor, depressão e agressividade, de acordo com as falas abaixo.

*[...] eu avalio se esse idoso está depressivo, com mudança abrupta de humor, se está agressivo, sem construir direito as ideias e com dificuldade de concentração(E6).*

*Na consulta de enfermagem eu verifico se ocorre o esquecimento de algo que é importante com frequência, quando o idoso começa a repetir aquele mesma história várias vezes [...] (E10).*

### **Atitudes do enfermeiro ante à identificação de idosos com risco de desenvolver demência**

Neta categoria, foi possível identificar quais atitudes os enfermeiros tomam diante da identificação de idosos com risco de desenvolver demência ou com processo demencial possivelmente já instalado. As atitudes relatadas por eles, concentraram-se no diálogo com familiares, informando os riscos que o idoso corre e questionando sobre o comportamento do mesmo dentro de casa. Para isso, os enfermeiros deixam clara a importância da família estar presente na unidade de saúde juntamente com o idoso, seja para fortalecer as consultas e o vínculo, seja para evitar que ele esteja sob situação de risco ao se deslocar sozinho de casa para a unidade. Observe as falas.

*Eu logo converso com a família. Procuro saber se ela acompanha o idoso não só nas consultas, mas no dia a dia. Infelizmente, muitos idosos vem sozinhos às consultas, mas eu mando logo chamar um familiar, sento*



*e explico tudo pra eles (E9).*

*[...] a gente tem que dialogar com a família, questionar como esse idoso é dentro de casa e orientar os riscos que ele corre com demência, principalmente por vir sozinho à unidade (E11).*

Os enfermeiros informam ainda que realizam os encaminhamentos necessários para os demais membros da equipe multiprofissional, a saber: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e médico clínico geral. Todos referiram a importância da presença do neurologista para a qualidade do tratamento, ressaltando a escassez deste profissional, além da dificuldade de acesso do idoso ao mesmo, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Observe as falas.

*[...] depois de fazer toda essa abordagem, encaminho logo para o psicólogo, assistente social e médico clínico geral, e claro, fico acompanhando mais de perto esse idoso nas consultas de enfermagem (E4).*

*[...]encaminhando para o médico, a psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social. O ideal era que depois ele tivesse acesso ao neurologista, mas até esse idoso conseguir uma consulta pelo SUS já se passaram aí dois, três anos, e esse idoso fica perdido na rede [...] (E5).*

Uso de instrumentos pelo enfermeiro para o rastreio precoce de demência

Todos os enfermeiros referiram a importância da realização do rastreio precoce de demência em idosos. Contudo, quanto a utilização de instrumentos cognitivos pelos mesmos durante a consulta de enfermagem para a realização desse rastreio, apenas 1 enfermeiro informou conhecer e aplicar um instrumento, sendo este o Mini-Mental State Examination (Mini Exame do Estado Mental - MEEM); 10 enfermeiros referiram nunca terem nem ouvido falar de instrumentos ou protocolos para esse tipo de rastreio e 4 relataram apenas já terem ouvido falar, mas não souberam dizer o nome, como apresentam as falas.

*Eu só conheço e aplico o Mini Mental nos idosos. É um ótimo instrumento pra gente avaliar essa parte cognitiva e já perceber se eles tem comprometimento. É muito importante realizarmos esse rastreio precoce de demência porque a gente pode evitar que esse idoso agrave e chegue à atenção terciária com demência avançada (E6).*

*[...] nunca ouvi falar, pra te ser sincera eu nem sabia que*

*existia instrumento (E10).*

Todos os enfermeiros informaram que para que esse rastreio seja realizado, de forma que instrumentos possam ser aplicados, falta como suporte na atenção primária mais capacitações promovidas pelos órgãos gestores aos profissionais de saúde, melhor organização e estrutura das unidades, maior importância ao Programa do Idoso, menor sobrecarga e mais profissionais qualificados. Nenhum deles referiu a necessidade e/ou importância de buscar esse conhecimento de forma individual. A fala a seguir apresenta os pontos relatados.

*[...] Falta muita coisa sabe. Falta capacitação para os profissionais, um treinamento sobre demência que ensine a aplicar esses instrumentos necessários, mais valorização para o programa do idoso nas unidades, maior quadro de funcionários, principalmente de enfermeiros, falta tempo, não tem estrutura para fazer reunião de grupo...Só pra você ter ideia, o único dia que nós conseguimos reunir muitos idosos aqui pra conversar sobre medicação segura, assaltaram a unidade. Infelizmente, as unidades não estão preparadas para receber a pessoa idosa como ela merece, pois a estrutura é precária [...] (E9).*

## DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a identificação dos conhecimentos dos enfermeiros sobre demência e seu rastreio precoce em idosos, inferindo que seu conceito científico não é totalmente compreendido, pois ainda o relacionam somente ao declínio da memória.

Um estudo realizado com 24 enfermeiros de dois hospitais de Portugal apontou que o conceito de demência relacionado à "perda de memória" ainda está presente nos discursos como principal característica da síndrome<sup>(10)</sup>. Por ser uma temática tão ampla que abrange tantas áreas, verificar-se uma grande liberdade de interpretação individual<sup>(11)</sup>.

Quanto às habilidades necessárias para a realização desse rastreio durante a consulta de enfermagem, poucos enfermeiros relataram possuí-las. Todavia, as falas da minoria apresentaram habilidades fundamentais na execução de uma boa consulta, como perguntas direcionadas à memória e cognição, observação e avaliação do idoso voltada para as AVD e sinais e sintomas associados à demência. Assim, a consulta de enfermagem a esse idoso, deve ser diferenciada, com avaliações mais específicas. Deve-se atentar às relações familiares, como se expressam os idosos e observar seus aspectos comportamentais<sup>(12)</sup>.

Quanto às atitudes que os enfermeiros tomam diante da identificação de idosos com risco de desenvolver demência

ou com processo demencial possivelmente já instalado, a abordagem à família e os encaminhamentos necessários à equipe multiprofissional, mostraram-se como atitudes essenciais para uma qualificada assistência e correto seguimento dos idosos na atenção primária.

A família necessita ser orientada e esclarecida quanto aos sinais de senescência e o que pode ser sugestivo de demência, de forma que se amenizem os riscos de agravos à saúde da pessoa idosa, sejam eles internos, relacionados ao acometimento orgânico devido ao possível processo demencial, ou externos, relacionados à quedas e outros acidentes. O familiar é imprescindível na atenção ao idoso demenciado e necessita de orientações e apoio em todo o processo<sup>(13)</sup>. Para isso, os enfermeiros deixam clara a importância da família estar presente na unidade de saúde juntamente com o idoso.

Unido à isso, o encaminhamento do idoso pelo enfermeiro aos demais membros da equipe multiprofissional configura-se como elo no acompanhamento do mesmo dentro da rede de atenção à saúde e reforça a importância da intervenção multidisciplinar para o bom seguimento e terapêutica do usuário.

Estudos apontam que quando o idoso com demência é acompanhado por equipes multidisciplinares/interdisciplinares, o tratamento mostra-se eficaz para controlar o declínio cognitivo e para melhorar a qualidade de vida dos idosos e dos familiares/cuidadores<sup>(14)</sup>.

Constatou-se que o rastreio de demência em idosos não é realizado pelos enfermeiros devido ao desconhecimento, apesar de todos referirem a importância de sua realização precoce. Devido à falta de conhecimento da existência e aplicação, não utilizam os instrumentos necessários. Com isso, o fato de apenas um enfermeiro conhecer e aplicar instrumento de rastreio, sendo ele, o MEEM, caracteriza, principalmente, a ausência da busca por instrumentos cognitivos disponíveis na literatura científica por parte dos enfermeiros e ausência de capacitação profissional que deveria ser oferecida.

A literatura aponta que os instrumentos cognitivos como Mini- Mental State Examination - MMSE (Mini Exame do Estado Mental - MEEM), Clinical Dementia Rating - CDR (Escala de Avaliação Clínica de Demência - CDR), Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) Lawton e Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) Katz, são bastante conhecidos e amplamente utilizados na saúde do idoso<sup>(6,15,16)</sup>. Portanto, considera-se a não utilização desses instrumentos como uma problemática que requer intervenção imediata e contínua.

Pelo exposto, as três categorias reforçam que o rastreio precoce de demências ainda é deficiente na atenção primária,

haja vista que, são vários os obstáculos a serem superados, seja pela reduzida importância dada ao Programa do Idoso nas UMS, falta de capacitações profissionais, sobrecarga dos mesmos devido à alta demanda e quadro insuficiente de funcionários, seja pela falta de organização e estrutura das unidades.

Como limitações de estudo, houve a demora para a finalização da coleta de dados, uma vez que ocorreu detenção na emissão do termo de autorização definitivo para início da mesma nas UMS, imprevistos por parte dos enfermeiros entrevistados, necessitando reagendar um novo retorno para a realização da entrevista em pelo menos 5 das 15 unidades, distância considerável das unidades de saúde e localização em zonas de alta periculosidade.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O rastreio precoce de demências ainda é deficitário na atenção primária e sua realização é fundamental para que agravos à saúde da pessoa idosa sejam evitados, objetando-se internações hospitalares desnecessárias por processo demencial avançado.

Constatou-se que o enfermeiro necessita voltar-se para o estudo e compreensão da demência e seu rastreio, haja vista que seu conhecimento sobre, ainda é escasso. Poucos possuem habilidades necessárias para a realização desse rastreio durante a consulta de enfermagem, e por falta de conhecimento da existência e aplicabilidade, não utilizam os instrumentos cognitivos necessários.

Todavia, a abordagem à família no sentido de esclarecer e orientar sobre a demência e os riscos que ela traz à pessoa idosa, tem sido executada como importante atitude diante da identificação de idosos em risco de desenvolvê-la ou com possível processo demencial instalado, bem como, a realização dos encaminhamentos necessários aos demais membros da equipe multiprofissional.

Ainda são muitos os desafios apresentados a serem superados na atenção primária quanto à assistência qualificada à pessoa idosa, com enfoque para o rastreio precoce de demência e prevenção de agravos.

Diante do exposto, faz-se necessário maior investimento na Educação Permanente dentro das unidades de saúde, de forma que a temática da demência seja disseminada, com a devida capacitação dos profissionais de saúde para a aplicação de, pelo menos, dois instrumentos cognitivos básicos e acessíveis como o MEEM e a CDR.

Posto isto, espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento e aperfeiçoamento teórico-prático dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro na realização do rastreio precoce de demência em idosos na atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Ferreira MCG, Tura LFR, Silva RC, Ferreira MA. Representações sociais de idosos sobre qualidade de vida. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):806-813.
2. Ranadovic M. *Neurologia Básica para profissionais da área da saúde*. São Paulo: Editora Atheneu; 2015.
3. Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 12]. Available from: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5560:demencia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:demencia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839).
4. Prince M et al. The Global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Retrieved from UK; 2015.
5. Costa GD, Souza RA, Yamashita CH, Pinheiro JCF, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências: adaptação transcultural de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2).
6. Yokomizo JE. Rastreamento cognitivo para idosos em atenção primária. São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências], Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [Internet]; 2017 [cited 2018 Feb 14]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-09082017-113146/pt-br.php>.
7. Salum NC, Prado ML. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2014;23(2):301-8, 2014.
8. Camelo SHH, Angermami ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2013; 22(2):552-60.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições70; 2010.
10. Vieira ACM. Conhecer melhor para melhor cuidar: as intervenções do enfermeiro ao doente com demência. Dissertação [Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria]. Escola Superior de enfermagem do Porto[Internet]; 2017 [cited 2019 Jan 10]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18191/1/Mestrado%20Ana%20Catarina%20Vieira.pdf>.
11. Sequeira CAC. *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnica Lda; 2010.
12. Emiliano MS, Lindolpho MC, Valente GSC, Chrizóstimo MM, Sá SPC, Rocha ICM.A percepção da consulta de enfermagem por idosos e seus cuidadores. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(5):1791-7.
13. Rabelo ES, Lopes SC. A DEMÊNCIA NA TERCEIRA IDADE: a família no enfrentamento da doença, tendo como referência a ABRAZ de São Luis, MA. *Revista Bibliomar*. 2017;16(2):7-28.
14. Bertazone TMA, Ducatti M, Camargo HPM, Batista JMF, Kusumota L, Marques S. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. *Rev Rene*. 2016;17(1):144-53.
15. Gratão ACM, Fonseca GPSF, Parreira CO, Faustino AM, Cruz KCT. Proposta de protocolo de assistência de enfermagem ao idoso demenciado. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;8(4):879-88.
16. Oliveira KCV, Barros ALS, Souza GFM. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Clinical Dementia Rating (CDR) em idosos com Doença de Alzheimer. *Rev neurociênc*. 2008;16(2):101-6.

# ESTILO DE VIDA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE ATUANTES NO NORTE DE MINAS GERAIS

Suelen Ferreira Rocha<sup>1</sup>  
Carla Silvana de Oliveira e Silva<sup>1</sup>  
Viviane Carrasco<sup>1</sup>  
João Marcus Oliveira Andrade<sup>1</sup>  
Emerson Willian Santos de Almeida<sup>2</sup>  
Renê Ferreira da Silva Junior<sup>3</sup>  
Orlene Veloso Dias<sup>4</sup>

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3197-3350>  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2752-1557>  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8092-1816>  
ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5705-0824>  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6846-021X>  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3462-3930>  
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9017-7875>

**Objetivo:** analisar o estilo de vida dos trabalhadores da saúde que prestam assistência direta a pacientes críticos/crônicos. **Métodos:** estudo transversal realizado com 235 trabalhadores da área da saúde que atuam nos serviços hospitalares referência em oncologia, nefrologia, terapia intensiva neonatal e pronto socorro do Norte de Minas Gerais. Foi utilizado instrumento autoaplicável, com questões referentes as características sociodemográficas, de formação e ocupacionais dos participantes, bem como questionário denominado Estilo de Vida Fantástico. Os dados foram tabulados e analisados por meio de software estatístico SPSS (Statistical Package Social Science), versão 20.0. **Resultados:** o valor médio global do estilo de vida foi de 72,38 pontos, o qual prediz em um estilo de vida "Muito bom". Quanto as categorias agrupadas 17 (7,2%) trabalhadores apresentaram estilo de vida pouco saudável, e os domínios do questionário Fantástico que alcançaram as menores médias foram o de atividade física, seguido pelo tipo de comportamento e nutrição, estes que mais requerem mudanças. **Conclusão:** os trabalhadores da saúde apresentaram um estilo de vida muito bom e o Técnico de Enfermagem apresentou o estilo de vida menos saudável.

**Descritores:** estilo de vida; saúde do trabalhador; ambiente de trabalho.

## LIFESTYLE OF LIVING HEALTH WORKERS IN THE NORTH OF MINAS GERAIS

**Objective:** To analyze the lifestyle of health workers who provide direct assistance to critical/ chronic patients. **Methods:** a cross-sectional study was carried out with 235 health workers who work in reference hospital services in oncology, nephrology, neonatal intensive care and first aid in the North of Minas Gerais. A self-administered instrument was used, consisting of questions related to the sociodemographic, training and occupational characteristics of the participants, as well as a questionnaire called a Fantastic Lifestyle. The data were tabulated and analyzed by statistical software SPSS (Statistical Package Social Science), version 20.0. **Results:** the overall average lifestyle value was 72.38 points, which predicts a "very good" lifestyle. As for the grouped categories, 17 (7.2%) workers presented an unhealthy lifestyle, and the domains of the questionnaire fantastic that reached the lowest averages were those of physical activity, followed by the type of behavior and nutrition, the ones that most require change. **Conclusion:** the health workers presented a very good lifestyle, in which it shows that most of the positive attitudes and values included in the questionnaire fantastic are being practiced.

**Descriptors:** lifestyle; Worker's health; Desktop.

## ESTILO DE VIDA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD ACTUANTES EN EL NORTE DE MINAS GENERALES

**Objetivo:** analizar el estilo de vida de los trabajadores de la salud que prestan asistencia directa a pacientes críticos / crónicos. **Métodos:** estudio transversal realizado con 235 trabajadores del área de la salud que actúan en los servicios hospitalarios referencia en oncología, nefrología, terapia intensiva neonatal y pronto socorro del Norte de Minas Gerais. Se utilizó un instrumento autoaplicable, con cuestiones referentes a las características sociodemográficas, de formación y ocupacionales de los participantes, así como cuestionario denominado Estilo de Vida Fantástico. Los datos fueron tabulados y analizados a través de software estadístico SPSS (Statistical Package Social Science), versión 20.0. **Resultados:** el valor medio global del estilo de vida fue de 72,38 puntos, el cual predice en un estilo de vida "Muy bueno". En cuanto a las categorías agrupadas 17 (7,2%) trabajadores presentaron estilo de vida poco saludable, y los dominios del cuestionario Fantástico que alcanzaron las menores promedias fueron el de actividad física, seguido por el tipo de comportamiento y nutrición, los que más requieren cambios. **Conclusión:** los trabajadores de la salud presentaron un estilo de vida muy bueno y el Técnico de Enfermería presentó el estilo de vida menos sano.

**Descriptor:** estilo de vida; salud del trabajador; ambiente de trabajo.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, MG.

<sup>2</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, SP.

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, MG./ Rede SOEBRAS.

<sup>4</sup>Conselho Federal de Enfermagem e Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, MG.

Autor Correspondente: Emerson Willian Santos de Almeida<sup>2</sup> - Email: emersonwillian@usp.br

## INTRODUÇÃO

A condição de saúde é um aspecto essencial para a qualidade de vida bem como para a capacidade de trabalho dos indivíduos. As relações entre a condição de saúde e o trabalho são investigadas por diferentes áreas do conhecimento e revela a preocupação dos pesquisadores quanto à influência mútua entre esses fatores<sup>1</sup>.

O estilo de vida é definido como padrões de comportamentos que podem ter diversos efeitos na saúde dos indivíduos e está relacionado aos aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. São hábitos e costumes que podem ser modificados, encorajados ou inibidos ao decorrer do processo de socialização e também sofrem influências de fatores ambientais e sócio-organizacionais<sup>2,3</sup>. A qualidade de vida e a saúde dos indivíduos podem ser influenciadas pelos seus comportamentos, estilos de vida e as crenças de controle<sup>4</sup>.

No que se refere à saúde do trabalhador, o forte impacto socioeconômico da doença, sobre a instituição, e também sobre sua família e a sociedade de uma forma geral, tem despertado o interesse, por parte desses trabalhadores, para o desenvolvimento de ações que estimulem a adoção de práticas saudáveis que colaboram para a promoção de sua saúde e a melhoria da qualidade de vida<sup>5</sup>.

Diante do exposto o presente estudo objetivou analisar o estilo de vida dos trabalhadores da saúde que prestam assistência direta a pacientes críticos/crônicos.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por profissionais que atuam nos serviços de saúde, que são referência para atendimento e tratamento dos pacientes da oncologia, hemodiálise, terapia intensiva neonatal e urgência e emergência do Norte de Minas Gerais. Foi calculada amostra probabilística do tipo aleatória simples. Considerou-se erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%, a partir de uma prevalência do evento estudado de 50%, resultando 235 profissionais.

Crerios de elegibilidade: profissionais com mais de seis meses de trabalho no setor e que aceitaram participar do estudo, foram excluídos os profissionais em afastamento das atividades laborais por licença ou de férias.

Foram aplicados três questionários: sociodemográfico; formação e ocupacionais e etilo de vida. O questionário "Estilo de Vida Fantástico" é traduzido e validado para o português, sendo um instrumento autoadministrado que considera o comportamento dos indivíduos nos últimos meses, permitindo a associação entre estilo de vida e saúde. Compreende 25 questões distribuídas em nove domínios. As

questões estão dispostas na forma de escala de Likert, sendo que 23 delas possuem cinco alternativas de resposta e duas são dicotômicas<sup>6</sup>.

O projeto possui parecer de aprovação número: 1.687.445/2016. A coleta de dados ocorreu durante o período de janeiro de 2017 a abril de 2018.

Os dados foram tabulados por meio do software estatístico SPSS (Statistical Package Social Science), versão 20.0.

## RESULTADOS

Verificou-se que a maioria dos entrevistados eram do sexo feminino 146 (62,1%); 104 (44,3%) apresentavam o maior nível de escolaridade médio completo/ensino superior incompleto, seguido por 68 (28,9%) que obtinham especialização/pós-graduação.

Foram encontrados tempo médio de dez anos em que os trabalhadores atuam na área da saúde. A carga horária semanal média trabalhada no setor foi de 39,6 horas, caracterizada em sua maioria por 12 x 36 horas; 173 (73,6%) eram contratados/celetista; a maioria 136 (58%) eram técnicos em enfermagem, 35 (15%) enfermeiros e 24 (10%) médicos.

No que concerne ao Estilo de Vida (EV) dos trabalhadores, o valor médio global foi de 72,38 pontos que se enquadra na categoria de 70 a 84 pontos, ou seja, um estilo de vida "Muito bom", resultado também predominante (53,6%).

A maioria dos trabalhadores (92,8%) apresentaram um EV saudável, resultado significativo e satisfatório para o público pesquisado, no entanto, parcela menor (7,2%), mas também significativa, apontaram para um EV pouco saudável e que possivelmente requerem intervenções quanto aos seus hábitos de vida.

Em relação aos domínios do questionário EV Fantástico, estes foram submetidos à análise de média e desvio padrão e os resultados encontrados estão descritos na tabela 1.

**Tabela 1** - Descrição dos valores médios dos domínios do questionário "Estilo de vida fantástico", 2018.

Domínios	Média (0-4)	Desvio Padrão
1. Cigarro e drogas	3,59	0,74
2. Álcool	3,42	1,16
3. Trabalho	3,29	0,91
4. Família e amigos	3,07	1,00
5. Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	2,99	1,42
6. Introspecção	2,83	0,98
7. Nutrição	2,42	1,39
8. Tipo de comportamento	2,23	1,12
9. Atividade física	1,51	1,48



As variáveis sociodemográficas, de formação e ocupacionais foram correlacionadas às categorias do EV e, as consideradas estatisticamente significativas estão descritas na tabela 2.

**Tabela 2** - Correlação das categorias do estilo de vida com as características sócio-demográficas, de formação e ocupacionais dos trabalhadores da saúde no Norte de Minas Gerais, 2018.

Características sociodemográficas, de formação e ocupacionais	EV pouco saudável	EV saudável	Total	*p valor	
Sexo	Masculino	4 (23,5%)	85 (39%)	89 (37,9%)	0,010
	Feminino	13 (76,5%)	133 (61%)	146 (62,1%)	
Idade	18-29	7 (41,2%)	61 (28,0%)	68 (28,9%)	0,002
	30-45	7 (41,2%)	136 (62,4%)	143 (60,9%)	
	46-59	2 (11,8%)	18 (8,3%)	20 (8,5%)	
	60-75	1 (5,9%)	3 (1,4%)	4 (1,7%)	
Filhos	Sim	9 (52,9%)	145 (66,5%)	154 (65,5%)	0,025
	Não	8 (47,1%)	73 (33,5%)	81 (34,5%)	
Escolaridade	Médio incompleto	3 (17,6%)	21 (9,6%)	24 (10,2%)	0,018
	Médio completo/Superior incompleto	8 (47,1%)	96 (44%)	104 (44,3%)	
	Superior completo	2 (11,8%)	34 (15,6%)	36 (15,3%)	
	Especialização/Pós-Graduação	4 (23,5%)	64 (29,4%)	68 (28,9%)	
	Mestrado concluído	0 (0,0%)	3 (1,4%)	3 (1,3%)	
Carga horária	6 horas por dia	1 (5,9%)	12 (5,5%)	13 (5,5%)	0,045
	8 horas por dia	2 (11,8%)	41 (18,8%)	43 (18,3%)	
	12x36 horas	10 (58,8%)	113 (51,8%)	123 (52,3%)	
	12x60 horas	2 (11,8%)	6 (7,3%)	18 (7,7%)	
	12x72 horas	1 (5,9%)	4 (1,8%)	5 (2,1%)	
	Outra	1 (5,9%)	32 (14,7%)	33 (14%)	
Vínculo	Concurso/efetivo	3 (17,6%)	15 (6,9%)	18 (7,7%)	0,010
	Contratado/celetista	11 (64,7%)	162 (74,3)	173 (73,6%)	
	Prestador de serviço	2 (11,8%)	30 (13,8%)	32 (13,6%)	
	Outro	1 (5,9%)	11 (5%)	12 (5,1%)	
Empregos	1 emprego	9 (52,9%)	131 (60,1%)	140 (59,6%)	0,008
	2 empregos	8 (47,1%)	68 (31,2%)	76 (32,3%)	
	3 empregos	0 (0,0%)	11 (5%)	11 (4,7%)	
	4 empregos	0 (0,0%)	7 (3,2%)	7 (3%)	
	5 empregos	0 (0,0%)	1 (0,5%)	1 (0,4%)	

\* valor de p pelo teste estatístico ANOVA

O sexo feminino apresentou porcentagem maior de EV pouco saudável com (76,5%). As faixas etárias de 18 a 29 anos e 30 a 45 anos, obtiveram os maiores índices com porcentagens iguais (41,2%). A carga horária, dos que trabalham 12 x 36 horas demonstraram o maior número de EV pouco saudável (58,8%). Quanto ao vínculo do trabalhador com a instituição, os que apresentaram o maior valor de EV pouco saudável foram os contratados/celetistas (64,7%).

## DISCUSSÃO

Evidenciou-se o predomínio dos trabalhadores do sexo feminino, o qual reforça o aumento do processo de feminilização da força de trabalho na área da saúde, em especial, nos serviços hospitalares, como é visto em estudos realizados no mesmo cenário<sup>7,8,9,10,11</sup>. A enfermagem obteve o maior índice numérico de trabalhadores, por representar o mais numeroso grupo de profissionais na área da saúde<sup>12</sup>.

Quanto a idade, semelhante pesquisa realizada em que (44%) dos investigados tinham entre 36 e 45 anos, faixa etária que se caracteriza pela maturidade<sup>7</sup>.

A área da saúde denota as maiores taxas de adoecimento do trabalhador, aliadas à fragilidade psicológica dos pacientes, que exigem dos profissionais grande equilíbrio emocional. As condições adversas de trabalho no ambiente hospitalar revelam severos desafios: jornadas desgastantes, desrespeito aos ritmos biológicos e aos horários de alimentação, falta de recursos materiais e humanos, condições insalubres de trabalho, remuneração precária, entre outros<sup>13</sup>.

Sabe-se que a associação de um EV saudável a um ambiente de trabalho de qualidade, resulta em um trabalhador eficaz e satisfeito nas suas atividades laborais. Para tanto, incentivar hábitos saudáveis de vida, como momentos de lazer podem aliviar o estresse e o cansaço, renovar energias e trazer inúmeros benefícios ao trabalho<sup>14</sup>.

Como consequência, a inatividade física onera a sociedade por meio do crescente custo dos cuidados médicos e perda de produtividade. No Brasil, em 2013, 46,0% dos indivíduos maiores de 18 anos eram insuficientemente ativos, ou seja, não cumpriam as recomendações da World Health Organization (WHO) de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada a intensa por semana<sup>15,16</sup>.

Com o processo de industrialização, ocorreu também uma configuração na transição nutricional, no qual reduziu o número de casos com desnutrição e aumentou a frequência do excesso de peso<sup>17</sup>. Estudo indica que uma dieta de baixa qualidade, com baixo consumo de frutas e verduras e alto de gordura saturada, são importantes fatores de risco para morbi-mortalidade em todo o mundo<sup>18</sup>.

Outras variáveis relacionadas ao EV, como tabagismo, qualidade do sono e o relacionamento familiar têm importante

associação negativa na qualidade de vida e saúde, no entanto, são considerados comportamentos modificáveis<sup>19</sup>. Estudo com uma amostra de 203 enfermeiros brasileiros encontrou uma má qualidade de sono em 55,7% destes trabalhadores, existindo uma correlação significativa entre a qualidade do sono e o stress e, bem como entre os níveis elevados de stress e a pior qualidade de sono para os enfermeiros do turno da manhã<sup>20</sup>.

No início da década 2000 havia cerca de um bilhão de fumantes no mundo, e os riscos são advindos tanto do consumo direto, como da exposição à fumaça. Estima-se que fumar seja causa de cerca de 70% das mortes por câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e quase 10% das doenças cardiovasculares e o tabagismo é, ainda, considerado um importante fator de risco para doenças transmissíveis como a tuberculose e as infecções respiratórias<sup>21</sup>.

O consumo excessivo de álcool, é apontado como fator responsável por diversas doenças de foro neuropsiquiátrico como perturbações depressivas, perturbações da ansiedade e esquizofrenia, doenças gastrointestinais (cirrose hepática e pancreatite), cardiovasculares (hipertensão arterial, doença isquêmica do coração) e diversos tipos de cânceres<sup>22</sup>.

Quanto aos hábitos de vida pouco saudáveis e presença de doenças crônicas, no Brasil, o sexo masculino aumentou significativamente a prevalência de obesidade, excesso de peso, insuficiente atividade física no tempo livre, sedentarismo, hipertensão arterial e diabetes com o aumento da idade<sup>23</sup>. No entanto, diverge dos resultados encontrados nesse estudo em que o sexo feminino apresentou um índice maior de EV pouco saudável.

Em referência a correlação com a idade, a faixa etária de 60 a 75 anos apresentaram a menor porcentagem de EV pouco saudável. Estudo com resultado similar revela que nessa faixa etária há uma maior preocupação com a saúde em

decorrência do surgimento de doenças ou agravos, o que leva à adoção de hábitos mais saudáveis<sup>24</sup>.

Foi identificado que a falta de garantia de estabilidade no emprego, acaba por deixar o trabalhador contratado em uma situação preocupante de vulnerabilidade e instabilidade. Tal situação caracteriza-se, entre outros aspectos, em risco psicossocial para o trabalhador<sup>25</sup>.

As múltiplas jornadas auxiliam para um aumento da exposição aos riscos laborais, contribuindo para o adoecimento<sup>25</sup>. Entretanto, resultado apontado neste estudo mostrou que associação entre mais de dois empregos, não contribuiu para se ter um EV pouco saudável.

Aponta-se como limitações do estudo a falta de trabalhos disponíveis que utilizaram a mesma metodologia para classificação do EV, dificultando assim, a comparação com resultados de outros estudos. Ressalta-se ainda, o fato do mesmo ter caráter transversal e voltado a população regional, impedindo desse modo generalização.

## CONCLUSÃO

Os trabalhadores da saúde que atuam no Norte de Minas Gerais apresentaram um EV muito bom, com predomínio do EV saudável, entretanto, parcela significativa e que requer maior atenção apresentou EV pouco saudável. Parcela essa que condiz com profissionais que atuam como técnico em enfermagem, enfermeiros e médicos.

Nota-se que a maioria das atitudes e valores positivos englobados no questionário Fantástico e referidos como praticados pelos participantes, devem ser estimulados para a manutenção do EV saudável, que culmina, em boa qualidade de vida e possível melhor desempenho e suas funções laborais.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Cruz RM, Lemos JC. Atividade docente, condições de trabalho e processos de saúde. *Motrivivência* 2005; 24(17): 59-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/742/3887> Acesso em: 10 Ago. 2017.
- 2 - World Health Organization (WHO). *The World Health Report 1998 - Life in the 21st Century: a vision for all*. Geneva: 1998.
- 3 - Silveira PM de, Borgatto AF, Andrade DF de. Escala de avaliação do perfil do estilo de vida por meio da teoria da resposta ao item. *Rev. educ. fis. UEM [online]*. 2015; 26(4): 519-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/refuem/v26n4/1983-3083-refuem-26-04-00519.pdf> Acesso em: 02 Set. 2017.
- 4 - Oliveira LS, Rabelo DF, Queiroz NC. Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, 2012; 12 (2): 416-30. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8274/6031> Acesso em: 20 Ago. 2017.
- 5 - Baena CP, Muccillo-Baisch AL, Almeida TL, Rocha CDL, Franco OS, Olmedo D, et al. Impacto de um programa piloto de promoção da saúde para trabalhadores marítimos de rebocadores. *Rev. bras. Saúde ocup. São Paulo*. 2011; 36 (124): 288-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n124/a13v36n124.pdf> Acesso em: 08 Ago. 2017.
- 6 - Añez CRR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico". *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2008; 91(2): 102-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v91n2/v91n2a06.pdf> Acesso em: 02 Set. 2017
- 7 - Cordeiro LL, Silva TM da, Silva EC da, Silva JE da, Alves RFG, Silva LSR da. Estilo de vida e saúde do enfermeiro que trabalha no período noturno. *Rev enferm UFPE on line*, Recife. 2017 set; 11(9):3369-75. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110235/22164> Acesso em: 10 Set. 2017.
- 8 - Freire RM de A, Landeir MJL, Martins MMFP da S, Martins T, Peres HHC. Um olhar sobre a promoção da saúde e a prevenção de complicações: diferenças de contextos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: 2749. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02749.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02749.pdf) Acesso em: 10 Set. 2017.
- 9 - Santana LL, Sarquis LMM, Miranda FMA, Kalinke LP, Felli VEA, Minieli VA. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016; 69 (1): 23-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0030.pdf> Acesso em: 09 Out. 2017.
- 10 - Wisniewski D, Silva ES, Évora YDM, Matsuda LM. Satisfação profissional da equipe de enfermagem x condições e relações de trabalho: estudo relacional. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2015 Jul-Set; 24(3): 850-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00850.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00850.pdf) Acesso em: 27 Fev. 2018.
- 11 - InoueI KC, Versa GLG da S, Murassaki ACY, Melo WA de, Matsuda LM. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*. 2013 set-out; 66 (5): 722-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/13.pdf> Acesso em: 09 Out. 2017.
- 12 - Fore AM, Scull GL. A concept analysis of situational awareness in nursing. *J Adv Nurs*. 2013; 69 (12): 2613-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23528125> Acesso em: 09 Out. 2017
- 13 - Sangy M, Oliveira JA. Mediação de conflitos: possibilidades de humanização para a promoção da saúde. *Tecer*. 2013; 6 (11): 177-89. Disponível em: <http://www.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/tec/article/view/481/406> Acesso em: 09 Out. 2017
- 14 - Silveira RCP, Teixeira LN, Silva EC, Silva FM, Cruz GEP. Estresse e as possíveis alterações no estilo de vida e saúde em Profissionais de Enfermagem na Atenção primária à saúde. *REV.Enf-UFJF - Juiz de Fora*. 2015 jul./dez; 1 (2): 213-21. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistadeenfermagem/files/2016/08/ESTRESSE-E-AS-POSS%C3%8DVEIS-ALTERA%C3%87%C3%95ES-NO-ESTILO-DE-VIDA-E-SA%C3%9ADE-EM-PROFISSIONAIS-DE-ENFERMAGEM-NATAEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf> Acesso em: 28 Fev. 2018.
- 15 - Wen CP, Wu X. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. *Lancet*. 2012; 380 (9838): 192-3. Disponível em: <http://www.muoversidipiui.it/files/16/inattivita.pdf> Acesso em: 13 Abr. 2018.
- 16 - Mielke GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24 (2): 277-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00277.pdf> Acesso em: 13 Abr. 2018.
- 17 - Ramos CV, Dumith SC, César JA. Prevalência e fatores associados ao déficit de altura e excesso de peso em crianças de 0 a 5 anos do semiárido. *Jornal de pediatria*. 2015; 91 (2): 175- 182. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n2/pt\\_0021-7557-jped-91-02-00175.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n2/pt_0021-7557-jped-91-02-00175.pdf) Acesso em: 27 Fev. 2018.
- 18 - Lachat C, Otchere S, Roberfroid D, Abdulai A, Seret FM, Milesevic J, et al. Diet and physical activity for the prevention of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: a systematic policy review. *PLoS Med*. 2013; 10 (6): e1001465. Disponível em: <https://pure.itg.be/files/803052/2013pmede1001465.pdf> Acesso em: 13 Abr. 2018.
- 19 - Nahas MV, Barros MVG, Francallacci VL. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2000; 5: 48-59. Disponível em: <http://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/1002/1156> Acesso em: 13 Abr. 2018.
- 20 - Rocha MCP da, Martino MMF De. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2010; 44 (2): 280-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v44n2/06.pdf> Acesso em: 26 Abr. 2018.
- 21 - World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: 2011. Acesso em: 30 Mai. 2018.
- 22 - World Health Organization, *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva: 2014. Acesso em: 30 Mai. 2018.
- 23 - Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho SA, Silva SFC. Política de saúde do homem. *Rev. saude publica*. 2012; 46 (Supl): 106-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf> Acesso em: 26 Abr. 2018.
- 24 - Ferrari TK, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, Fisberg RM. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33 (1): e00188015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00188015.pdf> Acesso em: 30 Mai. 2018.
- 25 - Souza NVDO, Cunha LS, Pires AS, Gonçalves FGA, Ribeiro LV, Silva SSSLF. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. *REME rev min enferm [Internet]*. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/524> Acesso em: 30 Mai. 2018.

# CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON: UMA FERRAMENTA PARA CARACTERIZAR AS GESTANTES SUBMETIDAS À CESARIANA

Talita Ribeiro Algarves<sup>1</sup>  
Rivaldo Lira Filho<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8238-8587>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3673-210X>

**Objetivo:** descrever as características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo o Sistema de Classificação de Robson. **Metodologia:** Pesquisa documental, retrospectiva e descritiva, que avaliou mulheres que realizaram cesariana em uma maternidade do estado do Maranhão no ano de 2017. **Resultados:** Analisados 319 prontuários, predominando as nulíparas (46,71%), submetidas à cesárea antes de iniciar trabalho de parto (61,13%), com gestação à termo (91,54%), feto único (98,43%) e cefálico (95,30%). A maior contribuição para a taxa de cesariana foi do grupo 5, com 28,84% das gestantes e a menor parcela foi classificada no Grupo 9. **Conclusão:** Foi demonstrada a facilidade do uso da Classificação de Robson e os grupos com maior impacto são a população alvo para as intervenções a serem planejadas com o objetivo de otimizar as taxas de cesárea na maternidade.

**Descritores:** Cesariana; Classificação; Gestantes.

## ROBSON CLASSIFICATION: A TOOL TO CHARACTERIZE PREGNANT WOMEN SUBMITTED TO CESARIAN

**Objective:** to describe the obstetric characteristics of pregnant women submitted to cesarean section according to the Robson Classification. **Methodology:** Documentary, retrospective and descriptive research that evaluated women who underwent cesarean section in a maternity hospital in the state of Maranhão in the year 2017. **Results:** 319 medical records were analyzed, predominantly nulliparous women (46.71%) submitted to cesarean section before starting labor (61.13%), with full term gestation (91.54%), single fetus (98.43%) and cephalic fetus (95.30%). The major contribution to the cesarean rate was in group 5, with 28.84% of the pregnant women and the smallest portion was classified in Group 9. **Conclusion:** It was demonstrated the ease of use of the Robson Classification and the groups with the greatest impact are the target population for the interventions to be planned with the aim of optimizing the rates of cesarean section at maternity.

**Descriptors:** Cesarean Section; Classification; Pregnant woman.

## CLASIFICACIÓN DE ROBSON: UNA HERRAMIENTA PARA CARACTERIZAR LAS GESTANTES SUBMETIDAS A LA CESARIANA

**Objetivo:** describir las características obstétricas de las mujeres embarazadas sometidas a cesárea según la Clasificación de Robson. **Metodología:** investigación documental, retrospectiva y descriptiva que evaluó a las mujeres que se sometieron a cesárea en un hospital de maternidad en el estado de Maranhão en el año 2017. **Resultados:** se analizaron 319 registros médicos, predominantemente mujeres nulíparas (46,71%) sometidas a cesárea antes de comenzar trabajo de parto (61,13%), con gestación a término (91,54%), feto único (98,43%) y feto cefálico (95,30%). La mayor contribución a la tasa de cesárea fue en el grupo 5, con el 28,84% de las mujeres embarazadas y la porción más pequeña se clasificó en el grupo 9. **Conclusión:** se demostró la facilidad de uso de la Clasificación Robson y los grupos con mayor impacto son la población objetivo para las intervenciones que se planifican con el objetivo de optimizando las tasas de cesárea en maternidad.

**Descriptores:** Cesárea; Clasificación; Mujeres embarazadas.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Maranhão  
Autor correspondente: Talita Ribeiro Algarves; e-mail: [talitalgarves@gmail.com](mailto:talitalgarves@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Os avanços da obstetria contribuíram para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal em todo o mundo, mas as mulheres ainda são expostas a intervenções, muitas vezes desnecessárias, como a episiotomia e o uso rotineiro de ocitocina<sup>(1)</sup>. Por isso é comum a visão do parto normal como um episódio de dor e sofrimento, sujeito a complicações, e da cesariana como uma fuga dessa condição ameaçadora que seria o momento do parto vaginal, o que vem aumentando a frequência de cesarianas sem indicação clínica<sup>(1,2)</sup>.

Estudos da Organização Mundial de Saúde sugerem que as taxas de cesariana não deveriam ultrapassar os 10-15% dos nascimentos, já que acima dessa frequência não se observaram benefícios e diminuição da mortalidade materna e perinatal<sup>(3)</sup>. Considerando as características da população brasileira e o elevado número de mulheres com cesariana prévia, a taxa de referência ajustada para o Brasil seria em torno de 25-30%, mas o país vive uma epidemia de cesarianas, com números que tem aumentado progressivamente<sup>(4)</sup>.

A proporção de cesarianas no país aumentou cerca de 40% do ano de 2000 para 2010, com maior crescimento nas regiões Norte e Nordeste, apesar das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste seguirem com a maior proporção de cesarianas. As taxas são maiores nos serviços privados de saúde, mas ainda assim a frequência de cesarianas nos serviços públicos é extremamente alta<sup>(5)</sup>.

Além da alta frequência de cesarianas realizadas existe o problema da falta de informações precisas e detalhadas sobre quais as características das pacientes submetidas a esse procedimento cirúrgico<sup>(6)</sup>. Taxas gerais de cesariana se tornam inúteis e nunca serão boas ou ruins se separadas dos desfechos e das características obstétricas/epidemiológicas da população atendida, por isso a importância da análise por grupos-padrão para discussão sobre taxas apropriadas<sup>(7)</sup>.

Em 2001 foi proposto por Michael Robson o Sistema de Classificação de Dez Grupos, também conhecido como Classificação de Robson, um instrumento simples e de fácil implementação, onde todas as gestantes internadas para o parto podem ser classificadas em um dos grupos<sup>(6)</sup>. É uma classificação que permite a comparação padronizada e a análise das taxas de cesariana dentro de cada grupo, pode servir de base para a elaboração de estratégias específicas e direcionadas e foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde em 2015 como instrumento para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesariana<sup>(3)</sup>.

Considerando as altas taxas de cesariana e tendo em vista a importância de monitorar não apenas o número de cirurgias realizadas, o presente estudo objetivou descrever as características obstétricas das gestantes submetidas à

cesariana segundo o Sistema de Classificação de Robson.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Pesquisa documental, retrospectiva e descritiva, que procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas e relações com outros fatos<sup>(8)</sup>. A característica da pesquisa documental é que as fontes de coleta de dados são documentos, escritos ou não, contemporâneos ou retrospectivos<sup>(9)</sup>.

### Participantes da pesquisa

Mulheres cuja cesariana aconteceu na maternidade pesquisada no ano de 2017. Critérios que excluía participantes foram: prontuários de pacientes cujas informações de identificação não estavam legíveis, assim como os prontuários de mulheres que tiveram como produto do nascimento um feto morto (considerando-se feto morto aquele que nasce pesando mais de 500g e que não tem evidência de vida após o nascimento).

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Maternidade Carmosina Coutinho, considerada a maternidade pública de referência para os sete municípios da região de saúde de Caxias, no estado do Maranhão.

### Coleta de dados

Os prontuários utilizados para a coleta de dados se referem ao período de janeiro a dezembro de 2017, quando ocorreram 3451 partos na maternidade pesquisada, sendo 1852 cesarianas. A partir do número total de cesarianas foi realizado um cálculo amostral, feito com uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, obtendo como resultado o valor de 319, que foi o número de prontuários analisados. Para a estratificação da amostra utilizou-se como parâmetro o percentual de cesarianas realizadas em cada mês de 2017, sendo posteriormente realizada a distribuição amostral proporcional para cada mês.

A coleta foi feita a partir do preenchimento de um formulário baseado nos critérios utilizados pela Classificação de Robson.

### Procedimentos de análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica Excel e posteriormente analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0.



### Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão, sob parecer nº 3.047.695.

### RESULTADOS

Foram avaliados 319 prontuários de mulheres submetidas ao procedimento de cesariana no ano de 2017. A tabela 1 expõe as características sociodemográficas das gestantes que compõem a amostra. As idades mais frequentes estavam entre 21 a 30 anos (42,32%) e as menos frequentes foram menor que 15 anos e maior que 40 anos (1,88%, ambas). Entre as mulheres pesquisadas predominou a situação conjugal de união estável (32,92%). Em relação a escolaridade, 29,15% das gestantes possuem nível fundamental incompleto e apenas 8,15% possuem ensino superior, seja completo ou incompleto. No que diz respeito a raça, 72,1% dos prontuários não possuíam informações sobre o assunto e 23,51% das mulheres foram declaradas como pardas.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas das mulheres submetidas à cesariana no ano de 2017, Caxias-MA, 2019.

Idade	n	%
< 15 anos	6	1,88%
15 a 20 anos	100	31,35%
21 a 30 anos	135	42,32%
31 a 40 anos	72	22,57%
>40 anos	6	1,88%
<b>Situação conjugal</b>		
União estável	105	32,92%
Casada	75	23,51%
Solteira	105	32,92%
Sem informação	34	10,66%
<b>Escolaridade</b>		
Não sabe ler/escrever	5	1,57%
Nível Fund. Completo	15	4,70%
Nível Fund. Incompleto	93	29,15%
Nível Médio completo	85	26,65%
Nível Médio Incompleto	48	15,05%
Superior Completo	8	2,51%
Superior Incompleto	18	5,64%
Sem Informação	47	14,73%
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	3	0,94%
Negra	11	3,45%
Parda	75	23,51%
Sem Informação	230	72,10%

Fonte: Prontuários

A tabela 2 expõe os resultados das características obstétricas das gestantes incluídas na pesquisa. Entre as mulheres pesquisadas 46,71% foram classificadas como nulíparas, e mais da metade das gestantes múltíparas possuía cesariana prévia. Com relação ao início do trabalho de parto, 61,13% das gestantes foram submetidas à cesárea antes de apresentarem trabalho de parto espontâneo. Quanto à idade gestacional nota-se que a grande maioria das cesarianas (90%, foram em gestações a termo, com apenas 10% de prematuros. No que diz respeito à apresentação/situação fetal, 95,30% dos fetos apresentavam-se cefálicos. Em relação ao número de fetos predominou as gestações com feto único, compreendendo 98,43% das gestantes analisadas.

**Tabela 2**- Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana em 2017, Caxias-MA, 2019.

Paridade	N	%
Nulípara	149	46,71%
Múltipara sem Cesária anterior	72	22,57%
Múltipara com Cesária anterior	98	30,72%
<b>Início de Trabalho de Parto</b>		
Espontâneo	99	31,03%
Induzido	25	7,84%
Cesárea antes do início do TP	195	61,13%
<b>Idade Gestacional</b>		
≥ 37 semanas	292	91,54%
< 37 semanas	27	8,46%
<b>Apresentação/Situação Fetal</b>		
Cefálica	304	95,30%
Pélvica	14	4,39%
Transversa	1	0,31%
<b>Número de Fetos</b>		
Único	314	98,43%
Múltiplo	5	1,57%

Fonte: Prontuários.

**Tabela 3** - Distribuição das gestantes submetidas à cesariana em 2017 segundo a Classificação de Robson, Caxias-MA, 2019

GRUPO	Características	n	%
Grupo 1	Nulíparas com feto único, a termo, em TP espontâneo	37	11,60%
Grupo 2	Nulíparas com feto único, cefálico, a termo, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do TP	87	27,27%
Grupo 3	Múltíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, a termo, em TP espontâneo	21	6,58%

Grupo 4	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, a termo, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do TP	41	12,85%
Grupo 5	Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, a termo e cefálico	92	28,84%
Grupo 6	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica	8	2,51%
Grupo 7	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	5	1,57%
Grupo 8	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	5	1,57%
Grupo 9	Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	1	0,31%
Grupo 10	Todas gestantes com feto único e cefálico, pré-termo, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	22	6,90%

Fonte: Autores. Nota: Feto a termo = maior ou igual a 37 semanas de gestação; Feto pré-termo = menor que 37 semanas de gestação. Abreviações: TP = Trabalho de parto.

Ao realizar a categorização das mulheres em grupos de acordo com a Classificação de Robson foram obtidos os resultados expostos na tabela 3. Das gestantes analisadas a maior parte pertence ao Grupo 5, que compreende as múltiparas com cesariana prévia (28,84%). O segundo maior foi o Grupo 2 com 27,27% das gestantes, seguido do Grupo 4 (12,85%). A menor parcela da amostra foi classificada no Grupo 9, com apenas 0,31% das gestantes.

## DISCUSSÃO

O presente estudo verificou que o número de gestantes com idade até 20 anos foi de 33,23%, o que contrapõe a pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre os anos de 2011 e 2012, que apresentou 19,1% de mulheres nessa mesma faixa etária na admissão para o parto<sup>(10)</sup>. Esse fato chama a atenção para gravidez na adolescência, evidenciando a necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção de gestações nessa faixa etária<sup>(11)</sup>.

Entre os prontuários analisados 72,1% não possuíam registro sobre raça/cor da gestante, nem mesmo na via da Declaração de Nascido Vivo anexa ao prontuário, o que sugere incompletude das declarações. Entre os prontuários preenchidos com essa variável o maior número era de mulheres pardas, similar a um estudo de abrangência nacional realizado no Brasil, que também foi similar em relação à situação conjugal e à escolaridade das gestantes<sup>(10,12)</sup>.

As altas taxas de cesariana no Brasil foram constatadas por estudos anteriores que demonstram a frequência cada vez maior dessas cirurgias até mesmo nos serviços públicos de saúde, onde cesarianas eletivas não deveriam ser realizadas sem indicação clínica ou apenas a pedido da gestante<sup>(4, 10)</sup>. O

presente estudo registrou uma taxa de 53,6% de cesarianas na maternidade pesquisada, similar à taxa de cesariana de uma maternidade terciária referência no estado do Ceará, porém, uma taxa acima da média nacional de cesarianas no setor público, que é de 42,9%, e muito mais distante da taxa de referência ajustada para o Brasil de acordo com as características da sua população obstétrica, que é de 25% a 30%<sup>(3,13)</sup>.

Países considerados de Muito Alto Desenvolvimento Humano possuem taxas menores, com menos de 20% de cesarianas, como demonstraram estudos realizados em países como Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia, França e Japão<sup>(14, 15, 16)</sup>. Taxas de cesariana apropriadas foram relacionadas à informação de qualidade para a população e práticas médicas realizadas em conformidade com protocolos baseados em evidências científicas<sup>(14)</sup>. Ainda assim as taxas de cesariana desses países vêm aumentando ao longo do tempo, como afirma uma pesquisa multipaíses da Organização Mundial de Saúde. Esse mesmo estudo apresenta o Brasil com a 3ª maior taxa de cesariana entre os países pesquisados<sup>(16)</sup>.

Países de baixa renda e alta fertilidade, como alguns países africanos, apesar de não possuírem taxas de cesariana extremamente altas<sup>(16, 17)</sup>, estas são associadas à profissionais em sua maioria desatualizados e à infraestrutura precária, com relatos de escassez de instrumentos para ausculta de batimentos cardíofetais, onde cesarianas estão sendo indicadas para prevenção de complicações imprevisíveis<sup>(17)</sup>.

Quase metade das cesarianas do presente estudo foram realizadas em mulheres nulíparas, o que soa incoerente às evidências atuais que as consideram menos predispostas à realização de cesarianas<sup>(6, 7)</sup>. Uma pesquisa realizada em serviços públicos de saúde do Brasil, com mais de 4000 mulheres após a primeira gestação, associou as maiores proporções de cesariana à admissão hospitalar precoce e às emergências obstétricas antes do parto<sup>(18)</sup>. Esse fato demonstra a importância de informações e cuidados adequados durante o pré-natal, que, juntamente com a mulher e a maternidade, é co-responsável na definição da via de parto.

Outra importante observação é o percentual das cesarianas realizadas antes do início do trabalho de parto, que representou 61,13% da amostra total. O dado encontrado sugere uso excessivo de cesarianas sem indicação clínica, tendo em vista que cesarianas programadas deveriam estar relacionadas a uma pequena parcela de gestantes, principalmente em casos de indicações absolutas de cesariana e emergências que contraindicariam o parto vaginal<sup>(19)</sup>.

Com relação à categorização de acordo com a Classificação de Robson, o Grupo 5 foi o maior contribuinte para a taxa de cesariana, com 28,84% das gestantes que foram

submetidas ao procedimento. Esse achado foi semelhante a estudos anteriores realizados no Brasil e também em outros países<sup>(10, 13, 20-22)</sup>.

O aumento do Grupo 5 é uma das explicações principais para o aumento das taxas de cesariana, considerando o quão é comum a realização de cirurgias somente devido a cesariana prévia<sup>(4)</sup>. O Japão possui um percentual de apenas 9,6% de mulheres do Grupo 5 entre as gestantes submetidas à cesariana<sup>(23)</sup>, e foi o único país a diminuir a taxa de cesariana no período de tempo entre dois estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde, o que enfatiza a real contribuição do Grupo 5 onde são encontradas as maiores taxas<sup>(16)</sup>.

São vários os desafios para diminuir o padrão de uso excessivo de cesariana em mulheres do Grupo 5 e seria relevante a elaboração de uma diretriz de parto baseada em evidências científicas para esse grupo de gestantes, incluindo ao menos as mulheres com apenas uma cesárea prévia. É pertinente destacar que o incentivo a essas mulheres, para que conheçam os benefícios de se aguardar o trabalho de parto espontâneo e as possíveis consequências, imediatas e a longo prazo, da realização de mais uma cesariana também é uma estratégia para melhoria da qualidade da assistência<sup>(7, 13)</sup>.

O grupo 2 foi o segundo maior contribuinte para a taxa de cesariana no presente estudo (27,27%), o que está em acordo com pesquisas anteriores, entre elas a Nascer no Brasil<sup>(10,20)</sup>. Analisando que, diferentemente de outras pesquisas<sup>(7, 10, 20)</sup>, o grupo 4 foi a terceira maior contribuição para taxa de cesariana, observa-se o significativo número de induções e cesarianas pré-parto que estão sendo realizadas na maternidade pesquisada, tornando necessária a realização de auditoria contínua para que a avaliação das indicações para esses procedimentos seja criteriosa e apropriada.

Destaca-se também a contribuição do grupo 1, com 11,6% das cesarianas, sendo esse achado uma importante fonte de informação sobre a proporção de mulheres que numa primeira gestação entram em trabalho de parto e evoluem para alguma intercorrência. Estudos demonstram que as indicações de cesariana mais comuns entre gestante do grupo 1 são as distócias e o sofrimento fetal, o que torna necessário o acompanhamento rotineiro a partir do partograma, com intervenções não-cirúrgicas para resolução de boa parte das distócias diagnosticadas e com o uso cuidadoso de ocitocina<sup>(1, 6, 7)</sup>.

Mulheres nulíparas dos grupos 1 e 2 são a chave para diminuir a tendência de aumento das cesarianas. Prevenir uma primeira cicatriz uterina é também prevenir o aumento da proporção de mulheres do grupo 5, o que conseqüentemente otimiza as taxas de cesariana<sup>(7, 20)</sup>.

Considerando a evolução fisiológica, um número mínimo de mulheres multíparas que entraram espontaneamente em trabalho de parto necessitaria de intervenção por cesariana<sup>(6)</sup>. No presente estudo a contribuição do grupo 3 foi de 6,58% da taxa global, semelhante ao estudo realizado em uma maternidade terciária no estado do Ceará<sup>(13)</sup>.

A contribuição dos grupos 6 e 7, que compõem as gestantes com fetos em apresentação pélvica, tiveram valores semelhantes a pesquisas em âmbito nacional e internacional<sup>(10,14)</sup>. Para a diminuição desses grupos alguns profissionais apostam em admissão hospitalar em trabalho de parto ativo e estratégias como a versão cefálica externa<sup>(6)</sup>. A elaboração de um protocolo baseado em evidências que encoraje e respalde o parto normal pélvico também pode ser considerada.

Menos de 2% das cesarianas foram realizadas em gestações múltiplas, que compõem o Grupo 8. O Grupo 9 da presente pesquisa possui dados semelhantes aos publicados na pesquisa Nascer no Brasil<sup>(10)</sup> e nas considerações de Michael Robson<sup>(7)</sup>. O grupo 10, considerado de alto risco para cesariana, apresentou taxas menores que as encontradas em outras maternidades brasileiras de referência<sup>(10, 13)</sup>.

Durante a presente pesquisa foi percebida a facilidade para categorizar as gestantes, o que foi também afirmado em estudos que implementaram a Classificação de Robson em maternidades e a consideraram uma ferramenta eficiente para observar as taxas de cesariana e padronizar as auditorias<sup>(7, 13, 14, 22)</sup>.

#### Limitações do estudo

O estudo apresentou limitações pelo desenvolvimento baseado em documentos de um único ano e em apenas um cenário.

#### Contribuições para a prática

O presente estudo pode ser utilizado como um ponto de partida para a implementação da Classificação de Robson na maternidade pesquisada, sendo seus resultados um estímulo à discussão sobre os processos de trabalho que podem ser implementados ou modificados. Sugere-se também um estudo que analise as indicações de cesariana em cada grupo da Classificação de Robson naquela unidade.

#### CONCLUSÃO

Foi demonstrado facilidade do uso da Classificação de Robson, identificando também os grupos de gestantes que requerem mais atenção. Os grupos com maior impacto na taxa de cesariana foram os grupos 5, 2 e 4, sugerindo que estes são a população alvo para as intervenções a serem planejadas. Seriam importantes estratégias o encorajamento

ao parto normal em mulheres com cesárea prévia, auditoria contínua e discussão sobre as indicações de cesariana e indução.

A implementação da Classificação de Robson é um primeiro passo para a avaliação crítica da prática obstétrica e seus resultados podem guiar a criação de estratégias específicas para cada grupo que necessite otimizar as taxas de cesariana. Modificar os processos de trabalho e realizar auditoria contínua são grandes desafios que na prática não promovem mudanças imediatamente, mas que precisam ser iniciados.

#### **Conflito de interesses**

Os autores declaram que não têm conflito de interesse.

#### **Contribuição dos autores**

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Talita Ribeiro Algarves e Rivaldo Lira Filho.

## REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília, 2017. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
- 2 Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Colet* [internet]. 2010 [Acesso em 2018 mai 15]; 4(4): 105-17. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>
- 3 Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra, 2015. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=6927BAD4A3FEF9477B1AD826B3158E4?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=6927BAD4A3FEF9477B1AD826B3158E4?sequence=3). [Acesso em 2018 mai 23].
- 4 Ministério da Saúde (BR). Diretriz de atenção à gestante: operação cesariana. Brasília, 2016. Disponível em [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_N179.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf).
- 5 Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saude Mater Infant* [internet]. 2016 [Acesso em 2018 mai 15]; 16(1): 39-47. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=en&nrm=iso).
- 6 Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [internet]. 2001 [Acesso em 2018 fev 25]; 15(1): 179-94. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359322>
- 7 Robson MS, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining na appropriate caesarean section rate. *Best Pract & Res Clin Obstet Gynaecol* [internet]. 2013 [Acesso em 2018 fev 25]; 27(1): 297-308. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23127896>
- 8 Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 3 ed. Novo Hamburgo: Fevale; 2013.
- 9 Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2005.
- 10 Nakamura-Pereira M, Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Torres JÁ, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reproduct Health* [internet]. 2016 [Acesso em 2018 nov 09]; 13(supl 3): 246-56. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766941>
- 11 Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2015 [Acesso em 2019 mai 11]; 37(3):140-47. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>
- 12 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 Publ* [internet]. 2017 [Acesso em 2019 mai 11]; 33(supl 1): 1-17. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>
- 13 Moura VA, Feitosa FE. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubrian utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. *Rev Med UFC* [internet]. 2017 [Acesso em 2019 jan 19]; 57(1): 25-29. Disponível em <http://www.revistademedicina.ufc.br/ojs/index.php/revistademedicinaufc/article/view/157/130>
- 14 Pyykönen A, Gisslen M, Lokkegaard E, Bergholt T, Rasmussen SC, Smárasón A, et al. Cesarean section trends in the Nordic Countries – a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstet Gynecol Scand* [internet]. 2017 [Acesso em 2019 abr 13]; 96(5): 607-616. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28176334>
- 15 Le Ray C, Blondel B, Prunet C, Khireddine I, Deneux-Tharaux C, Goffinet F. Stabilising the caesarean rate: which target population? *BJOG* [internet]. 2015 [Acesso em 2019 abr 13]; 122: 690-699. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25412695>
- 16 Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health* [internet]. 2015 [Acesso em 2018 nov 9]; 3: 260-270. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866355>
- 17 Schatntz C, Ravit M, Traoré AB, Aboubakan M, Goyet S, Loezian M, et al. Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin? *Sexual Reproduct Healthcare* [internet]. 2018 [Acesso em 2019 abr 13]; 16: 10-14. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575617303208>
- 18 Dias MA, Domingues RM, Schilithz AO, Nakamura-Pereira M, Leal MC. Factors associated with caesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian public health system: data from a national survey. *Reproductive Health* [internet]. 2016 [Acesso em 2018 mai 10]; 13(3): 175-185. Disponível em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073796/pdf/12978\\_2016\\_Article\\_231.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073796/pdf/12978_2016_Article_231.pdf)
- 19 Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
- 20 Bolognani CV, Reis LB, Dias A, Calderon IMP. Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil. *Plos One* [internet]. 2018 [Acesso em 2019 abr 12]; 13(2): e0192997. Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192997>
- 21 Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* [internet]. 2015 [Acesso em 2019 abr 13]; 129(3): 236-239. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25704253>
- 22 Abdel-Aleem H, Darwish A, Abdelaleem AA, Mansur M. Usefulness of the WHO C-Model to optimize the caesarean delivery rate in a tertiary hospital setting. *Int J Gynaecol Obstet* [internet]. 2017 [Acesso em 2019 abr 13]; 137(1): 1-5. Disponível em <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12092>
- 23 Ono T, Matsuda Y, Sasaki K, Satoh S, Tsuji S, Kimura F, et al. Comparative analysis of caesarean section rates using Robson Ten-Group Classification System and Lorenz curve in the main institutions in Japan. *J Obstet Gynaecol Res* [internet]. 2016 [Acesso em 2019 abr 13]; 42(10): 1279-1285. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27641931>



## ARTIGO 24 Original

# CUIDAR DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO CUIDADOR FAMILIAR

Rogério Donizeti Reis<sup>1</sup>  
Ewerton Naves Dias<sup>2</sup>  
Marcos Antônio Batista<sup>3</sup>  
José Vitor da Silva<sup>4</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3457-2133>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5885-9331>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8867-8278>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2779-7641>

**Objetivo:** identificar os sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar sob a ótica de cuidar de idoso com doença de Parkinson. **Metodologia:** estudo qualitativo, descritivo-exploratório e transversal, realizado com 20 cuidadores familiares, utilizou-se dois instrumentos, os dados foram tratados segundo a técnica “Discurso do Sujeito Coletivo” proposta por Lefèvre e Lefèvre. **Resultados:** os sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar emergiram em cinco categorias: sobrecarga física e mental; dificuldade de cuidar; não é difícil cuidar; sentimento de impotência; sentimento de tristeza. **Conclusões:** efetivamente, pensar na relação entre envelhecimento, doença de Parkinson e cuidador familiar requer compreensão, discussão e principalmente ação. O escopo da ação é aproximar o cuidador familiar com os profissionais de saúde e este mostrar mecanismos que auxiliem os membros familiares a encontrar soluções para uma melhor qualidade de vida e relação interpessoal.

**Descritores:** Cuidadores, Doença de Parkinson, Idoso, Envelhecimento, Família.

### TAKE CARE FOR ELDERLY PEOPLE WITH PARKINSON'S DISEASE: FEELINGS EXPERIENCED BY THE FAMILY CAREGIVER

**Objective:** to identify the feelings experienced by the family caregiver from the perspective of caring for the elderly with Parkinson's disease. **Methodology:** a qualitative, descriptive-exploratory and cross-sectional study with 20 family caregivers, two instruments were used, the data were treated according to the technique “Discourse of the Collective Subject” proposed by Lefèvre and Lefèvre. **Results:** The feelings experienced by the family caregiver emerged in five categories: physical and mental overload; difficulty in caring; it is not difficult to care; feeling of powerlessness; feeling of sadness. **Conclusions:** Effectively, thinking about the relationship between aging, Parkinson's disease and family caregiver requires understanding, discussion and, especially, action. The scope of action is to bring family caregivers closer to health professionals and to show mechanisms that help family members find solutions for a better quality of life and interpersonal relationships.

**Descriptors:** Caregivers, Parkinson's Disease, Elderly, Aging, Family.

### CUIDAR DE ANCIANO CON ENFERMEDAD DE PARKINSON: SENTIMIENTOS QUE EXPERIMENTA EL CUIDADOR FAMILIAR

**Objetivo:** identificar los sentimientos vivenciados por el cuidador familiar bajo la óptica de cuidar de ancianos con enfermedad de Parkinson. **Metodología:** estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio y transversal, con 20 cuidadores familiares, se utilizaron dos instrumentos, los datos fueron tratados según la técnica del “Discurso del Sujeto Colectivo”, propuesta por Lefèvre y Lefèvre. **Resultados:** los sentimientos vivenciados por el cuidador familiar emergieron en cinco categorías: sobrecarga física y mental; dificultad para cuidar; no es difícil cuidar; sentimiento de impotencia; sentimiento de tristeza. **Conclusiones:** Efectivamente, pensar en la relación entre envejecimiento, enfermedad de Parkinson y cuidador familiar requiere comprensión, discusión y principalmente acción. El alcance de la acción es acercar al cuidador familiar con los profesionales de la salud y éste mostrar mecanismos que ayuden a los miembros familiares a encontrar soluciones para una mejor calidad de vida y relación interpersonal.

**Descritores:** Cuidadores, Enfermedad de Parkinson, Anciano, Envejecimiento, Familia.

<sup>1</sup> Itajubá, MG

<sup>2</sup> Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, São Paulo, SP.

<sup>3</sup> Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG

<sup>4</sup> Faculdade Wenceslau Braz, Itajubá, MG

Autor Correspondente: Rogério Donizeti Reis. E-mail: rogerioreisfisio@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer é a gradual plenificação do ciclo da vida. Ela não precisa ser escondida ou negada, mas deve ser compreendido, afirmado e experimentado como um processo de crescimento pelo qual o mistério da vida lentamente vai se revelando. Sem a presença dos idosos, poderíamos esquecer que estamos envelhecendo<sup>(1)</sup>.

O envelhecimento populacional é um marco. Ele é resultado do desenvolvimento das sociedades, prova cabal das vitórias do ser humano sobre os percalços e adversidades da natureza<sup>(2)</sup>. O paradoxo é que esse envelhecimento populacional seja visto como um problema pela maioria dos governantes, políticos, planejadores e, mesmo, pelas pessoas em geral. O paradoxo citado é que ele pode ter uma contrapartida de fracasso, pois os anos de vivência podem significar anos de sofrimento e infelicidade, um tempo de perdas, incapacidades e dependência. Assim, o envelhecimento e a possibilidade de sobrevida aumentada trouxeram a necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevida.

Muito idosos gozam de uma qualidade de vida e de saúde que lhes permite viver de uma forma livre, autônoma e com maestria para realizar suas atividades diárias sem depender de auxílio dos membros familiares. Porém o envelhecimento ocorre de maneira diferente, enquanto uns envelhecem sem manifestar qualquer doença que causa impacto na sua vida, outros, porém são acometidos por enfermidades que os incapacitam para a realização de múltiplas tarefas e atividades.

Ao envelhecermos estamos susceptíveis a desenvolver processo de vulnerabilidade, seja de natureza social que implica nos estigmas atribuídos aos idosos, ou vulnerabilidade familiar diante dos desarranjos atribuídos à perda da autonomia e do processo de ser cuidado quando acometido por doença crônica degenerativa.

O fenômeno crescimento populacional é um marco a nível mundial, e no Brasil, as modificações se dão de forma radical, marcante e bastante acelerada. A velocidade desse fenômeno traz uma série de consequências que envolvem família, sociedade e profissionais de saúde. Desse modo, uma reorganização dessas esferas faz-se necessário, pois o processo de envelhecimento trouxe à tona o aumento das demências como é o caso da Doença de Parkinson (DP).

A DP é definido como um dos tipos mais frequentes de distúrbios do movimento e apresenta-se com quatro componentes básicos: rigidez muscular, bradicinesia, tremor e instabilidade postural. Se forem apresentados pelo menos dois desses problemas, a síndrome é caracterizada<sup>(3)</sup>. Esse conjunto de distúrbios é causado pela grande diminuição da produção do neurotransmissor dopamina, devida à

degeneração das células constituintes da substância negra. Há dois tipos de parkinsonismo: o primário (ou doença de Parkinson), sem uma causa determinada ou genética, e o secundário, originado por outras condições.

A principal manifestação motora na DP é a bradicinesia, considerada indispensável para o diagnóstico clínico de parkinsonismo. Caracteriza-se como uma lentidão e redução de amplitude dos movimentos<sup>(4)</sup>. Uma característica importante na DP é a redução progressiva da amplitude de movimentos na medida em que o paciente os executa. Uma das maneiras de facilitar a observação deste fenômeno é pedir para o paciente bater repetidamente o primeiro contra o segundo quirodáctilo por alguns segundos. É possível observar não apenas a redução de amplitude, mas também eventuais pausas e travamentos no decorrer da tarefa. O tremor de repouso, apesar de ser característico, não é essencial para o diagnóstico. Acomete especialmente as partes distais das extremidades, os lábios e mento. Nas mãos, o mais típico é o chamado movimento de "contar moedas", facilmente observado durante a marcha do paciente.

A DP afeta 2% da população acima dos 65 anos e para a qual o envelhecimento é o principal fator de risco. Atualmente não há tratamento disponível para esta doença e os medicamentos normalmente prescritos aos pacientes permitem apenas minimizar alguns dos sintomas da doença não impedindo a progressão da neurodegeneração. Assim, com o aumento da esperança de vida e o conseqüente esperado aumento da incidência desta doença, está a ser feito um grande esforço no sentido de se desenvolverem terapias eficientes bem como formas de realizar um diagnóstico mais precoce<sup>(5)</sup>.

A presença de um familiar portador de enfermidade crônica é por si só fator gerador de sofrimento psíquico, ademais, soma-se ainda a agravante e efetiva possibilidade de morte do paciente<sup>(6)</sup>. Diante disso, o cuidado com o enfermo internado no domicílio é uma causa de estresse na dinâmica cotidiana da família, gerando ao cuidador familiar complicações física, mental e emocional, bem como a perda de sua liberdade.

Cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar<sup>(7)</sup>. Ao refletirmos sobre a especificidade de cuidar, somos da opinião que as diferentes definições existentes, que exploram as várias perspectivas, se complementam. Assim, o cuidar apresenta múltiplas vertentes, sendo estas: relacional e afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica.

O exercício de cuidar do doente dependente no domicílio é uma aprendizagem incessante, alicerçado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de dependência do mesmo. "Cuidar", atividade que aparentemente parece ser fácil e de complicado nada tem, pode-se tornar desmotivador

e desinteressante para o cuidador, se não se tiver em conta o nível de dependência e o grau de exigência. O processo de se tornar cuidador gera necessidades de aquisição de conhecimentos, de competências e de espaço para adquiri-los<sup>(6)</sup>.

A Relevância social desse trabalho vem mostrar a realidade e as dificuldades vivenciadas pelos familiares responsáveis pelos cuidados primários de idosos com DP, de forma a explicitar a sociedade como esses familiares são afetados diante a uma doença que causa tanto prejuízo na homeostasia familiar e a comunidade em geral e, com isso, traçar novas estratégias de cuidado no que diz respeito à sociabilização do núcleo familiar e do idoso.

Quanto à relevância científica, espera-se clarificar e contribuir em uma lacuna deixada pela cientificidade ao pouco investimento em problema tão relevante em nossa sociedade. E este estudo pretende trazer contribuições sobre a faceta dos cuidados prestados, de forma a elucidar o conhecimento no meio científico, agregando os aspectos familiares quanto à dinâmica, e a sua influência sobre a doença crônica.

Considerando o exposto acima, o objetivo deste estudo foi identificar os sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar sob a ótica de cuidar de idoso com DP.

## METODOLOGIA

O presente estudo foi de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório e transversal. Os participantes foram os cuidadores familiares que cuidavam de um idoso familiar com doença de Parkinson. A amostra foi constituída por 20 cuidadores familiares. O cenário de estudo foi o município de Itajubá e o local de abordagem foi a residência dos cuidadores familiares. A amostragem foi do tipo intencional. Para a análise e interpretação dos dados utilizou-se da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)(9-10). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Wenceslau Braz, sob o CAAE: 86587618.5.0000.5099. Obedeceu-se aos preceitos estabelecidos pela Resolução nº 466/12, de 12 de Dezembro de 2012, do Ministério da Saúde(11) que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas.

Para participar do estudo atentou-se aos seguintes critérios de inclusão, a saber: ser cuidador familiar que presta cuidados direto ao idoso com doença de Parkinson; estar nos cuidados há pelos menos seis meses<sup>(12)</sup> ser maior de 18 anos; aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; se maior de 60 anos ter capacidade cognitiva e de comunicação preservadas, avaliada pelo questionário de avaliação mental.

A coleta de dados foi iniciada após a anuência do

entrevistado por meio da assinatura do TCLE; a entrevista foi realizada, após agendamento prévio, com cada um dos participantes, em local e data determinados pelos cuidadores familiares; antes da realização da entrevista, o pesquisador explicou os objetivos do estudo, assim como o desenvolvimento de todo o trabalho; foram retiradas todas as dúvidas; os dados foram colhidos pelos pesquisadores deste estudo por meio de dois instrumentos. O primeiro questionário se refere à caracterização pessoal e familiar dos participantes, esse instrumento está formado por questões fechadas relacionadas com a família (tipo e renda familiar), tipo de casa, número de pessoas que vivem na casa; membro familiar entrevistado, idade, sexo e outras. O segundo contempla uma entrevista semiestruturada contendo uma pergunta norteadora. Comente para mim, Como você se sente ao cuidar de um familiar portador de doença de Parkinson?

## RESULTADOS

Diante do levantamento das características pessoais e familiares dos participantes da pesquisa, obtivemos, como resultado, a prevalência do sexo feminino, com 65%; a idade média foi de 52,65 anos (DP=16,70); 30% concluíram o ensino superior. Destacou-se entre as profissões a aposentadoria com 40%. Os que professam a religião católica perfizeram 80%. De todo o universo entrevistado, 70% eram filhas/filhos e o tempo de cuidados variou entre um e dois anos, equivalendo a 30%.

Do tema explorado relacionado aos sentimentos de cuidar do idoso com DP, foram evidenciadas cinco ideias centrais, a saber: "sobrecarga física e mental", "difícil de cuidar", "não é difícil cuidar", "sentimento de impotência", "sentimento de tristeza".

## DISCUSSÃO

Refletindo a ideia central "sobrecarga física e mental" os participantes relataram: [...] *Sinto muito cansada, estressada e revoltada. (P1) [...] Sinto cansado e muito sobrecarregado. (P2) [...] Sinto cansaço físico e mental. (P7) [...] Sinto que estou ficando doente. (P11) [...] Sinto que estou precisando de cuidados, estou cansada. (P16).*

Os sentimentos atribuídos à experiência de cuidar perpassam por processos únicos e de maneira particular. É de extrema necessidade compreender seus fenômenos ao depararmos com a quebra da homeostasia familiar, sobretudo voltarmos nosso olhar não apenas ao idoso com DP, mas também ao cuidador familiar que naturalmente e de maneira instintiva se distancia do autocuidado em detrimento do cuidado ao familiar.

A DP por ser de natureza progressiva, degenerativa e irreversível torna os cuidados complexos e estressantes que

produz efeitos negativos em todos que estão em torno dos cuidados. Deste modo, a exposição contínua e permanente nos cuidados leva ao conflito de ordem física e mental.

O transtorno demencial torna-se uma via de mão dupla em que a demência gera impactos na QV do cuidador e sua QV pode influenciar na prestação dos cuidados. Portanto, tanto o cuidador quanto o idoso necessitam de uma atenção especializada e focada em suas necessidades<sup>(13)</sup>.

Se a provisão de cuidados cai sobre as famílias, é importante entender como elas experimentam condições crônicas, considerando as possibilidades de oferecer cuidados diários de acordo com as diferentes necessidades que emergem, e também a maneira como eles mantêm cuidados ao longo do tempo<sup>(14)</sup>.

É importante que os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na atenção primária conhecerem a dimensão da sobrecarga oriundo dos cuidados prestados ao idoso com DP. Deste modo, poder oferecer mecanismos como orientação e intervenção junto ao cuidador familiar a fim de reduzir ou minimizar os danos geradores de conflitos e consequentemente preservando a QV dos envolvidos seja cuidadores como também o idoso com DP.

Diante do desarranjo de ordem pessoal refletida e analisada sob a ótica dos discursos dos participantes acima, há, também, uma proximidade entre a ideia central “dificuldade de cuidar” fato que está evidenciado nas falas dos participantes a seguir: [...] **É muito complicado cuidar.** (P1) [...] **Sinto muito dificuldade em cuidar.** (P3) [...] **É muito difícil cuidar.** (P4) [...] **Sinto que está cada vez mais difícil e impossível.** (P6).

Verdadeiramente, a DP e suas manifestações clínicas suscitam anseio, revolta, desgaste e aflição, levam o cuidador familiar a um estado de vulnerabilidade. Nesse sentido, essas circunstâncias se dão pela dificuldade dos cuidados exigidos e da forma instigante que são prestados e pela limitação que a doença proporciona. A fragilidade do cuidador familiar no decorrer da doença fica evidenciada pela falta de preparo e experiência, pela falta de suporte e colaboração nos cuidados prestados, e, sobretudo, a falta de apoio emocional.

As dificuldades oriundas dos cuidados em paciente com doença crônica, modifica a estrutura familiar; porém, a condição socioeconômica da maioria da população brasileira não permite aos familiares usufruírem de um profissional de saúde que atenda às necessidades de cuidado do idoso<sup>(15)</sup>. Nesse cenário, predomina a alternativa do cuidador familiar. Alguém da família torna-se responsável por proferir cuidados constantes ao idoso doente crônico.

As dificuldades geradas pelo ato de cuidar causa um impacto negativo na QV do cuidador familiar, eventos com isolamento social, sobrecarga física e psicológica, são pontos

importantes que devem ser vistas e discutidas, a fim de se construir programas de cuidados direcionados a esse público.

Pensar no cuidador familiar é pensar também em um contexto de vulnerabilidade. É necessário avaliar se a QV do cuidador está comprometida e prejudicada. É provável que quanto maior for à situação de vulnerabilidade deste cuidador, quanto maior for a falta de conhecimento de seus direitos, e quanto maior for a falta de conhecimento das condições de saúde por parte dele ou da família, maior será o grau e/ou intensidade da vulnerabilidade<sup>(16)</sup>.

A vulnerabilidade familiar é criada ou aumentada como resultado da falta de apoio ao cuidado familiar por parte dos serviços de saúde e profissionais, uma vez que o potencial familiar diminui ao longo do tempo em vista das demandas de cuidados, que são constantemente renovadas e aumentadas em condições crônicas<sup>(14)</sup>.

Mesmo que os cuidados sejam difíceis para alguns cuidadores, para outros, no entanto, o sentimento de cuidar não tinha essa magnitude ao relatarem que “não é difícil cuidar” e isso verificou-se nas expressões: [...] Não estamos tendo grandes dificuldades. (P12) [...] Não é difícil cuidar. (P15) [...] Cuidar dele por enquanto não estou tendo dificuldade. (P17).

É de salientar o quão importante é o estado observacional do cuidador familiar no que diz respeito às manifestações clínicas da DP. Compreender suas limitações, seus anseios, suas frustrações, assim como, quando possível, sem trazer prejuízos ao idoso, estimular o autocuidado e conquistar sua autonomia, mesmo que seja limitada.

É certo afirmar que um ambiente familiar harmonioso, que preza pelo cuidado hétero dirigido, onde se tem o apoio emocional, o diálogo, o carinho e o respeito, a reorganização em torno da quebra da homeostasia perante um familiar adoecido ocorre de forma natural. Alguns membros familiares que atuam no dia a dia nos cuidados mostram essa postura, e que essa dedicação de se ocupar dos cuidados prestados traz uma satisfação, outrora privilégio e através da persistência e motivação que se podem obter melhorias e tornar os cuidados menos difíceis.

Entretanto, a família procura evitar algumas atividades para o familiar portador de Parkinson para protegê-lo de qualquer situação de agravamento<sup>(17)</sup>. Estas modificações exigem a readequação da vida do familiar doente e do cuidador. Contudo, no que se refere às mudanças na vida diária do cuidador, observa-se que estas readequações são mais visíveis em situações em que a doença já ocasionou limitações físicas e mentais ao portador de Parkinson. Por outro lado, nessa categoria os cuidadores não precisaram alterar sua rotina, pois a doença até o momento não gerou limitações ao familiar acometido.

Ao discutir as ideias centrais “sentimentos de impotência e de tristeza”, optou-se pela discussão de ambas, simultaneamente, considerando que a literatura assim o faz de posse dessas ideias centrais. Nota-se em determinados cuidadores esses sentimentos causado pelo prognóstico da doença e, também pela limitação imposta pelo ser cuidado refletindo no ser que cuida. Esses sentimentos ficam explícitos nas falas dos seguintes participantes: [...] Sentimento de impotência. (P5) [...] Sinto que não estou preparado. (P9) [...] Sinto uma tristeza enorme em ter que cuidar. (P10) [...] Sinto triste. (P15).

A complexidade do cuidar e até mesmo conviver é permeado por sentimentos de natureza relacional e de modo paradoxal, que compreende ampla e intensa dedicação física e emocional, que pode ocorrer em desgastes e conflitos entre cuidador e cuidado.

Porém, para um melhor cuidado é necessário conhecer e compreender os comportamentos oriundos da DP. Os cuidadores devem se apresentar dotados do sentimento de cuidar, cada membro da família reage de forma inesperada: enquanto alguns assumem atitudes de superação, outros apresentam sinais de impotência e até mesmo despreparo. Outros se abstêm inteiramente de qualquer forma de cuidados.

O processo de cuidar vivenciados pelo cuidador familiar de um ponto de vista negativo podem ser compreendidos pelas transições ocorridas e pelo impacto em suas vidas, a partir do momento em que houve a necessidade de assumirem os cuidados do familiar idoso dependente(18).

Para os familiares quando assumem a responsabilidade dos cuidados, raramente recebe capacitação para desempenhar tal tarefa e na maioria das vezes não se sentem preparados suficientemente para a execução das atividades que envolvem os cuidados no âmbito domiciliar(19). De fato ao deparar com os cuidados a serem prestados emergem sentimentos de tristeza, impotência o que leva de modo geral sobrecarga física, emocional, social e espiritual.

### LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Pode-se apontar como limitação do estudo, que novas pesquisas devem ser realizadas abordando a Doença de Parkinson com enfoque nos cuidadores familiares, haja vista, que há carência de produções científicas que apresentem

mecanismos de auxílio para uma melhor qualidade de vida destes, bem como um suporte para o acompanhamento biopsicossocial.

### CONCLUSÃO

Consideravelmente a DP limita o cuidador familiar na realização das atividades de vida diária, no autocuidado e nas interações e participações sociais. O enfrentamento da doença assim como o processo de envelhecimento merece ser discutidas sob o prisma da humanização.

Efetivamente, pensar na relação tripartida entre envelhecimento, doença de Parkinson e cuidador requer compreensão e ação. O escopo da ação é aproximar o cuidador familiar com os profissionais de saúde e este mostrar mecanismos que auxiliem os membros familiares a encontrar soluções para uma melhor qualidade de vida e relação interpessoal.

Uma realização completa e efetiva desses mecanismos se dá pelo desenvolvimento multiprofissional, pois diante da quebra da homeostasia familiar, faz-se necessário um acompanhamento biopsicossocial, pois, notadamente, os membros familiares envolvidos necessitam de um suporte emocional.

Identificar as diversas necessidades dos cuidadores familiares é extremamente necessário e importante para que os profissionais de saúde sejam capazes de traçar planos de intervenções e assim, reduzir prejuízos à saúde dos envolvidos no processo de cuidados.

Constata-se lacuna e escassez nos programas e nas políticas de saúde voltada para esse público e também em estudo relacionado à doença crônica não transmissível, principalmente as doenças neurológicas, diante essa necessidade é imprescindível desenvolver pesquisas e capacitações concretas que adequam a saúde dos cuidadores familiares, dos idosos e, sobretudo que esse programa seja um facilitador para redução dos conflitos geradores de estresse e da sobrecarga.

Notadamente, há mudanças e desarranjos no âmbito familiar e no estilo de vida dos cuidadores familiares quando cuidam de idosos com doença de Parkinson. Sabe-se que quanto maior for o grau de dependência e comprometimento do idoso, menor sua autonomia, maior será sua vulnerabilidade e consequentemente maior será a sobrecarga para o cuidador.



## REFERÊNCIAS

- Pessin L. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: Pessin L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 87-96.
- Paschoal SMP. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no Adeus à vida. In: Paschoal SMP. Tratado de geriatria e gerontologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 79-86.
- Bertolucci PHF, Ferraz HB, Barsottini OGP, Pedroso JL. Neurologia: diagnóstico e tratamento. 2a ed. Barueri: Manole; 2016.
- Fernandes GC. Estudos dos fatores clínicos e epidemiológicos associados com a mortalidade na doença de Parkinson [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014 [cited 2018 nov 25]. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/116770/000955802.pdf?sequence=1>
- Tenreiro S, Outeiro TF. A levedura como modelo para estudar as bases moleculares da DP. Rev Bras Cienc. Envelhec Hum [Internet]. 2015 [cited 2019 jan 24];12(3):288-98. Available from: DOI: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v12i3.6006>
- Nogueira AS, Souza RAAR, Casarin RG. Stress in patients caregivers in home care. Rev Cient Fac Educ Meio Ambiente [Internet]. 2014 [cited 2019 fev 10];5(2):50-64. Available from: DOI: <https://doi.org/10.31072/rcf.v5i2.239>
- Ricarte LFC. S. Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. [Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2009 [cited 2019 fev 15]. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Almeida JM, Sánchez Casado I. Análise da percepção do cuidador informal do doente dependente por acidente vascular cerebral. Infad Rev Psicol. 2014;5(1):45-56.
- Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liberlivro; 2005.
- Lefevre, F. Discurso do Sujeito Coletivo: novos modos de pensar nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466 de 2012. Trata do respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União; 2013 jun 13 [cited 2018 fev 26]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Monteiro I. Antropologia: uma nova concepção. Petrópolis: Vozes; 2007.
- Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS. Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [cited 2018 fev 10];70(4):714-20. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>
- Bellato R, Araújo LFS, Dolina JV, Musquim CA, Corrêa GHLST. The family experience of care in chronic situation. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [cited 2018 jan. 15];50(esp):81-8. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300012>
- Gurgel DA, Oliveira FPA, Salles HSA. Caregiver for elderly patient chronic and difficulties. Rev Kairós [Internet]. 2012 [cited 2018 fev 12];15(2):123-46. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/13110/9639>
- Silva LFA. Estudo bioético sobre familiares que cuidam de pessoas idosas com doenças neurodegenerativas. [Internet]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2017 [cited 2019 mar 15]. Available from: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23253/1/2017\\_L%20C3%ADziaFab%20C3%ADolaAlmeidaSilva.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23253/1/2017_L%20C3%ADziaFab%20C3%ADolaAlmeidaSilva.pdf)
- Padovani C, Lopes MCL, Higahashi IH, Peloso SM, Paiano M, Christophoro R. Being caregiver of people with Parkinson's Disease: experienced situations. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [cited 2019 jan 11];71(supl. 6):2628-34. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0008>
- Couto AM, Castro EAB, Caldas CP. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. Rev RENE [Internet]. 2016 [cited 2019 mar 18];17(1):76-85. Available from: DOI: [10.15253/2175-6783.2016000100011](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011)
- Castro LM, Souza DN. Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. Interacções [Internet]. 2016 [cited 2019 mar. 25];12(42):150-62. Available from: DOI: <https://doi.org/10.25755/int.11819>

# O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM ESTOMATERAPIA: DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Clementina Fernandes Sousa<sup>1</sup>  
Célia Brito Santos<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-7536-3557>  
<http://orcid.org/0000-0001-9198-2668>

**Objetivo:** desenvolver um programa de intervenção de enfermagem em estomaterapia (PIEE). **Metodologia:** estudo multietápico sequencial, suportado nas orientações do Medical Research Council para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas, compreendendo duas etapas: construção da versão experimental do PIEE, tendo como referenciais teóricos de Classificação de Intervenções de Enfermagem (CIN/NIC®), com recurso a um painel de enfermeiros peritos pela técnica de focus group; estudo piloto sobre a aplicação do programa. **Resultados:** seis focos da prática de enfermagem e intervenções para o pré-operatório, pós-operatório e follow-up para pessoas com estomia de eliminação (EE), constituíram a versão de consenso do PIEE. **Conclusão:** a criação do PIEE contribuiu para definir intervenções de enfermagem em estomaterapia, constituindo uma proposta sistematizada e individualizada em dimensões humanas vulneráveis à presença da EE, permitindo avaliar o seu efeito na adaptação e qualidade de vida.

**Descritores:** estoma cirúrgico; programa; cuidados de enfermagem; período pré-operatório; período pós-operatório.

## STOMA NURSING CARE: DEVELOPMENT OF AN INTERVENTION PROGRAM

**Aim:** develop a nursing program in enterostomal therapy (NPET). **Methodology:** A mixed-method sequential design, supported by the guidelines of the Medical Research Council for development and evaluation of complex interventions. The study had two phases: construction of NPET's pilot version by theoretical nursing references, the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) and the Nursing Interventions Classification (NIC®) with focus group of expert nurses; a pilot study on the implementation of the program.

**Results:** six focuses of nursing practice and interventions for preoperative, postoperative and follow-up to patients with elimination ostomy (EO), constituted the NPET consensus version.

**Conclusions:** the NPET's construction contributed to define nursing interventions in stoma care, constituting a systematized and individualized proposal of caring in human dimensions vulnerable to the presence of EO, making possible the evaluation of its effect in ostomy adaptation and quality of life.

**Descriptors:** surgical stoma, psychological adaptation, nursing care, preoperative period, postoperative period.

## EL CUIDADO DE LA ENFERMERÍA EN ESTOMATERAPIA: DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

**Objetivo:** desarrollar un programa de intervención de enfermería en estomaterapia (PIEE). **Metodología:** estudio multietápico secuencial, apoyado por las orientaciones del Medical Research Council para el desarrollo y evaluación de intervenciones complejas, comprendiendo dos etapas: construcción de la versión experimental del PIEE, teniendo como referenciales teóricos de enfermería, la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE/ICNP®) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE/NIC®), y realización de focus group con enfermeros expertos; desarrollo de un estudio piloto sobre la aplicación del programa. **Resultados:** seis focos de atención en enfermería e intervenciones para el preoperatorio, postoperatorio y seguimiento para personas con ostomía de eliminación (OE), constituyeron la versión de consenso del PIEE. **Conclusión:** la creación del PIEE contribuyó a definir intervenciones de enfermería en estomaterapia, constituyendo una propuesta sistematizada e individualizada de cuidados en dimensiones humanas vulnerables a la presencia de la OE, permitiendo la evaluación de su efecto en la adaptación y calidad de vida.

**Descritores:** estomas quirúrgicos; adaptación psicológica; atención de enfermería; periodo preoperatorio; periodo posoperatorio.

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde, Portugal

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

Autor Correspondente: Clementina Fernandes Sousa Email: clementinasousa@ess.ipvc.pt

## INTRODUÇÃO

O conhecimento disponível demonstra que viver com EE requer mudanças no estilo de vida, nos cuidados diários e ajustes nos papéis sociais, determinando reações emocionais relacionadas com a autoestima, a imagem corporal e a identidade, com impacto na saúde e na QdV das pessoas<sup>1-5</sup>. A natureza da condição neoplásica da maioria das situações origina sentimentos perturbadores nas pessoas, que podem ver-se incapazes de superar as perdas e os medos em relação à evolução da doença e até cuidar de si próprias<sup>6-9</sup>. Do mesmo modo evidencia que a mudança na aparência física e nas funções fisiológicas devidas à formação de EE, exige uma atenção contínua e a necessidade de novas aprendizagens de autocuidado e de gestão da vida<sup>1-3,5</sup>, que constituem focos importantes da atenção clínica de enfermagem<sup>4,6-8,10,11</sup>.

Assim, defende que a intervenção contínua de enfermagem em estomaterapia, desde o período pré-operatório e depois do regresso a casa, potencia a construção de atitudes mais pró-ativas perante a nova circunstância de vida, resultando em envolvimento precoce na gestão do autocuidado, favorecendo a transição para a adaptação psicossocial à ostomia e QdV mais satisfatória<sup>1,2,4,6,7,11</sup>. Por outro lado, também é reforçado que se a intervenção de enfermagem for sistemática e suportada por referenciais consistentes ajuda a orientar e a adequar os cuidados, facilitando também a avaliação dos seus resultados<sup>10,12</sup>.

Como explica Meleis<sup>13</sup>, a intervenção na fase pré-operatória é importante para o início da consciencialização das mudanças, por mais traumáticas que elas sejam. Nesta fase, o enfermeiro ajuda o utente a lidar emocionalmente com as alterações que se avizinham e a preparar-se para a cirurgia, assim como, em decisão conjunta, negociam o melhor local do estoma<sup>4,7,11</sup>. A relação terapêutica é fundamental, tendo em conta que, tanto a pessoa doente como os familiares estão fragilizados com medos e incertezas, carecendo de compreensão das suas vivências e de informação clara e securizante<sup>4,13</sup>.

No período pós-operatório, as intervenções iniciadas devem ser continuadas e ajustadas individualmente, sempre em atenção à dimensão psicoemocional, reforçando a autoconfiança e autorresponsabilização para novas aprendizagens<sup>4,7,14</sup>.

Também depois da alta hospitalar, a intervenção continua a perspetivar-se num cuidado holístico, envolvendo o utente e/ou pessoas significativas nas decisões terapêuticas, com especial atenção ao estado emocional e à gestão dos cuidados ao estoma, incentivando o regresso ao trabalho e do laser<sup>4,14</sup>. Assim, é fundamental que o enfermeiro estomaterapeuta (ET) e outros profissionais de saúde promovam o fortalecimento do empowerment e o conhecimento das possibilidades

disponíveis, para que a pessoa possa decidir sobre os recursos que necessita e comprometer-se ativamente no seu processo de cuidados<sup>13</sup>, tornando-se culturalmente competente na gestão do seu dia-a-dia<sup>2,3,15</sup>.

Apoiando-nos na literatura referenciada que defende formas padronizadas de documentação de cuidados de enfermagem, desde que as pessoas iniciam até finalizarem a sua transição para a adaptação à nova circunstância, emerge este estudo com o objetivo de criar uma intervenção de enfermagem em estomaterapia, focada nos períodos pré, pós-cirúrgico e follow-up, para posteriormente se avaliar a sua eficácia na adaptação à estomia e na QdV.

## METODOLOGIA

Um estudo multietápico foi suportado por uma abordagem flexível guiada pela estrutura do Medical Research Council para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas. Assume-se esta intervenção como complexa por apresentar um conjunto de problemas práticos e executivos relacionados com as características dos contextos, dificuldades organizacionais e logísticas de aplicar métodos experimentais, bem como, a complexidade de cadeias que ligam a intenção aos resultados<sup>16</sup>.

Deste modo, a investigação desenvolveu-se em três etapas: desenvolvimento/conceitualização da intervenção, viabilidade/teste-piloto e ensaio de eficácia. Este artigo apenas reporta as duas primeiras etapas.

A primeira etapa compreendeu a construção do PIEE e foi desenvolvida por duas fases.

Na fase 1, recorreu-se à revisão da literatura científica disponível com o objetivo de conhecer programas de intervenção de enfermagem à pessoa com EE, de modo a permitir não apenas, expandir o conhecimento acerca do material existente, mas também, orientar as decisões futuras.

A pesquisa não se cingiu a qualquer tipo de estudo, pois independentemente do seu desenho, cada estudo pode ceder importantes contributos para o desenvolvimento da investigação. Privilegiaram-se protocolos ou programas concebidos por enfermeiros, informados por linguagem classificada de enfermagem e extensivos ao período pré, pós-operatório e de follow-up. Consideraram-se também, estudos que envolvessem a família e pessoas significativas, como recursos importantes para potenciar a intervenção de enfermagem. Excluíram-se estudos que não incluíssem intervenções de enfermeiros, ou que envolvessem crianças e ou adolescentes, uma vez que estes grupos necessitam de intervenções específicas, dada a sua singularidade. Limitou-se o espaço temporal de revisão, entre 2013-2018.

Foram identificados estudos que apresentavam construções baseadas em diferentes modelos e perspetivas<sup>1-3,5</sup>.

8. 15.17-20<sup>8</sup>, mas nenhum em referenciais de enfermagem. Mesmo assim, constatou-se que todos preconizavam a sua implementação por enfermeiros, exceto um, que foi levado a cabo por equipas de saúde pluridisciplinares<sup>17</sup>.

Outra vertente analisada prendeu-se com o espaço temporal das intervenções, verificando-se que as modalidades mais usuais eram dirigidas ao período de follow-up, excetuando, um protocolo que era orientado para o peri-operatório<sup>1</sup> e outro para o pós-operatório e follow-up<sup>17</sup>. Apenas a aplicação de um programa atravessava as três fases<sup>8</sup>.

A tentativa de explorar experiências de intervenção estruturada de enfermagem, às pessoas com EE, foi necessária e fundamental, por distintas razões: foi possível reconhecer a preocupação na procura das melhores estratégias para acrescentar qualidade às intervenções; constatou-se a disponibilidade de alguns modos de intervenção e os benefícios apontados pelos autores, na qualidade dos cuidados e na facilitação da avaliação da sua eficácia, mas também, a escassez de programas estruturados criados por enfermeiros e suportados por linguagem e referenciais teóricos próprios da disciplina.

A preocupação em uniformizar a linguagem que os enfermeiros usam nos seus contextos profissionais tem sido notável, não apenas a nível internacional, como no espaço nacional, de modo a definir bases de conhecimento que sustentem a decisão em Enfermagem. Em complemento a esta observância, uma linguagem padronizada para documentar a prática tem um potencial de tornar os cuidados mais seguros, mais eficazes e mais visíveis, possibilitando avaliação dos seus resultados e a produção de conhecimento, através da investigação no âmbito da disciplina<sup>10.12.22.24</sup>.

Esta preocupação também é reconhecida pelas associações de ET de todo o mundo<sup>7,11</sup> que, periodicamente reveem os seus guias de boas práticas, baseados na melhor e mais atualizada evidência, num esforço contínuo de melhoria e uniformização de cuidados para os períodos pré, pós-operatório e de follow-up. Sustentam que as terapêuticas de enfermagem devem ser dirigidas a processos corporais, no sentido da capacitação para o autocuidado ao estoma, assim como, a processos psicossociais, como a promoção de estratégias de coping, no sentido de potenciar o autoconceito, interações sociais gratificantes e prossecução do projeto de vida.

Deste modo, a revisão da literatura foi essencial pelos contributos para o desenvolvimento da versão inicial do PIEE. Evidenciou problemas centrais neste grupo de pacientes, para a atenção de enfermagem em estomaterapia, como: dificuldades na aceitação da nova circunstância de vida e das alterações na imagem corporal, com repercussões

na autoestima e sexualidade, na gestão do autocuidado à ostomia e no uso de estratégias para lidar com as mudanças, como o coping e o suporte social. Por outro lado, reforçou a necessidade da definição de protocolos de intervenção abrangentes, sustentados em referenciais de enfermagem, que auxiliem os ET a potenciar os recursos disponíveis para facilitar a resolução de problemas do dia-a-dia e melhorar a adaptação e QdV das pessoas à EE.

Assim, o desenvolvimento do PIEE baseou-se em dimensões de vida afetadas pela Ode, sensíveis à intervenção do ET, que emergiram da revisão da literatura e de um estudo exploratório prévio<sup>9</sup>. Para a padronização da linguagem, tomaram-se como referenciais teóricos, a CIPE<sup>®24</sup> e a NIC<sup>®22</sup>. Na tradução das dimensões de vida afetadas pela EE, adotaram-se seis termos do Eixo Foco dos Diagnósticos da CIPE<sup>®</sup>: Autoconceito, Autocuidado, Interação social, Interação sexual, Esperança e Coping (Quadro 2). Nas intervenções de enfermagem, que a literatura aponta como promotoras da adaptação à EE e QdV, associadas a estes focos, adotaram-se termos dos Eixos das Intervenções de Enfermagem da CIPE<sup>®</sup> e Intervenções e Atividades da NIC<sup>®</sup>. A partir da NIC<sup>®</sup>, elaborou-se uma listagem de intervenções e atividades de enfermagem (Quadro 2) que depois de analisadas foram selecionadas criteriosamente tendo em atenção os Focos da CIPE<sup>®</sup>, a sua pertinência e viabilidade de implementação em contextos de intervenção dos ET.

**Quadro 2 - Focos e Intervenções de Enfermagem**

Focos da Prática de Enfermagem (CIPE <sup>®</sup> )	Intervenções de Enfermagem (NIC <sup>®</sup> )
Autocuidado	Cuidados com ostomias; Melhoria da autocompetência; Facilitação de autorresponsabilidade; Facilitação da aprendizagem; Apoio ao cuidador; Planeamento da dieta
Autoconceito	Fortalecimento da Autoestima; Melhoria da imagem corporal
Coping	Melhoria do enfrentamento; Apoio à tomada de decisão; Ensino: processo de doença; Aconselhamento; Assistência no enfrentamento; Apoio emocional; Melhoria do sistema de apoio
Esperança	Promoção da esperança
Interação Social	Aumento dos sistemas de apoio; Promoção do envolvimento familiar; Cuidados ao longo da vida; Orientação quanto ao sistema de saúde
Interação Sexual	Aconselhamento sexual

Introduziram-se outras intervenções, resultando da interseção entre os contributos da literatura e a experiência profissional. Cruzaram-se verbos de nomeação das atividades de enfermagem da NIC<sup>®</sup> com verbos do Eixo de Ação das Intervenções de Enfermagem da CIPE<sup>®</sup>. Os focos e as intervenções foram organizados em função da sua adequação

ao período pré, pós-operatório em internamento e follow-up.

A fase 2 visou analisar, interpretar e validar o conteúdo, organização, timings e estratégias de implementação e avaliação do PíEE, como também definir aspetos relevantes a integrar na intervenção, recorrendo à técnica de focus group com enfermeiros peritos. Esta dinâmica grupal tem a vantagem de permitir a participação coletiva, aberta e diversificada, onde a discussão crítica, partilha de saberes e de experiências entre os peritos, torna mais ricos os contributos, do que somente a sua participação individual<sup>23</sup>.

### Participantes

Para recrutamento dos participantes no painel de peritos, consideraram-se como critérios: ser enfermeiro, reconhecimento de conhecimento formal e experiência profissional em estomaterapia, há pelo menos cinco anos, e serem potenciais recursos para a implementação do PíEE nas consultas de estomaterapia (CE). Era fundamental que se mostrassem interessados e disponíveis para a reflexão e partilha de saberes teóricos e práticos e para futura colaboração.

Por meio de um processo de amostragem intencional, indicado quando se deseja uma amostra de especialistas<sup>23</sup>, foram convidados pessoalmente ou por via telefónica para constituírem o focus group, sete enfermeiros. Cinco ET responsáveis pela CE em instituições hospitalares, um enfermeiro professor investigador na área da QdV e ET e um enfermeiro responsável pela coordenação da formação e implementação da CIPE®, numa instituição hospitalar.

Depois de contactados e informados acerca da finalidade da sua colaboração e a obtenção da sua aceitação, remeteu-se a cada um deles, por correio eletrónico, a versão inicial do PíEE, de modo a possibilitar a apreciação individual e enriquecer a discussão em grupo focal posterior<sup>23</sup>.

Em reunião, apreciou-se o documento na totalidade e em profundidade. Discutiu-se a adequação dos termos, clarificaram-se conceitos, bem como, a adequabilidade das intervenções de enfermagem às necessidades e características dos utentes e dos contextos clínicos.

O painel de peritos concordou que os focos e as intervenções de enfermagem se adequavam aos problemas saúde/doença das pessoas com OdE, assim como, subscreviam a sua prática de cuidados, efetuando-se ajustes pontuais à versão em análise, como a reformulação de duas intervenções e a integração de mais três.

As alterações sugeridas foram anotadas pela investigadora e introduzidas na íntegra no documento, reencaminhando a versão reformulada por correio eletrónico, ao painel de juizes, para ser reavaliada.

Da reapreciação não sortiram alterações relevantes.

Assim, pela concordância dos peritos, a versão final passou a versão de consenso. O PíEE estruturado em torno de seis focos de atenção clínica de enfermagem, contém noventa intervenções organizadas pelos tipos de Ação: "Observar", "Gerir", "Atender" e "Informar"<sup>24</sup>.

Submeteu-se também à apreciação do focus group, um procedimento com breves orientações, para uniformizar a implementação do PíEE nos contextos clínicos.

A segunda etapa compreendeu o teste de viabilidade do PíEE, sendo aplicado pelos ET de um hospital do Norte de Portugal a um grupo de sete pessoas com EE até seis meses depois da cirurgia. Recorreu-se ao Think Aloud Method<sup>21</sup> para analisar a adequação e exequibilidade da intervenção, através das críticas e opiniões dos participantes (utentes e enfermeiros), permitindo o reajuste do programa, antes da avaliação em larga escala.

Na terceira etapa, o PíEE foi implementado na CE de quatro hospitais, por meio de uma visita do ET pré e outra pós-operatória, no internamento, e cinco consultas de follow-up até ao sexto mês depois da alta hospitalar, cuja avaliação da sua eficácia resultou noutra estudo.

Sublinhe-se que na procura de contextos clínicos e da colaboração dos ET para a implementação do PíEE, já se havia apresentado o projeto de desenvolvimento do estudo às Comissões de Ética das instituições selecionadas, tendo sido autorizado.

### DISCUSSÃO

A nova realidade que as pessoas experimentam depois da formação da OdE, como a alteração do aspeto físico e do controlo de funções de eliminação, constitui um sistema complexo, cujo significado e adaptação, cada pessoa vai descobrindo e construindo dia após dia. A literatura enfatiza a mais-valia do cuidado sistematizado do ET na promoção da autoconfiança e da eficácia na gestão do autocuidado ao estoma, com repercussões positivas na adaptação e na QdV das pessoas com EE<sup>1,2,4-9</sup>.

Seguindo estas evidências construímos o PíEE, suportado na estrutura proposta pelo Medical Research Council<sup>16</sup>. Sob estas orientações, desenvolvemos, testamos a viabilidade e avaliamos a eficácia do programa.

Na primeira fase, na revisão da literatura privilegiamos estudos que abordassem procedimentos ou programas de intervenção de enfermagem em estomaterapia. Desta pesquisa, deparámo-nos com diferentes programas ou protocolos inscritos em várias estruturas teóricas, que não sendo de enfermagem, envolviam a intervenção de ET.

Apesar do reconhecimento da necessidade de sistematização e de continuidade de cuidados<sup>4,7,11</sup>, pudemos perceber a escassez de programas de intervenção estruturada



para pessoas com EE desenvolvidos por enfermeiros, com recurso a classificações unificadoras da sua linguagem<sup>5,10,15,24</sup>.

Esta fase também foi importante, na medida em que permitiu explorar potenciais alterações, necessidades e dificuldades devidas à formação da EE. Por outro lado, evidenciou como a intervenção específica de enfermagem pode facilitar a gestão das mudanças decorrentes da EE e melhorar a adaptação e QdV, reforçando a pertinência da criação do PIEE.

A CIPE® e a NIC® foram as classificações unificadoras da linguagem de enfermagem que basearam o desenvolvimento do PIEE, permitindo documentar áreas relevantes da atenção dos ET e intervenções de enfermagem que resultassem em ganhos visíveis na adaptação à nova condição e em QdV, das pessoas com EE.

Numa primeira fase, o programa construiu-se em torno de seis Focos sensíveis à ação de enfermagem em estomaterapia e de intervenções associadas, que a literatura aponta como facilitadoras da vivência desta transição saúde/doença, de modo mais fluido e integrativo<sup>13</sup>.

Numa segunda fase, a validação do conteúdo do PIEE foi consensualizada pelo julgamento de um painel de sete enfermeiros peritos, utilizando a técnica de focus group. A seleção dos enfermeiros baseou-se no reconhecimento das suas competências e exercício profissional na área da estomaterapia<sup>23</sup> no pressuposto de que o seu envolvimento, desde o início, resultaria em maior motivação para implementar o PIEE nos seus contextos clínicos. Quatro ET desempenharam um papel fundamental na implementação do programa, tornando viável o estudo de avaliação da sua eficácia.

No global, noventa intervenções de enfermagem associadas a seis focos da prática clínica de enfermagem, pretendem dar resposta a necessidades das pessoas com EE, no peri-operatório e depois do regresso a casa.

Na segunda etapa, realizou-se a testagem de viabilidade do programa com um grupo de 10 pessoas com EE até seis meses depois da cirurgia, com recurso ao Think Aloud Method<sup>21</sup>. Desta avaliação, o PIEE revelou-se uma ferramenta útil na sistematização, registo e avaliação dos cuidados.

#### Limitações do estudo

Outros focos e intervenções de enfermagem, relacionados com a pessoa e ou com a família/significativos poderiam ser ponderados, tornando o programa mais abrangente, considerando-se fator limitador do presente estudo. A estrutura do programa também se deve ir atualizando seguindo as versões mais recentes da CIPE® e da NIC®.

### Contribuição para a prática

O desenvolvimento do programa, com resultado deste estudo, constitui uma proposta sistematizada de intervenção de enfermagem em estomaterapia, em dimensões humanas vulneráveis à presença da OdE, percebidas pelas pessoas portadoras e identificadas pelos ET como áreas relevantes da sua prática clínica. Cremos que a sua utilização do programa permite a continuidade de cuidados mais sustentada e avaliar a sua eficácia, assim como, fomentará a reflexão sobre as suas vantagens e o seu aprimoramento.

### CONCLUSÃO

A revisão da literatura permitiu explorar potenciais alterações de vida com a formação da EE que são sensíveis à intervenção dos ET. Por outro lado, também evidencia que a intervenção sistemática de enfermagem em estomaterapia, iniciada no período pré-operatório, continuada no pós-operatório e em follow-up promove a apropriação de estratégias de coping adaptativas, de novos conhecimentos e habilidades na gestão do cuidado ao estoma, favorecendo a adaptação psicossocial à ostomia e a QdV.

No processo de construção do PIEE, tomaram-se áreas de atenção clínica de enfermagem consideradas relevantes para o atendimento da pessoa com EE e um conjunto de intervenções para o pré, pós-operatório e follow-up, tendo como referenciais teóricos, taxonomias de enfermagem, respetivamente a CIPE® e a NIC®, procurando consenso no julgamento de peritos, pela técnica de focus group.

Na continuidade deste estudo, foi testada a eficácia do PIEE na adaptação à EE e QdV, por meio de um estudo quasi-experimental com grupo de controlo, cujos resultados serão futuramente difundidos.

### Contribuição dos autores

Concepção, desenho, discussão dos resultados, redação, revisão crítica e revisão final do artigo: Clementina Fernandes de Sousa; Célia Samarina Brito Santos.

### Agradecimentos

Agradecemos às pessoas com estomia de eliminação e enfermeiros que participaram no estudo e aos hospitais que o autorizaram.

### Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Lim SH, Chan SWC, Lai JH, He HG. A qualitative evaluation of the STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stoma. *J Adv Nurs*. 2018; 75:108-18.
2. Sun V, Ercolano E, McCorkle R, Grant M, Wendel CS, Tallman N. J, et al. Ostomy telehealth for cancer survivors: Design of the Ostomy Self-management Training (OSMT) randomized trial. *Contemporary Clinical Trials*. 2018; (64):167-72.
3. Ercolano E, Grant M, McCorkle R, Tallman NJ, Cobb MD, Wendel C, et al. Applying the Chronic Care Model to Support. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2016; 20(3): 269-74
4. Cesaretti IU R, Leite MG, Fillipin MJ, Santos V LG. Cuidando de pessoas nos períodos pré, trans e pós-operatórios de cirurgias geradoras de ostomias. Em Santos VLG, Cesaretti, IUR, editores. *Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoa com estomia*. 2ª ed. S. Paulo: Atheneu. 2015.
5. Krouse RS, Grant M, McCorkle R, Wendel S, Cobb MD, Tallman, N, et al. A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2016; 25(5): 574-81.
6. Silva CR, Santos CVB, Brito MAC, Cardoso, TMS, Lopes, RJ. Self-care competence of patients with an intestinal stoma in the preoperative phase. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018; IV (18): 39-50.
7. World Council of Enterostomal Therapists. WCET International Ostomy Guideline recommendations. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*. 2014; 34(2): 26-28.
8. Coca C, Fernández de Larrinoa I, Serrano R, García-Llana H. The Impact of Specialty Practice Nursing Care on Health-Related Quality of Life in Persons with Ostomies. *Journal of Wound, Ostomy Continence Nursing*. 2015; 00(00):1-7.
9. Sousa CF, Brito DC, Castelo Branco, MZP. Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. *Revista Enfermagem em Foco*. 2012; 3:12-15.
10. Azevedo C, Mata LRF, Faleiro JC, Ferreira MA, Oliveira SP, Carvalho MC. Classificação de intervenções de enfermagem para planejamento de alta médica a pacientes com estomias intestinais. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(2):531-8.
11. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society. Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians. 2010: 1-44.
12. International Council of Nurses. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® «Guidelines for ICNP® Catalogue Development» (Ordem dos Enfermeiros, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2009.
13. Meleis AI. *Theoretical Nursing. Development & Progress* (5ª ed.); Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
14. Portugal, Direção Geral da Saúde. *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto* (2016). Lisboa, nº 015.
15. Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of Cancer Education*. 2013; 28(1):70-78.
16. Bobrow K., Farmer A, Ciske N, Nwagi N, Namane M, Brennan, TP et al. Using the Medical Research Council framework for development and evaluation of complex interventions in a low resource setting to develop a theory-based treatment support intervention delivered via SMS text message to improve blood pressure control. *BMC Health Services Research*. 2018; (18) 33:1-15.
17. Danielsen AK, Rosenberg J. Health Related Quality of Life May Increase when Patients with a Stoma Attend Patient Education - A Case-Control Study. *PLoS ONE*. 2014; 9(3): e90354.
18. Karabulut HK, Dinc L, Karadag A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23:19-20
19. Zheng MC, Zhang JE, Qin HY, Yu-Jing F, Wu XJ. Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: Views and experiences of patients and enterostomal nurses. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17:184-9.
20. Wang Q-Q, Zhao J, Huo X-R, Wu L, Yang L-F, Li J-Y, Wang J. Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2018; 27(19-20):3592-02.
21. Someren MW, Barnard YF, Sandberg, JAC. *The Think Aloud Method. A practical guide to modelling cognitive processes*. London: Academic Press, London. 1994.
22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5ª ed. Elsevier Editora Lda. Rio de Janeiro. 2010.
23. Sampieri HR, Collado HC, Lucio BP. *Metodologia de Pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre: Penso. 2013.
24. International Council of Nurses. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE/ICNP® versão Beta. (Associação Portuguesa de Enfermeiros, Trad.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2000.

# TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: DESPINDO AS PERCEPÇÕES ACERCA DO ACESSO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Robson Lovison<sup>1</sup>

Tania Maria Ascar<sup>1</sup>

Denise Antunes de Azambuja Zocche<sup>1</sup>

Michelle Kuntz Durand<sup>1</sup>

Rosana Amora Ascar<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8266-8105>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8762-1082>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4754-8439>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3660-6859>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2281-8642>

**Objetivo:** conhecer a percepção de travestis e transexuais residentes em Chapecó, Santa Catarina, acerca do acesso e assistência em saúde. **Metodologia:** pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada com cinco travestis e transgêneros, aplicadas entre novembro/2017 e março/2018. **Resultados:** o estudo revelou que a discriminação a travestis e transexuais ainda ocorre e se revela especialmente no não reconhecimento ao nome social. **Conclusão:** a conduta de acesso e acolhimento não atende aos critérios de acesso e assistência em saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde. A Enfermagem tem papel fundamental na construção de uma nova cultura de acolhimento, em que a discriminação e o preconceito sejam banidos das práticas de acesso e assistência em saúde.

**Descritores:** Travestis; Transexuais; Serviços de saúde; Enfermagem, Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde.

## TRANVESTITES AND TRANSEXUALS: STRIPPING PERCEPTIONS ABOUT ACCESS AND HEALTH CARE

**Objective:** to know the perception of transvestites and transsexuals living in Chapecó, Santa Catarina, about access and health care. **Methodology:** descriptive, exploratory and qualitative research, conducted through a semi-structured interview with five transvestites and transgender, applied between November/2017 and March/2018. **Results:** The study revealed that discrimination against transvestites and transsexuals still occurs and is especially evident in the non-recognition of the social name. **Conclusion:** the approach to access and reception does not meet the criteria of access and health care recommended by the Unified Health System. Nursing plays a fundamental role in the construction of a new reception culture, in which discrimination and prejudice are banned from practices access and health care.

**Descriptors:** Transvestism; Transgender Persons; Health Services; Nursing, Equity in Access to Health Services.

## TRAVESTIS Y TRANSEXUALES: DESPIENDO LAS PERCEPCIONES ACERCA DEL ACCESO Y ASISTENCIA EN SALUD

**Objetivo:** conocer la percepción de los travestis y transexuales que viven en Chapecó, Santa Catarina, sobre el acceso y la atención de salud. **Metodología:** investigación descriptiva, exploratoria y cualitativa, realizada a través de una entrevista semiestruturada con cinco travestis y transexuales, aplicada entre noviembre/2017 y marzo/2018. **Resultados:** El estudio reveló que la discriminación contra los travestis y transexuales todavía ocurre y es especialmente evidente en el no reconocimiento del nombre social. **Conclusión:** el enfoque de acceso y recepción no cumple con los criterios de acceso y atención médica recomendados por el Sistema Único de Salud. La enfermería juega un papel fundamental en la construcción de una nueva cultura de recepción, en la que la discriminación y los prejuicios están prohibidos de las prácticas. Acceso y asistencia sanitaria.

**Descritores:** Travestismo; Personas Transgénero; Servicios de Salud; Enfermería; Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC/CEO.

Autor Correspondente: Robson Lovison - Email: robson0910q@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é direito de todos incluindo Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) e, ainda que se reconheçam os avanços relativos aos direitos, as manifestações de homofobia, transfobia e o preconceito estão presentes na sociedade brasileira, alimentam e agravam o já deficitário sistema de saúde, indo na contramão das políticas de cuidado humanizado preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

Fomentada pela cultura de valores heteronormativos historicamente produzidos, que sustentam o heterossexismo, permanece até hoje nas sociedades e suas instituições, o estímulo à homofobia que se caracteriza pelo “desdém e pela segregação das sexualidades que fogem da heterossexualidade e seus padrões”<sup>2</sup>.

É fundamental quebrar os conceitos de sexo e gênero, o que não implica eliminá-los, mas utilizá-los como prospectos políticos, “que provocam, que interrogam, permanentemente, [...] como uma forma de quebrar seus próprios significados substantivos e prescritivos, de prover um lugar de abertura para uma permanente resignificação”<sup>3</sup>.

A aprovação em 2009 e regulamentação em 2011 da Política Nacional de Saúde Integral da População Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual (PNSI-LGBT), atende aos princípios constitucionais e define que é responsabilidade do SUS a promoção da saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e promovendo o acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde<sup>4</sup>.

Lentamente, a evolução legislativa acontece, porém como, “entre a lei e as práticas cotidianas há um considerável espaço de contradições e violências”<sup>5</sup>, pouco se tem visto de efetivo na área da saúde, onde se mantém o constrangimento e a exclusão. Muitas pesquisas apontam para a estigmatização e discriminação por parte dos serviços de saúde e de seus profissionais que, a partir da identificação da usuária como travesti ou transexual, passam a ofertar um modo de assistência precário<sup>6</sup>.

O resultado dessa conduta é o afastamento das transexuais e travestis do sistema de saúde, especialmente no contexto da prevenção, procurando as redes de atenção somente em situações graves e sem outra alternativa. Atender com respeito implica também em não relacionar de forma discriminatória algumas doenças e infecções sexualmente transmissíveis e ainda problemas com o uso de silicone industrial<sup>7</sup>.

Na área de enfermagem o cuidado é a base de todas as atividades técnicas e este, para ser efetivo, deve ser compreendido e apreendido na relação intrínseca com a cultura, valorizando a individualidade, a subjetividade e a visão de mundo<sup>8</sup>.

## OBJETIVO

Conhecer a percepção das travestis e transexuais de Chapecó, estado de Santa Catarina (SC), acerca do acesso e assistência em saúde.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo exploratório de abordagem qualitativa.

### Participantes da pesquisa

A seleção das participantes foi intencional, com indicação do presidente da UNA-LGBT/ Chapecó, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: ser transexual ou travesti, residir ou ser trabalhadora no município de Chapecó, SC e maior de 18 anos. Das oito convidadas, cinco aceitaram participar da pesquisa.

### Local do estudo

O estudo teve como cenário a cidade de Chapecó, localizada na região Oeste de Santa Catarina, que tem população estimada em 183.530 habitantes<sup>9</sup> e que não apresenta dados oficiais sobre a população de travestis e transexuais.

### Coleta dos dados

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada com questões disparadoras, que serviram como orientadoras para o diálogo e as narrativas desejadas, as quais foram realizadas em local, período e tempo determinado por cada entrevistada, de acordo com sua disponibilidade e do entrevistador.

As falas foram gravadas em dispositivo adequado que, conforme Minayo<sup>10</sup>, está entre os mais fidedignos instrumentos de registros de entrevistas, e posteriormente transcritas primando pelo respeito aos princípios éticos que permeiam a pesquisa com seres humanos.

As entrevistas, aplicadas entre novembro/2017 e março/2018, duraram entre 30 e 120 minutos. Os depoimentos foram identificados pela letra ‘E’ (entrevistada) e números sequências (E1, E2, E3...), preservando assim a identidade das participantes.

### Procedimentos de análise dos dados qualitativos

A categorização das informações coletadas foi realizada por meio da técnica de análise temática, de forma a se levantar os pontos convergentes e divergentes nas falas das participantes e conhecer sua percepção acerca do acesso e assistência em saúde<sup>11</sup>.

### Procedimentos éticos

Seguiu-se as diretrizes éticas dispostas nas Resoluções nº 466/ 2012 e nº 510/ 2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) sob parecer nº 2.291.714 de 22 de setembro de 2017. Os direitos das participantes foram preservados ao longo do estudo, respeitando o anonimato, garantindo a ausência de riscos ou prejuízos de qualquer natureza e esclarecido sobre a possibilidade de desistir a qualquer momento da pesquisa.

### RESULTADOS

Quanto aos dados sócio-demográficos constatou-se que as participantes são adultas jovens com média de idade de 34 anos; quatro se auto definem transexuais e uma travesti, todas são solteiras e tem profissões ou atividades profissionais variadas. Quanto a escolaridade duas tem ensino médio e três são estudantes de graduação.

Os dados foram classificados segundo a afinidade temática. As unidades de sentido foram identificadas e agrupadas proporcionando o desvelamento de três categorias temáticas a saber: A percepção de travestis e transexuais sobre o acesso e acolhimento no sistema público de saúde; o conhecimento sobre seus direitos e o que oferecem as políticas de saúde voltadas aos LGBT; o conhecimento sobre seus direitos e o que oferecem as políticas de saúde voltadas aos LGBT e (Des) atendimento dos profissionais de saúde frente às necessidades de saúde das travestis. O Quadro a seguir apresenta os resultados compilados das entrevistas de acordo com cada categoria temática.

**Quadro 1:** Compilação dos resultados das entrevistas de acordo com a categoria temática

Categoria temática	Resultados	Falas
A percepção de travestis e transexuais sobre o acesso e acolhimento no sistema público de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa plano de saúde privado e o sistema de saúde apenas para o processo transexualizador.</li> <li>• Três entrevistadas procuram o sistema de saúde sempre que têm necessidade.</li> <li>• Uma entrevistada somente procura o sistema de saúde quando sente que não consegue reverter a situação por meio da automedicação.</li> </ul>	<p><i>"Nas situações que preciso, sempre que estou doente" (E1).</i></p> <p><i>"Quando eu preciso de algum atendimento em saúde eu vou na UPA e, as vezes no hospital" (E3).</i></p> <p><i>"Quando eu estou realmente na pior, quando realmente eu vejo que não tenho alternativa de automedicação. Que daí eu vejo que é algo mais complexo, daí sim, mas só em últimos casos eu procuro a unidade de saúde" (E2).</i></p>
O conhecimento sobre seus direitos e o que oferecem as políticas de saúde voltadas aos LGBT.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhece as Leis pela UNA, Universidade e Amigos</li> <li>• Não receberam informações acerca dos seus direitos no SUS</li> </ul>	<p><i>"Eu tomei conhecimento através da minha graduação, a gente tem uma matéria exclusiva sobre políticas públicas, sobre políticas sociais e eu acabei estudando sobre a política nacional de LGBT. (E5)".</i></p> <p><i>"Eu conheci (a política LGBT) através da UNA, [...] eles trouxeram as leis e apresentaram para nós, então foi o primeiro contato [...]" (E1).</i></p>
(Des) atendimento dos profissionais de saúde frente às necessidades de saúde das travestis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não atendimento ao nome social</li> <li>• Profissionais não têm conhecimento sobre as políticas e leis</li> </ul>	<p><i>"A partir do momento que o Estado reconhece o meu nome civil, digo, o meu nome social, então por que o profissional se nega a colocar na triagem o meu nome social? Me chamar pelo nome social? Então esse é o problema das unidades de saúde" [E2].</i></p> <p><i>"Eu sou franca em dizer que teve uma vez que fui no sistema de saúde da cidade, [...], e eu perguntei se ela podia me chamar pelo nome social e aí ela falou que não tinha como colocar no sistema, mas ela disse que não me preocupasse que iria me chamar pelo nome social" (E4).</i></p>

Em linhas gerais, os resultados apontam para a procura de informação e de ter seus direitos atendidos por parte das travestis e transexuais, incluindo o acesso e assistência no sistema de saúde pública. De outra parte, a pesquisa sinaliza que os profissionais que atendem no sistema de



saúde carecem de maior conhecimento acerca das políticas públicas voltadas à população LGBT, elementos discutidos na sequência.

## DISCUSSÃO

O atendimento discriminatório e as condutas constrangedoras estão entre as principais causas das travestis e transexuais se afastarem dos serviços de saúde, se automedicarem e não adotarem cuidados preventivos<sup>12</sup>, o que propicia o aparecimento de agravos a saúde, com consequente busca por unidades de urgência e emergência, muitas vezes consideradas a porta de entrada no sistema<sup>13</sup>. Neste sentido destaca-se a hormonioterapia, utilizada por travestis e transgêneros para o processo de transformação e, na grande maioria, sem prescrição e conhecimento (automedicação), em função, entre outros fatores, da discriminação e da dificuldade de acesso ao sistema de saúde<sup>12</sup>.

Em linhas gerais parece não haver muita resistência da maior parcela das entrevistadas em buscar o SUS quando sentem necessidade, o que difere em parte de outra pesquisa<sup>14</sup> em que travestis e transexuais afirmam que evitam procurar o sistema público de saúde e até são radicais em expressar sua negativa em procurar o SUS, em função do preconceito.

Em relação ao nome social, apesar do acolhimento, a informação de que não é possível incluir o nome social no sistema é incorreta dado que, essa possibilidade existe conforme a Portaria 675/MS/GM /2006<sup>15</sup> e a PNSI-LGBT<sup>16</sup>, que, entre tantas outras considerações, definem o registro do nome social no sistema, independente do processo transexualizador, e coloca como dever do servidor chamar a pessoa pelo nome que for indicado pelo usuário.

O constrangimento nesses casos é efetivo e a falta de preparo do profissional ou mesmo o não interesse e o desrespeito se sobrepõem a ética, à legislação e aos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade e de suas diretrizes de acolhimento e política de humanização<sup>16</sup>.

Negar-se cadastrar o nome social ou insistir em chamar o usuário pelo nome civil, implica em não respeitar a identidade autodeclarada, independente da aparência corporal, pois, o nome social é uma transformação incorpórea, que ultrapassa a questão física. Ainda que uma incita a outra, nome social e aparência corporal não podem ser confundidas ou exigirem-se necessariamente<sup>17</sup>.

Não são raras as manifestações literárias<sup>4,7,18</sup> que demonstram que o sistema de saúde, por meio de seus profissionais, tem reproduzido as discriminações observadas na sociedade. Rompe-se assim com o princípio basilar de todo o sistema de saúde: o acolhimento.

Com relação a identidade de gênero, o que se observa na realidade social e do sistema de saúde é que manifestações

preconceituosas, alimentam o já deficitário sistema de saúde, indo na contramão das políticas de cuidado humanizado preconizadas pelo SUS. Nesse contexto pode-se compreender que o acolhimento somente se efetiva quando há um “compromisso coletivo em cultivar vínculos” de forma responsável e considerando as diferenças, e estímulo a autonomia<sup>4</sup>. Acolher não significa apenas receber bem as pessoas e tratá-las com respeito, mas estabelecer relações, produzir encontros, conhecer a realidade de cada parte, respeitar ritmos, fluxos, tempos e modos de vida de cada sujeito.

Para que haja efetivamente o acolhimento desse segmento da população, uma das primeiras mudanças práticas que devem ser realizadas é com relação ao tratamento dado no atendimento e em todo o processo, iniciando com o reconhecimento do nome social, que tem sido uma das lutas mais importantes para travestis e transexuais, por significar a identificação social e legal do gênero adequado a elas e se apresenta como um dos entraves importantes ao atendimento em saúde<sup>1,7</sup>.

O contexto discriminador tem relação também, e é preciso considerar, com o tabu social acerca do tema sexualidade, arraigado na sociedade e na família e perpassado por valores e significados há várias gerações, influenciando diretamente na conduta dos profissionais e sentido com mais ênfase pelas pessoas que fogem às regras e padrões definidos como normais<sup>19</sup>.

Hoje, a luta de transexuais e LGBT em geral pelo acesso à saúde não significa somente ter atendimento às suas mazelas físicas e psíquicas, mas se encaixar em um gênero adequado a si e aceito pela ainda sociedade discriminadora, pois, a humanidade contextualizada socialmente “só existe em gêneros, e o gênero só é reconhecível, só ganha vida e adquire inteligibilidade, segundo as normas de gênero, em corpos-homens e corpos-mulheres. Ou seja, a reivindicação última dos/das transexuais é o reconhecimento social de sua condição humana”<sup>20</sup>.

Há que se considerar, portanto, questões práticas que envolvem leis, normas, condutas, formação, treinamento e desenvolvimento profissional, mas também, questões filosóficas, culturais e educacionais, para se promover efetivamente uma quebra de paradigmas.

No contexto prático, torna-se imperiosa a necessidade de legislação geral, federal e que efetivamente regulamente e ajude a normalizar o uso do nome social, pois micro legislações e orientações políticas de alguns órgãos não tratam o tema com a amplitude necessária para a disseminação de uma cultura social de aceitação da identidade de gênero e do nome social<sup>15</sup>.

Nesse contexto, destacamos o papel educador da enfermagem que, especialmente na atenção primária à

saúde pode atuar, amparado pelas legislações e políticas do SUS, junto as equipes de saúde, usuários e comunidade em geral. Ao enfermeiro cabe realizar ações junto as pessoas e grupos LGBT, com informações relativas a promoção da saúde, incluindo os direitos que lhe cabem dentro do sistema, de forma humanizada e especializada, garantindo assim uma assistência digna e humanizada, desde a atenção básica de saúde, até a média e alta complexidade, ações fundamentais para uma promoção integral da saúde de forma efetiva e de qualidade<sup>21</sup>.

É dessa forma, que a enfermagem, as equipes multiprofissionais, os usuários e a comunidade, ao fomentar relações, podem promover o respeito, a atenção à integralidade e o acolhimento democrático, mas também com suas condutas indicar os caminhos que as políticas públicas devem trilhar para atender as necessidades e os direitos e ainda definir deveres para os envolvidos.

No campo dos estudos e debates sociológicos e filosóficos é fundamental aprofundar o debate, tanto em termos de políticas e legislações, quanto nos caminhos para se quebrar os paradigmas culturais. As políticas se fundam na ideia da igualdade e na afirmação da identidade o que significa dizer que todas as pessoas são iguais e assim tem direitos iguais. Ocorre que nessa construção conceitual acaba por se perpetuar alguns paradigmas perigosos: criam-se altas expectativas em torno dos marcos legais, como se pudessem resolver as questões relativas a identidade de gênero por si só, quando podem apenas institucionalizar alguns conceitos e definir direitos e deveres a partir de entendimentos teóricos vigentes<sup>22</sup>.

As políticas e leis, para além disso, não tem conseguido organizar ações articuladas com o campo da cultura para disseminar informações, derrubar barreiras e preconceitos perpetuados na sociedade e fomentar transformações efetivas. Definem a sexualidade e a identidade de gênero como dados naturais, biológicos ou genéticos de maneira reduzida e binária (masculino/feminino, heterossexual/homossexual) e, devido à afirmação de identidades ditas coletivas, essencialistas e universalizantes, forçam as pessoas não heterossexuais a se enquadrar nas identidades LGBT, sendo que essas identidades possuem elementos pré-definidos fixos e rígidos, quando na realidade, especialmente de travestis e transexuais não há uma definição identitária. Há sim, um processo de autoconhecimento que pode, em algum momento se afirmar em algum gênero ou não<sup>22</sup>.

E, finalmente, a luta política é concentrada na defesa da homossexualidade ignorando uma necessária problematização da ordem cultural e política hegemônica. Esse formato estimula o desenvolvimento da tolerância, que pode ser considerado um paliativo mas não transformação

cultural. As legislações e políticas podem ser um processo, dentro de um amplo contexto, que podem auxiliar a quebrar paradigmas, a dar um “passo em frente”, mas que não são, por si só, resolutivas<sup>22</sup>.

#### Limitações do estudo

Como limitação pode-se apontar o número reduzido de entrevistadas, o que abre espaço para continuidade da investigação, ampliando a amostragem e foco temático.

#### Contribuição do estudo para a prática

Os resultados do estudo contribuíram para a compreensão da realidade de acesso e acolhimento em saúde de LGBT e, pode servir de base para que os profissionais de saúde, compreendam seu papel na aplicação dos princípios basilares da saúde pública.

### CONCLUSÃO

O acesso à saúde, pelas falas das travestis e transexuais participantes do estudo, ainda está distante do ideal. Tanto no âmbito geral com uma demanda que impede que o número de profissionais e de unidades de saúde, atenda com agilidade e competência, quanto pelos aspectos específicos desse segmento da população que não é tratado com a dignidade que merece, que não tem seus direitos básicos atendidos, não recebe informações sobre os processos e procedimentos em saúde e sobre seus direitos e que também sofre com a discriminação de profissionais e outros usuários, afetando, portanto, a assistência em saúde e o acolhimento, princípios basilares do sistema de saúde.

À enfermagem, cabe um papel relevante de acolhimento nas redes de atenção em saúde, bem como, o dever de atuar na aplicação integral das políticas públicas, na informação às usuárias da saúde e na construção de novas ações que auxiliem na eliminação da discriminação e em prol do direito de todas ao acesso humanizado e integral em saúde, ponderando as singularidades e necessidades individuais.

Para além das ações específicas, voltadas a áreas do sistema público e profissionais é fundamental o trabalho integrado e amplo que atue efetivamente na desmistificação acerca da pluralidade humana, pois, essa deficiência no acolhimento em saúde se revela mais profunda e se concentra no escopo do paradigma cultural, ou seja, o preconceito está de tal forma arraigado na cultura da sociedade que a ética e a humanização que são princípios do atendimento em saúde, não conseguem sobrepor-se a discriminação instalada na conduta de muitos profissionais.

A incoerência entre as Leis e políticas elaboradas e sua efetivação prática, é resultado, principalmente da dificuldade em se quebrar os paradigmas culturais, ou seja, se avançou um pouco na construção legal para garantia dos direitos, mas quase nada na quebra de preconceitos que se sobrepõem



## ARTIGO 27 Revisão Integrativa

# DIRETRIZES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PARA URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES

Thiago Enggle de Araújo Alves<sup>1</sup>

Alcivan Nunes Vieira<sup>2</sup>

Maria Vilani Cavalcante Guedes<sup>3</sup>

Clara Katiene Costa Santos Brilhante<sup>4</sup>

Carmem Josaura Lima de Oliveira<sup>5</sup>

Sarah Glícia Medeiros Dantas<sup>6</sup>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7343-1085>

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

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6766-4376>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1089-571X>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0922-2083>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6755-0934>

**Objetivo:** elaborar diretrizes para o cuidado clínico de enfermagem na assistência pré hospitalar em urgências e emergências cardiovasculares no paciente adulto. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura, validação teórica, de constructo e do instrumento; neste artigo será apresentada a etapa de validação teórica realizada por juizes técnicos e de conteúdo. **Resultados:** obteve-se CCI acima de 0,75 assegurando a pertinência teórica, consistência, clareza, objetividade, vocabulário e aplicabilidade clínica. **Resultados:** obteve-se um diretriz organizada nos tópicos: avaliação das condições segurança da cena e anamnese; exame físico e condutas terapêuticas de enfermagem no APH em urgências e emergências cardiovasculares no paciente adulto. As intervenções estão direcionadas para as situações: primeiro atendimento às urgências e emergências clínicas em ambiente pré-hospitalar ou em transferências inter-hospitalares. **Conclusões:** constitui-se uma estratégia que pode qualificar suas intervenções junto às urgências e emergências cardiovasculares. As diretrizes elaboradas surgem como instrumento capaz de qualificar a assistência de enfermagem no APH.

**Descritores:** Prática clínica baseada em evidências, Medicina de emergência baseada em evidências, Enfermagem baseada em evidências, Doenças cardiovasculares, Cuidados de enfermagem, Enfermagem em emergência.

### GUIDELINES FOR NURSING IN PREHOSPITAL CARE FOR CARDIOVASCULAR EMERGENCIES

**Objective:** to develop guidelines for clinical nursing care in prehospital care in emergencies and cardiovascular emergencies in adult patients. **Methodology:** integrative literature review, theoretical validation, construct and instrument; In this article the theoretical validation stage will be presented by technical judges and content. **Results:** ICC above 0.75 was obtained, ensuring theoretical pertinence, consistency, clarity, objectivity, vocabulary and clinical applicability. An organized guideline was obtained on the following topics: evaluation of the conditions scene safety and anamnesis; physical examination and therapeutic management of nursing in HPS in emergencies and cardiovascular emergencies in the adult patient. The interventions are directed to situations: first emergency care and clinical emergencies in a prehospital environment or in interhospital transfers. **Conclusion:** a strategy is formed that can qualify its interventions in the emergency and cardiovascular emergencies. The elaborated guidelines appear as an instrument capable of qualifying the nursing care in the APH.

**Descriptors:** Evidence based practice, Evidence based emergency medicine, Evidence based nursing, Cardiovascular diseases, Nursing care, Emergency nursing.

### DIRECTRICES DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA PREHOSPITALARIA PARA URGENCIAS / EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES

**Objetivo:** elaborar directrices para el cuidado clínico de enfermería en la asistencia prehospitalaria en urgencias y emergencias cardiovasculares en el paciente adulto. **Metodología:** revisión integrativa de la literatura, validación teórica, de constructo y del instrumento; en este artículo se presentará la etapa de validación teórica realizada por jueces técnicos y de contenido. **Resultados:** se obtuvo CCI por encima de 0,75 asegurando la pertinencia teórica, consistencia, claridad, objetividad, vocabulario y aplicabilidad clínica. Se obtuvo una directriz organizada en los siguientes tópicos: evaluación de las condiciones de seguridad de la escena y anamnesis; examen físico y conductas terapéuticas de enfermería en el APH en urgencias y emergencias cardiovasculares en el paciente adulto. Las intervenciones están dirigidas a las situaciones: primera atención a las urgencias y emergencias clínicas en ambiente prehospitalario o en transferencias interhospitalarias. **Conclusión:** se constituye una estrategia que puede calificar sus intervenciones ante las urgencias y emergencias cardiovasculares. Las directrices elaboradas surgen como instrumento capaz de calificar la asistencia de enfermería en el APH.

**Descriptores:** Práctica clínica basada en la evidencia, Medicina de emergencia basada en la evidencia, Enfermería basada en la evidencia, Enfermedades cardiovasculares, Atención de enfermería, Enfermería de urgencia.

<sup>1</sup>SAMU Metropolitano do Rio Grande do Norte\

<sup>2</sup>Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará

<sup>4</sup>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

<sup>5</sup>Hospital Wilson Rosado

<sup>6</sup>Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Autor Correspondente: Alcivan Nunes Vieira – Email: alcivannunes@uern.br



## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão entre as morbidades mais letais e onerosas para os sistemas de saúde; elas geram intercorrências caracterizadas como urgências ou emergências<sup>1</sup>.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências compõe-se de serviços responsáveis por elaborar respostas rápidas e eficazes. Dentro dela tem-se o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) onde muitas urgências e emergências cardiovasculares são atendidas<sup>2</sup>.

Um dos seus desafios é a qualificação das práticas profissionais a partir das melhores evidências científicas disponíveis. Uma assistência eficiente se organiza com a incorporação de tecnologias oriundas de estudos científicos, como por exemplo, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Consistem em guias e recomendações capazes de otimizar o cuidado ao paciente e tornar a assistência eficaz e resolutive<sup>3</sup>.

Propõe-se um estudo com o objetivo de elaborar diretrizes terapêuticas para o cuidado clínico de enfermagem na assistência pré-hospitalar, em urgências e emergências cardiovasculares no paciente adulto. Justifica-se pela necessidade de assegurar a cientificidade nas ações do enfermeiro, aliada a uma sistematização que possibilite o desenvolvimento de intervenções específicas no conjunto daquelas previstas para o APH.

## METODOLOGIA

Estudo metodológico composto por quatro etapas: revisão integrativa da literatura, validação teórica, validação de constructo e validação do instrumento. Neste artigo será apresentada a validação teórica realizada por Juízes de Conteúdo (JC) e Juízes Técnicos (JT).

Os JC foram 16 docentes universitários que desenvolvem estudos sobre urgência e emergência. Os JT foram 21 enfermeiros atuantes na área de urgência e emergência, tanto em ambiente hospitalar quanto pré-hospitalar.

A validação teórica foi realizada com base nos aspectos de consistência, clareza, objetividade, simplicidade, exequibilidade, relevância, atualização e vocabulário. Cada item do instrumento recebeu uma classificação geral com base nos julgamentos: "adequado", "adequado com alterações" ou "inadequado", e uma nota (0,0 - 10,0). As alterações sugeridas foram incorporadas e os juízes realizaram uma segunda apreciação que resultou na versão final. O projeto foi aprovado pelo CEP da FACENE (protocolo 180/2016 de 07/12/2016).

## RESULTADOS

Os resultados obtidos para o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) que estavam entre 0,40 e 0,75 foram considerados satisfatórios e excelentes quando acima de 0,75. O índice de Kappa foi de 0,791 para os JC e obteve valor 1,0 na avaliação dos JT, demonstrando a adequabilidade do instrumento. A primeira versão das diretrizes possuía 25 itens e obteve um IVC de 0,52. Foram realizadas alterações sugeridas pelos juízes e o IVC como um todo no segundo julgamento foi de 0,92, o que, de acordo com a literatura, indica validade de conteúdo do instrumento.

Obteve-se uma diretriz organizada nos seguintes tópicos: condições segurança da cena e anamnese; exame físico e condutas terapêuticas de enfermagem no APH em urgências e emergências cardiovasculares no adulto.

## DISCUSSÃO

A validação teórica da primeira parte da diretriz foi estruturada na avaliação das condições de segurança da cena e anamnese. A primeira orientação consiste em "Verificar a segurança da cena". Os enfermeiros, juntamente com a equipe, devem avaliar os perigos inerentes à cena, tais como: a existência de chamas, linhas elétricas expostas, a presença de materiais explosivos, fluidos corporais, tráfego de veículos, inundações e pessoas armadas. Na presença deles, o profissional deve acionar serviços auxiliares como o Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Companhia Elétrica ou Defesa Civil<sup>4</sup>.

A segunda orientação é "Realize a anamnese"; esta etapa deve ser realizada concomitante à abordagem primária, sendo direcionada para o histórico cardiovascular. Caso haja relato de dor torácica investiga-se: sensação de queimação, aperto, pontada; se difusa ou localizada; se presente no repouso, se melhora ou piora com a respiração ou posição no leito, ou se está relacionada com esforço físico<sup>7</sup>.

A validação teórica da segunda parte da diretriz foi organizada em torno da realização do exame físico e das condutas terapêuticas de enfermagem no APH em urgências e emergências cardiovasculares no adulto

Seguindo as diretrizes do APH o enfermeiro deve realizar a avaliação primária buscando identificar condições que impliquem em risco de vida através de: 1- avaliação da responsividade e 2- sequência A-B-C-D<sup>7</sup>.

A avaliação da Responsividade consiste em chamar paciente pelo nome tocando seus ombros com firmeza; simultaneamente observa-se a sua expansão torácica. Pode-se identificar: paciente não responsivo e sem movimentos respiratórios; checa-se o pulso central em até 10 segundos. Se não responsivo e com pulso ausente: iniciar a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Se não responsivo, com pulso



presente e sem respiração: abrem-se as vias aéreas através da hiperextensão do pescoço e elevação da mandíbula; usando o dispositivo bolsa-válvula-máscara acoplado a uma fonte de oxigênio, aplica-se uma insuflação de boa qualidade<sup>7</sup>.

Persistindo a Parada Respiratória (PR), realiza-se uma insuflação a cada 5 ou 6 segundos (10-12/min); simultaneamente verifica-se a presença de pulso a cada 2 minutos e na sua ausência inicia-se a RCP<sup>7</sup>.

Quando possível, um dispositivo de via aérea avançada precisa ser instalado, optando-se preferencialmente pela intubação orotraqueal; no caso de intubação dificultada pode-se optar pela máscara laríngea. Após instalação da via aérea avançada, realizam-se 10 insuflações/minuto checando-se o ritmo cardíaco a cada 2 minutos<sup>9</sup>.

A avaliação será novamente realizada com base nas recomendações: se o paciente não for responsivo e apresentar pulso e movimentos respiratórios: garantir a permeabilidade das vias aéreas, manter o suporte ventilatório, verificar pressão arterial, frequência e ritmo cardíaco. Se o paciente for responsivo, prosseguir com a avaliação secundária<sup>10</sup>.

Em caso de PCR caracterizada por paciente sem resposta aos estímulos externos, com respiração agônica (gasping) ou ausente e sem pulso central palpável, a sequência será C-A-B. Assim, o paciente será posicionado em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e rígida, seguindo-se a intervenção por meio de compressões torácicas<sup>10</sup>.

O enfermeiro deve realizar as compressões e solicitar que outro membro da equipe providencie o Desfibrilador Externo Automático (DEA), bolsa contendo kits de vias aéreas e medicamentos<sup>7</sup>.

Os ciclos de RCP devem ser realizados com 30 compressões para 2 ventilações durante 2 minutos. A frequência recomendada para as compressões torácicas é de no mínimo 100 e no máximo 120 por minuto, com uma profundidade de 2 polegadas (05 cm)<sup>7</sup>.

Caso seja observada alguma responsividade ou outro sinal de retorno da circulação espontânea, as compressões podem ser interrompidas e o paciente será reavaliado<sup>11</sup>.

Quando a equipe de SAV chegar ao local, providencia-se o acesso venoso periférico e a monitorização cardíaca do paciente. O primeiro medicamento a ser preparado é a Adrenalina (Epinefrina), juntamente com um flush de 20 ml com soro fisiológico ou água bidestilada. Em seguida, monitorização e a observação do ritmo cardíaco; na presença de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, a conduta inclui a preparação de 300 mg de Amiodarona<sup>7</sup>.

Em caso de PCR presenciada por um profissional de saúde, havendo um DEA ou monitor com desfibrilador manual disponível, deve-se usar o desfibrilador antes de se iniciarem as compressões<sup>12</sup>.

Quando indicada, a desfibrilação será efetivada com choque único utilizando-se potência máxima do aparelho (360 J no monofásico e 200 J no bifásico); em seguida a RCP será reiniciada durante 2 minutos<sup>7</sup>.

Havendo persistência de FV/TVSP mantem-se a RCP precisam até que sejam evidenciados sinais de circulação, ou conforme decisão médica. Após cinco ciclos, o pulso será novamente checado; caso a FV/TVSP se mantenha, realiza-se outro choque<sup>8</sup>.

A terapêutica medicamentosa a ser instituída consiste em Amiodarona (1ª dose - 300 mg) em bolus, seguida de bolus de 20 ml de solução salina a 0,9%; esta administração pode ser repetida 3-5 minutos na dose de 150 mg a partir da 2ª dose. Outra opção é a Lidocaína na dosagem de 1 - 1,5 mg/kg, que pode ser repetida após 5 - 10 minutos (0,5 - 0,75 mg/kg).<sup>7</sup>

Outro choque pode ser aplicado se houver persistência da FV/TVSP, seguido das manobras de RCP. Caso o ritmo evolua para assistolia ou Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), institui-se terapêutica para ritmos não chocáveis. Alguns procedimentos são indicados para qualquer tipo de ritmo cardíaco e consistem em ações inerentes às diretrizes: instalar via aérea avançada e manutenção da RCP, checar ritmo a cada 2 minutos, monitorização cardíaca e instalar acesso venoso<sup>13</sup>.

Se o Ritmo for não chocável (assistolia, AESP) deve-se reiniciar RCP por dois minutos e checar novamente o ritmo. 13 Em caso de assistolia aplica-se também o protocolo de linha reta: verificar cabo ou eletrodo desconectado, aumentar ganho de sinal do monitor e checar o ritmo em outra derivação. Se for confirmada a assistolia, a intervenção será a terapêutica específica para ritmos não chocáveis<sup>7</sup>.

Em seguida o enfermeiro realizará o contato com a Regulação Médica para estabelecer a definição do encaminhamento para uma unidade de saúde, além de registrar os achados e procedimentos.

Caso haja retorno da circulação a diretriz orienta a implementação dos cuidados pós-PCR: estabelecer via aérea definitiva e Ventilação Mecânica com Pressão Positiva (VMPP), instalar acesso venoso central, administrar drogas vasoativas, realizar sondagem vesical de demora e oferecer suporte hemodinâmico<sup>7</sup>.

Em caso de paciente responsivo, avaliam-se as vias aéreas no sentido de identificar como o paciente consegue verbalizar; se responder com dificuldade, procede-se a abertura das vias aéreas pela manobra de hiperextensão da cabeça e elevação da mandíbula<sup>9</sup>.

Em caso de obstrução, identifica-se a causa; sendo por material líquido a conduta será a lateralização da cabeça do paciente ou a aspiração de secreções. Em caso de obstrução por material sólido, o enfermeiro o remove utilizando uma pinça cirúrgica ou ainda os dedos indicador e médio<sup>9</sup>.

No item Respiração avalia-se o padrão ventilatório, simetria torácica e frequência respiratória atentando-se para a ocorrência de bradipneia (risco de PCR) e taquipneia (sinal de choque)?.

Na avaliação cardiovascular o enfermeiro verifica a presença de hemorragias externas de natureza não traumática, avalia os pulsos periféricos ou centrais (frequência, ritmo, amplitude e simetria), o tempo de enchimento capilar, coloração e temperatura da pele<sup>14</sup>.

O exame secundário é realizado dentro da viatura durante o transporte; nesta Diretriz o exame físico está associado diretamente às condutas terapêuticas de enfermagem e uma das suas etapas é a entrevista AMPLA: A - alergias, M - medicamentos, P - passado médico, doenças e cirurgias; L - líquidos e alimentos e A - ambiente do evento?.

No sistema neurológico aplica-se a inspeção, a Escala de Cincinnati e a Escala de Coma de Glasgow (ECG) para a avaliação do nível de consciência. 15 No exame da cabeça e do pescoço, realiza-se a avaliação do pulso carotídeo em busca de sopro, distensão ou palpação. Observa-se a consistência da parede arterial, ritmo, frequência, simetria, intensidade e a presença de frêmito. Ausculta-se a fúrcula esternal para se verificar a existência de sopro e as veias jugulares serão inspecionadas em busca de distensão. 10 Seguindo a avaliação, inspeciona-se a face do paciente verificando alterações de interesse cardiovascular tais como a presença de cianose, fácies renal, mixedematosa ou cushingóide<sup>17</sup>.

Para o sistema respiratório são preconizados no APH a inspeção, palpação e a ausculta. Palpa-se a traqueia do paciente buscando identificar algum desvio, sugerindo a ocorrência de pneumotórax ou hemotórax. 10 Na inspeção torácica observa-se a sua simetria, forma e expansibilidade. Quanto ao padrão respiratório poderão ser identificados: ritmo respiratório normal, dispneia, ortopneia, respiração de Biot, respiração de Cheyne-Stokes, respiração de Kussmaul, uso da musculatura acessória e tiragem intercostal<sup>15</sup>.

Quando presentes, algumas intervenções a serem implementadas serão: elevação do decúbito do paciente (45°- 90°), instalação de cateter nasal (SPO2 90% - 94%) ou Máscara de Venturi a 50% (SPO2 85%- 90%)<sup>7</sup>.

O paciente deve ser monitorado por 2 minutos e caso não ocorra melhora clínica ou a oximetria de pulso permaneça abaixo de 85%, considera-se a instalação de máscara com alta concentração de oxigênio com reservatório ou a VPP não invasiva com Fração Inspirada de Oxigênio (FIO2) em 100%. Após 10 minutos, mediante nova avaliação, se não ocorrer melhora clínica considera-se o uso de máscara laringea ou a IOT?.

A presença, o tipo e a localização de ruídos adventícios (RA) constitui alteração clínica importante na avaliação do

paciente em urgência e emergência. Podem evidenciar a presença de secreções (roncos), broncoespamos (sibilos), congestão alveolar (estertores) e colabamento de alvéolos (crepitações)<sup>18</sup>.

A VMI diminui o retorno venoso e, conseqüentemente, reduz a PA; se o DC está diminuído o paciente pode desenvolver alterações no padrão respiratório como tentativa de compensar a baixa perfusão de oxigênio em alguns órgãos<sup>7</sup>.

Para o sistema cardiovascular as diretrizes preconizam: providenciar acesso venoso periférico; caso não seja possível, o enfermeiro deve avaliar, juntamente com o médico, a necessidade de realizar acesso venoso central ou punção intraóssea. Considerar a necessidade de se instituir 2 acessos (choque circulatório) e dada a necessidade de administrar de drogas incompatíveis farmacologicamente<sup>7</sup>.

Uma vez instituído o acesso venoso, a equipe administra os medicamentos preconizados e monitora os seus efeitos. Compete também ao enfermeiro conhecer o objetivo terapêutico dos fármacos utilizados em situações de urgência e emergência, assim como monitorizar os seus efeitos nos sinais vitais<sup>8</sup>.

Na continuidade da avaliação verifica-se a FC e observam-se alterações como taquicardia, bradicardia. A PA, FC, aspecto dos pulsos e a saturação do oxigênio refletem o estado hemodinâmico<sup>9</sup>.

A hidratação venosa em pacientes com doenças cardiovasculares deve ser rigorosamente monitorada para se evitar a sobrecarga cardiocirculatória, em virtude de uma possível baixa fração de ejeção e diminuição do inotropismo. Esse monitoramento pode ser feito por meio de ausculta cardíaca que, na presença de B3, pode indicar sobrecarga volumétrica e B4 de sobrecarga pressórica. A ausculta respiratória pode refletir sobrecarga hídrica por meio da presença de estertores bolhosos ou crepitantes<sup>7</sup>.

Em caso de sobrecarga cardiocirculatória as diretrizes preconizam que o enfermeiro deve discutir com o médico da equipe sobre a administração de diuréticos e drogas vasoativas para otimizar a atividade cardiovascular.

Dada a fisiopatologia das doenças cardiovasculares, as diretrizes orientam a aferição da PA nos membros superiores e nos inferiores a cada 10 minutos. Alterações na PA sugerem problemas de inotropismo, volemia, função renal, estado hidroeletrólítico, permeabilidade dos vasos sanguíneos, tônus vascular e controle da microcirculação<sup>11</sup>.

As diretrizes do APH preconizam a realização de um ECG com 12 derivações em até dez minutos após o início da assistência, se possível ainda com a ambulância parada. Avaliam-se: o ritmo, a FC, traçado compatível com supradesnivelamento ou infradesnivelamento do segmento ST, bloqueio de ramo esquerdo, bloqueio de ramo direito ou

inversão de onda T<sup>8</sup>.

Em caso de alteração que indique isquemia miocárdica, esta diretriz orienta o consenso com o médico da equipe sobre o protocolo para assistência ao paciente com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Utiliza-se o mnemônico MONAB (Morfina-Oxigênio-Nitrato-AAS-Betabloqueador) e em caso de IAM com supradesnivelamento do segmento ST acrescentam-se ainda clopidogrel, heparina não fracionada e heparina de baixo peso molecular<sup>11</sup>.

Em caso de suspeita IAM de no ventrículo direito, deve ser realizado ainda um ECG com as derivações V3R, V4R, V7 e V8; observa-se a presença de alteração nas derivações DII, DIII, aVF. Se confirmado este tipo de IAM, o enfermeiro entra em consenso com o médico para a instituição da terapêutica específica, retirando do protocolo a morfina e os nitratos<sup>17</sup>.

Na avaliação cardíaca recomenda-se a monitorização visando a identificação de ritmos anormais ou potencialmente fatais. Em caso de extrassístole atrial ou ventricular, institui-se tratamento caso o paciente apresente sintomas de baixo débito. Em relação às taquicardias, se o paciente estiver estável hemodinamicamente, preconiza-se o uso de Amiodarona ou outro antiarrítmico; sendo um paciente instável está indicada a cardioversão elétrica<sup>7</sup>.

Quando detectada uma taquicardia supraventricular, aplica-se primeiramente uma manobra vagal e, em caso de não reversão, considera-se o uso de adenosina. Em caso de bradicardias, se o paciente estiver estável hemodinamicamente, a diretriz orienta o estabelecimento de consenso com o médico sobre o uso de atropina; se estiver instável, a intervenção a ser ponderada será o marcapasso transcutâneo<sup>8</sup>.

Verificam-se os pulsos radial e femoral tentando identificar alguma diferença entre eles; através de ausculta verifica-se ainda se ocorre dissociação entre o pulso precordial e um pulso periférico. Será pesquisada ocorrência de quarta ou terceira bulha, hipofonese ou hiperfonesse de bulhas, sopro sistólico ou diastólico<sup>7</sup>.

No sistema gastrointestinal a diretriz adota a realização de inspeção abdominal em busca de ascite e circulação colateral; ausculta abdominal, em busca de sopros e a palpação verificando a existência de visceromegalias<sup>10</sup>.

Na avaliação do sistema investigam-se mudanças no aspecto e na frequência urinária. Considerando as prioridades assistenciais, o enfermeiro busca entrar em consenso com o médico da equipe sobre a necessidade de instalação de sonda vesical de demora objetivando monitorar o débito urinário. 8

No exame do estado geral do paciente, sinais vitais alterados e achados como palidez, rubor e sudorese apontam para causas potencialmente fatais. Na continuidade da avaliação serão inspecionados e palpados os membros inferiores em busca de edemas e seu aspecto<sup>7</sup>.

Nas urgências e emergências cardiovasculares a avaliação da temperatura corporal reveste-se de importância principalmente na presença de sudorese, pois, trata-se de uma condição clínica muito comum nos estados de choque. As limitações do estudo situam-se na sua abrangência geográfica.

## CONCLUSÃO

A elaboração de diretrizes para a assistência de enfermagem consolida uma prática baseada nas melhores evidências científicas. Constitui-se em uma estratégia que pode qualificar suas intervenções junto às urgências e emergências cardiovasculares, assegurando-lhe cientificidade e eficácia; as DECAPAH surgem como um instrumento capaz de qualificar a assistência de enfermagem no APH.

Compreende-se que um estudo desta natureza tem sua consolidação na validação prática do seus achados, etapa ainda em andamento; entretanto, a validação teórica operacionalizada com a participação de juízes qualificados possibilita a composição de um conjunto de intervenções capazes de agregar cientificidade à prática assistencial.

## Agradecimentos

Registra-se o agradecimento ao Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE pelo suporte teórico e metodológico.

Aos Juízes Técnicos e de Conteúdo que participaram das etapas de validação deste estudo.

## REFERÊNCIAS

- Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques TM, Serpa RG et al. Quality of Life Analysis among Men and Women with Heart Failure. *Rev Bras Cardiol* [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 feb 14]; 27 (2): 97-103. Available from: <http://www.onlineijcs.com/detalhes/15/quality-of-life-analysis-among-men-and-women-with-heart-failure>.
- Estevam LA, Sales CHC, Domingues EAR, Simões IRA, Sanches RS, Lima RS. Leading of nurse in emergency situations in the hospital: vision of nursing technicians. *J Nurs UFPE on line*. 2017; 11(4):1709-15. DOI: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201720.
- Almeida PMV, Dell'Acqua MCO, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016 Jan; 20(2):289-295. Doi: 10.5935/1414-8145.20160039.
- Camargo FCC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Rev bras Enferm* [Internet]. 2018 Jul; 71 (4): 2030-8. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0617.
- Laureano G, Torman V, Crispim S, Dekkers, Camey S. Comparison of the ISU, NCI, MSM, and SPADE Methods for Estimating Usual Intake: A Simulation Study of Nutrients Consumed Daily. *Nutrients Bas* [Internet]. 2016 Mar; 8 (3): 166. Doi: 10.3390/nu8030166.
- Souza ER, Sousa ATO, Costa ICP. Occupational risks in the Mobile Pre-Hospital Care: scientific production in on-line journals. *Rev Bras Ciên Saúde* [Internet]. 2014 Jun; 18 (2): 151-6. Doi: 10.4034/RBCS.2014.18.02.12.
- Aehlert B. *ACLS: suporte avançado de vida em cardiologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- Guimarães DBO, Rodrigues TS, Oliveira SCM, Avelino FVSD. Electrocardiogram gate time in patients with thoracic pain in the emergency. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2018 Apr; 12(4):1027-36. Doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a231123p1027-1036-2018.
- Jones B. *PHTLS. Atendimento Pré-hospitalar Traumatizado*. 8ª edição. Estados Unidos da América, 2016.
- Berglund A, Heikkilä K, Bohm K, Schenck-Gustafsson K, Von Euler M. Factors facilitating or hampering nurses identification of stroke in emergency calls. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015 Nov; 71 (11): 2609-21. Doi: 10.1111/jan.12729. Epub 2015 Jul 17.
- Traebert J, Giacomello L, Santos A, Martins DF, Traebert E, Lacerda JT. The burden of cardiovascular diseases in Santa Catarina State, Brazil, in 2009. *Epidemiol Serv Saude* [Internet] 2017 Apr; 26(2): 1-8. Doi: 10.5123/S1679-49742017000200010.
- Garcia-Jorda D, Walker A, Campahaug J, Bissett W, Spence T, Dori-Ann M. Bedside chest compression skills: Performance and skills retention in in-hospital trained pediatric providers. A simulation study. *Crit Care* [Internet] 2019 (em preparação); 50: 132-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.11.033>.
- Petippas F, Guenezam J, Vendeuve T, Scepti M, Oriot D, Mimoz O. Use of intra-osseous access in adults: a systematic review. *Crit Care* [Internet]. 2016 Apr; 20: 102-6. Doi: 10.1186/s13054-016-1277-6.
- Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2014 Mar; 22(2):218-2. Doi: DOI: 10.1590/0104-1169.3172.2405.
- Santos WC, Vancini-Campanharo CR, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Assessment of nurse's knowledge about Glasgow coma scale at a university hospital. *Einstein* [Internet]. 2016 Apr; 14(2):213-8. Doi: 10.1590/S1679-45082016AO3618.
- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 Sep; 107 (3 Supl. 3): 1-83. Doi: 10.5935/abc.20160151.
- Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 Aug; 105 (2 supl. 1): 1-81. Doi: 10.5935/abc.20150107.

# TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: OLHAR DO PROFISSIONAL

Shirley Ribeiro dos Santos Linhares<sup>1</sup>  
Elisabete Pimenta Araújo Paz<sup>2</sup>

ORCID: <http://lattes.cnpq.br/9510859002114575>  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1692-0253>

**Objetivos:** compreender o cotidiano assistencial dos profissionais de saúde referentes aos cuidados ofertados durante o tratamento da tuberculose. **Método:** Pesquisa fenomenológica, realizada com 52 profissionais de saúde em unidades de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e analisadas a luz da hermenêutica heideggeriana. **Resultados:** A análise revelou que no encontro assistencial reside a possibilidade dos profissionais de saúde ultrapassarem o modo de ser indiferente dos serviços, para oferecerem um cuidado autêntico que reconheça o outro no difícil transcurso da doença para a cura. **Conclusão:** Faz-se necessário conciliar o conhecimento técnico-científico que objetiva o sucesso do tratamento da tuberculose com as dimensões subjetivas dos que apresentam a doença, pois reside no diálogo com o outro a possibilidade de superar as dificuldades comuns de quem cuida e de quem precisa restabelecer a saúde e o ritmo da vida.

**Descritores:** Tuberculose, Pesquisa qualitativa, Estratégia Saúde da Família.

**Objectives:** to understand daily care of health professionals regarding the care offered during the treatment of tuberculosis. **Method:** Phenomenological research, carried out with 52 health professionals at Family Health Units in the city of Rio de Janeiro. Data were obtained through semi-structured interviews and analyzed in light of Heideggerian hermeneutics. **Results:** The analysis revealed that in the care encounter, it is possible for health professionals to go beyond the indifferent way of services, to offer an authentic care that recognizes the other in the difficult course of the illness for the cure. **Conclusion:** It is necessary to reconcile the technical-scientific knowledge that aims at the success of the treatment of tuberculosis with the subjective dimensions of those who present the disease, since it resides in the dialogue with the other the possibility of overcoming the common difficulties of those who care for and who needs to restore health and the pace of life.

**Descriptors:** Tuberculosis, Qualitative research, Family Health Strategy.

**Objetivos:** comprender el cotidiano asistencial de los profesionales de salud referentes a los cuidados ofrecidos durante el tratamiento de la tuberculosis. **Método:** Investigación fenomenológica, realizada con 52 profesionales de salud en unidades de Salud de la Familia del municipio Río de Janeiro. Los datos fueron obtenidos por medio de entrevistas semiestructuradas y analizadas a la luz de la hermenéutica heideggeriana. **Resultados:** El análisis reveló que en el encuentro asistencial reside la posibilidad de los profesionales de salud sobrepasar el modo de ser indiferente de los servicios, para ofrecer un cuidado autêntico que reconozca al otro en el difícil transcurso de la enfermedad para la curación. **Conclusión:** Se hace necesario conciliar el conocimiento técnico científico que objetiva el éxito del tratamiento de la tuberculosis con las dimensiones subjetivas de los que presentan la enfermedad, pues reside en el diálogo con el otro la posibilidad de superar las dificultades comunes de quien cuida y de quien es necesario restablecer la salud y el ritmo de la vida.

**Descriptor:** Tuberculosis, Investigación cualitativa, Estrategia Salud de la Familia;

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

<sup>2</sup> Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Autor Correspondente: Shirley Ribeiro dos Santos Linhares - Email: shirleyrslinhares@gmail.com



## INTRODUÇÃO

A história natural da tuberculose (TB) comprova que os avanços tecnológicos relacionados à terapia medicamentosa e à descoberta de medidas preventivas, ocorridos principalmente no século XX, proporcionaram importantes mudanças no tratamento e representação social da doença<sup>(1)</sup>. Porém, ao contrário dos avanços obtidos, a tuberculose ainda se destaca como uma das doenças que mais mata no mundo, principalmente em países subdesenvolvidos. Sua ocorrência encontra-se diretamente relacionada ao modo como se organizam os processos de produção e organização social, assim como à implementação de políticas de controle da doença<sup>(1-3)</sup>.

Apesar dos avanços conseguidos no combate a esta doença, o Brasil é um dos 48 países priorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o combate à tuberculose. Atualmente o país ocupa a 20ª posição em relação à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV, com um total de 69.569 casos novos da doença notificados em 2017, apresentando uma taxa de incidência de 33,5 casos/100 mil hab<sup>(4,5)</sup>.

Nesse cenário, para avançar no controle da doença, a estratégia utilizada para seu combate não pode ser apenas a descentralização das ações para a Atenção Primária à Saúde (APS). Faz-se necessário a reestruturação da rede assistencial que garanta o diagnóstico precoce e a realização da supervisão do tratamento (impactando na redução das taxas de abandono), aliada ao combate à miséria<sup>(6)</sup>.

No Brasil, para além do aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma política estruturante do sistema de saúde, há a necessidade de qualificação dos serviços de atenção primária à saúde como porta de entrada para o acolhimento e acompanhamento do paciente, pois a não adesão amplia o tempo e o custo de tratamento, interferindo negativamente no desfecho esperado que é a cura da doença<sup>(7-10,14)</sup>.

Reconhece-se que para o efetivo controle da doença é necessário que o doente tenha sido diagnosticado em tempo oportuno e realize o tratamento com esquema terapêutico adequado, em doses corretas e no tempo adequado. As consultas de acompanhamento clínico devem ser mensais, com a adoção da prática de educação em saúde e da estratégia de tratamento supervisionado (DOTS), para isso, é fundamental que profissionais e políticas de saúde transcendam o caráter fragmentado e reducionista das ações<sup>(11-13)</sup>.

Assim, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam o processo de adoecer por TB como um fenômeno multidimensional e se disponham a prestar uma assistência individualizada, não se restringindo apenas aos aspectos clínicos e entendendo o doente de tuberculose

como um ser único e com peculiaridades físicas, psíquicas e sociais, uma vez que cada indivíduo vivencia de modo particular o momento do adoecer e tratar<sup>(7-10)</sup>.

Considerando a situação epidemiológica da TB e a importância dos serviços de saúde no seu controle, visando o alcance das metas estabelecidas pela OMS que impactam na coletividade, este estudo tem como objetivo compreender o cotidiano assistencial e as experiências dos profissionais de saúde referentes aos cuidados ofertados durante o tratamento da tuberculose.

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica com analítica sustentada no referencial de Martin Heidegger<sup>(15-16)</sup>. A opção por este referencial emergiu da necessidade de conhecer qual o significado que o profissional de saúde é capaz de dar às experiências que vive durante o atendimento ao portador de tuberculose no cotidiano assistencial pois estes significados influenciam seu modo de prestar assistência<sup>(15-17)</sup>.

O cenário de estudo foram cinco unidades de Atenção Primária, situadas na área da Leopoldina Norte, no município do Rio de Janeiro. Os participantes foram 25 médicos e 27 enfermeiros. O critério de inclusão foi possuir experiência mínima de um ano no atendimento ao portador de tuberculose. Foram excluídos aqueles que se encontravam afastados do trabalho por motivo de férias, licença ou outra razão laboral no período da obtenção dos dados.

A coleta de dados ocorreu com a realização de entrevistas no período de dezembro de 2014 a março de 2015, exclusivamente nas dependências das unidades de saúde, em dias e horários agendados para não prejudicar as rotinas de atendimento. Utilizou-se roteiro semiestruturado de questões que abordaram a experiência do atendimento ao portador de tuberculose. As entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador MP3 após o consentimento dos entrevistados e imediatamente transcritas. Para garantir o anonimato dos participantes, entrevistas foram codificadas pela letra P de profissionais, seguidas pelo número de ordem de realização das mesmas. A coleta dos dados foi interrompida após todos serem entrevistados.

A análise das entrevistas fundamentadas no pensar de Martin Heidegger se deu em dois momentos. Iniciou-se com leituras atentas dos depoimentos em busca dos significados expressos pelos profissionais. A redução fenomenológica permitiu a distinção das estruturas essenciais em detrimento das ocasionais, privilegiando as primeiras, uma vez que responderam ao objetivo da investigação. Essas estruturas essenciais constituíram unidades de significação que trouxeram a compreensão ôntica do fenômeno, ou seja, a compreensão imediata daquilo que foi interrogado, o senso

comum<sup>(17)</sup>.

No segundo momento metódico, a hermenêutica, buscou-se a essência contida nos depoimentos por meio de novas leituras baseadas no pensamento filosófico de Heidegger para desvelar o fenômeno, que não se mostra diretamente no fato, mas nele está velado, apontando a necessidade de desconstrução do factual para fazer emergir as estruturas essenciais do discurso<sup>(17)</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery-Universidade Federal do Rio de Janeiro e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro recebendo parecer favorável.

## RESULTADOS

Os discursos revelaram as experiências dos profissionais ao realizarem atendimento aos pacientes portadores de tuberculose nas unidades de APS, o que deu origem a três unidades de significados apresentadas a seguir.

### I. A influência do discurso normativo em um cotidiano impessoal

Esta unidade mostra que os profissionais de saúde enfatizam as ações assistenciais preconizadas pelo Programa de Controle da Tuberculose. Valorizam as orientações técnicas sobre o tratamento, pois estão preocupados em evitar a disseminação da doença na comunidade.

Falo sempre que se tomar o remédio direito, não deixar de tomar a medicação, se alimentar e tratar adequadamente [...] que eles não ficar curados. É uma doença que tem cura e que mata muito menos atualmente se seguir o tratamento corretamente (P1)

*A gente orienta toda a questão da transmissão, a importância de seguir o tratamento correto até o final, o risco que todo familiar e que toda pessoa que tem contato com ele hoje se expõe se por acaso ele não conseguir finalizar este tratamento de forma correta (P31)*

Os profissionais sabem que o tratamento não é simples de ser seguido, principalmente devido ao tempo prolongado e aos efeitos adversos da medicação, mas acreditam que mediante informações sobre a tuberculose, seu tratamento e efeitos colaterais, conseguirão manter a pessoa vinculada ao serviço, estabelecendo um bom caminho para a adesão ao tratamento.

Alguns não têm aquele comprometimento de estar todo dia fazendo uso da medicação. A maioria das vezes a dificuldade é quando o paciente não entende, tanto pelo

médico quanto pelo enfermeiro, a gravidade, entendeu? (P4)

*Desde o início eu oriento o paciente sobre o que é tuberculose, como se pega e sobre o tratamento. Falo sobre os efeitos colaterais dos remédios, da urina que fica vermelha e digo que é normal, para ele não parar de tomar o remédio que é assim mesmo (P27).*

*A gente orienta esse paciente que ele tem que fazer o DOTS, que ele tem que tomar corretamente a medicação, observar os efeitos colaterais dessa medicação, orientar sobre a cura da tuberculose, que se ele aderir ao tratamento diariamente ele vai ficar curado daquela doença (P11).*

É importante para os profissionais que além de conhecer a doença, os doentes reconheçam que a adesão medicamentosa é essencial para vencê-la. Porém sabem que o portador possui dinâmicas próprias de vida que interferem no seguimento ambulatorial desejado.

### II. Caminhando para o reencontro do cuidado para com o outro

Apesar da preocupação com a interrupção da cadeia de transmissão, mais do que tratar a tuberculose, os profissionais sabem que conhecer o usuário em suas particularidades devido ao estigma da doença é uma questão importante no projeto terapêutico.

*Este tipo de cuidado tem muita importância, pois são usuários que transmitem a doença para a comunidade. Por isso é importante que realizamos a busca ativa e o tratamento sem perder este usuário pelo caminho, por causa do preconceito (P43)*

*Para a clínica da família é primordial que o atendimento seja bem realizado, pois é uma doença que tem muito tabu, as pessoas ignoram que têm e se têm não querem dizer. Então quando a gente consegue identificar, estamos evitando a disseminação da doença e diminuindo incidência. Para mim é muito gratificante detectar e cuidar, tirar o estigma da doença (P45)*

Os profissionais demonstraram preocupação com as condições sociais e emocionais dos portadores de tuberculose e valorizaram o vínculo requerido nas práticas de saúde para o sucesso do tratamento. Reconhecem que com a manutenção do vínculo poderão estabelecer laços de confiança e cooperação com o usuário de modo a levá-lo a compreender a importância de seu tratamento e seu papel na quebra da cadeia de transmissão.

*Os que eu estava acompanhando eu tinha um vínculo, chegavam até mim, falavam abertamente dos problemas, sobre as drogas [...], porque que não tomou medicação naquele dia, porque que estava há tantos dias sem tomar, os problemas com a família e [...]isso ajudava bastante ter uma relação mais aberta com a gente (P3)*

*[...]como todo mundo precisa de uma atenção, eles também precisam de uma atenção. Acho que até maior porque geralmente são pessoas mais vulneráveis, que precisam de sentir acolhidas, não é só chegar aqui e pegar o remédio e vai e tomar o remédio em casa (P6)*

Mais do que tratar a tuberculose, os profissionais sabem que precisam considerar os significados sociais advindos do adoecer, pois ela afeta não apenas o vigor físico, mas também o emocional e a dinâmica familiar dos que estão diagnosticados como portadores de TB.

### III. Preocupando-se com as dificuldades no cotidiano assistencial

Esta categoria apresenta as dificuldades vivenciadas pelos profissionais para manterem o usuário em tratamento até a cura. Existe a possibilidade de que com toda orientação fornecida, a pessoa não queira continuar tomando a medicação seja pela melhora dos sintomas logo, ou pelos efeitos adversos que afetam o organismo já debilitado. Mesmo conhecendo todo o desconforto causado pelo medicamento, continuar incentivando ou apoiando os usuários na tomada da medicação é parte de seu ofício assistencial.

*Na minha opinião é um dos pacientes mais difíceis de você conseguir manter ele certinho até o final[...] é um paciente que já está numa situação de maior vulnerabilidade, pode estar associado ao álcool, ou de uso de drogas, ou que mora numa casa com muita gente e aí as vezes não é bem-vindo naquela casa por estar com tuberculose. (P22)*

*As dificuldades são inúmeras. É a violência desse lugar, que não deixa a gente se programar para fazer uma VD, nós nunca sabemos quando vai dar tiro. É o usuário que não entende que o tratamento dura seis meses e que ele não pode parar de tomar o remédio só porque melhorou, é a dificuldade de conseguir um CPF para fazer o cadastro do usuário na unidade (P48)*

Muitas vezes com as comunidades subjugadas a uma dinâmica de violência pela guerra do tráfico, com tiroteios a qualquer hora, não se pode garantir que a realização do TDO. Estas parecem ser dificuldades incontornáveis, acima da

capacidade de resposta dos profissionais e que não favorecem o sucesso que esperam obter ao prestarem assistência a pessoas com tuberculose.

### DISCUSSÃO:

O sofrimento é que desencadeia a busca de assistência e, para o doente, é algo palpável, que pode incapacitá-lo e que oscila conforme a autoculpabilização e, sobretudo, da estigmatização social. Os profissionais de saúde sabem o quanto a família e os amigos são essenciais na vida dos pacientes, já que são os recursos disponíveis da rede de apoio social que podem lhes oferecer auxílio e amparo<sup>(14,18,19)</sup>.

O homem, ser-aí em seu cotidiano relaciona-se com outros seres de um modo predominante, o qual ele chama de impessoal. Sob o domínio do impessoal os profissionais lançam mão de todos os recursos de comunicação para que o doente entenda, absorva e cumpra o programa de tratamento, ajudando-o a superar o inesperado do adoecimento. Ao seguir esta dinâmica, o profissional de saúde pode apresentar um comportamento inautêntico, desviando-se de sua incumbência essencial, ou seja, ser um ser do cuidado<sup>(17,20)</sup>.

Na cotidianidade ôntica, habitual, dos serviços de saúde os profissionais tornam-se menos atento aos temores, às preocupações e às necessidades dos pacientes. Assumem a responsabilidade de cuidar cumprindo protocolos terapêuticos, pois tecnicamente este é o único caminho que podem oferecer. Outros estudos também comprovam esses achados, uma vez que os profissionais valorizam primariamente as orientações técnicas necessárias para que o paciente prossiga tomando seus medicamentos<sup>(9,10,20)</sup>.

A não resolutividade dos profissionais frente às necessidades do doente pode resultar em não adesão ao tratamento. Devido à importância da adesão terapêutica para o sucesso do tratamento e para o controle da doença, diversos estudos sobre o abandono do tratamento da TB têm sido realizados no Brasil. Dentre as causas mais frequentes, foram identificadas: informações deficitárias sobre a doença, organização do serviço de saúde e intolerância medicamentosa<sup>(9,21,22)</sup>.

Mesmo na limitação ôntica que faz com que os profissionais se relacionem sob o domínio do impessoal, na primazia da tradição medicalizante é possível o estabelecimento de vínculo decorrente da supervisão terapêutica, entre os profissionais e usuários. Investigações anteriores apontaram o vínculo desenvolvido durante o tratamento como um fator importante para garantia e continuidade do tratamento, pois se manifesta em atitudes baseadas no cuidado, na atenção particularizada, na escuta e confiança, fazendo-os se sentir seguros e participativos no cuidado a sua saúde<sup>(7,9,14,22)</sup>.

A preocupação com o restabelecimento da saúde tanto

por parte dos profissionais como por parte dos usuários com tuberculose coloca o ser diante da possibilidade própria de querer ver-se novamente em toda sua integralidade. Nesse sentido, o doente passa a reconhecer o valor e a dimensão do tratamento, aceitando o profissional de saúde como um aliado na busca da cura. A prática assistencial pautada na subjetividade revela o cuidado autêntico, que dá acesso ao mais íntimo desejo de cada indivíduo na retomada de sua saúde<sup>(20,21)</sup>.

O cuidado centrado no usuário é uma possibilidade na ESF, desde que as práticas de saúde sejam voltadas, e, orientadas às suas necessidades de forma integral. Neste modelo de atenção, o estar-com-os-outros é favorecido pela proximidade com que a equipe permanece presente no cotidiano de vida das pessoas, promovendo um cuidado libertador<sup>(14,17,19)</sup>.

Neste estudo, verificou-se que os profissionais podem manifestar dois modos de ser no cotidiano assistencial: um voltado para a ocupação, onde se deixa guiar pela desatenção às percepções e comportamentos dos pacientes em relação à doença e a cura. O outro voltado para a preocupação, no qual o profissional se importa e compreende a necessidade de se levar em consideração na dinâmica assistencial, o pensar, o sentir e o agir do doente, para além das questões biológicas, sendo então um ser-com-os-outros, abrindo possibilidades de um cuidado que restabeleça a confiança em si e na equipe de saúde<sup>(16,17)</sup>.

Orientado por tal abertura, o cuidado ofertado se fortalece durante o tratamento, compartilhando com o doente as decisões sobre a sua saúde. Esta relação formada com o profissional permite a instauração de um modo de assistir que possibilita a realização mais própria da humanidade do homem, que dialoga e não domina, abrindo-se a possibilidade de transcender o cuidado fundado nos aspectos normativos, que é a tradição tecnicista da saúde<sup>(9,23)</sup>.

A produção de cuidados de saúde e de enfermagem deve buscar conhecer as concepções dos indivíduos sobre o seu processo de saúde-doença, o que se constitui eixo importante, quando se objetiva o êxito do processo terapêutico e o alcance de melhores níveis de qualidade de vida para os usuários dos serviços de saúde<sup>(24)</sup>.

O estudo apresentou algumas limitações no que se refere à realidade do município do Rio de Janeiro, pois foram pesquisados dois bairros de uma mesma área de planejamento, o que dificulta a generalização dos achados para outros contextos sociais.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o processo de adoecimento do paciente com tuberculose está relacionado a múltiplos fatores, e não apenas aos efeitos que a doença causa no corpo. Os resultados mostraram que em alguns momentos os pacientes estão sujeitos a impessoalidade dos profissionais, que se equivocam ao presumir que o conhecimento técnico é garantia da cura.

O "estar doente" depende da percepção do paciente em relação à sua condição. Sendo assim, para a garantia da cura é importante que o profissional tenha sensibilidade para ouvir o paciente, conhecer sua realidade e assim, estabelecer um cuidado pautado na compreensão do outro, ajudando-o em suas dificuldades e pactuando ações que permitam decisões factíveis de serem cumpridas no dia-a-dia. O cuidado autêntico não é tarefa simples e requer dos envolvidos no processo um olhar atento, às necessidades e possibilidades que cada doente pode assumir. Desta forma será possível a construção de um projeto terapêutico balizado pela integralidade e solidariedade assistencial.

Conclui-se que no cuidado voltado à pessoas em tratamento de tuberculose a primazia do tratamento medicamentoso não deve se sobrepor a individualidade da pessoa acometida pela tuberculose, ainda que nos encontros do seguimento ambulatorial, as complexas rotinas das unidades de saúde os profissionais de saúde não permitam que todos sejam atendidos em suas singularidades.

Os profissionais de saúde e dentre eles os enfermeiros que assistem a pessoas com tuberculose, não devem ser culpabilizados por uma dinâmica assistencial que privilegia a norma técnica, pois estão empenhados em restabelecer a saúde dos doentes. Esta é a tradição dos serviços de saúde, cuidar de modo impessoal. Cabe a nós profissionais de saúde superar a natureza impessoal do cotidiano e prover o cuidado que liberta o outro para seu ser mais próprio, o cuidado autêntico.



## REFERÊNCIAS

- Nagavci BL et al. Inequalities in tuberculosis mortality: long-term trends in 11 European countries. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. vol. 20, n. 5, p. 574-581, 2016.
- Acosta Lisiane Morelia Weide, Bassanesi Sérgio Luiz. The Porto Alegre paradox: social determinants and tuberculosis incidence. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2014 [cited 2019 June 10]; 17(Suppl 2): 88-101. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000600088&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000600088&lng=en).
- Freitas Wiviane Maria Torres de Matos, Santos Cricia Cristina dos, Silva Monique Mesquita, Rocha Gabriela Amim da. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Jun 10]; 7(2): 45-50. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232016000200045&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000200045&lng=pt).
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. v.9, n.11, mar, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>. Acesso em 14 Jun 2018>.
- World Health Organization. Global tuberculosis report 2018 [Internet]. Geneva, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf>. Acessado em 12 Jan 2019.
- Wysocki Anneliese Domingues, Ponce Maria Amélia Zanon, Brunello Maria Eugênia Firmino, Beraldo Aline Ale, Vendramini Sílvia Helena Figueiredo, Scatena Lúcia Marina et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 June 10]; 20(1): 161-175. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000100161&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000100161&lng=en).
- Orfão NH, Andrade RLP, Beraldo AA, Brunello MEF, Scatena LM, Villa TCS. Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do Estado de São Paulo. *Cienc Cuid Saude*. [Internet]. 2015 [citado 2016 Jun 06]; Out/Dez; 14(4):1453-1461. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25093>.
- Tadesse, Takele, Demissie Meaza, Berhane Yemane, Kebede Yigzaw, Abebe Markos. Long distance travelling and financial burdens discourage tuberculosis DOTs treatment initiation and compliance in Ethiopia: a qualitative study. *BMC PublicHealth* [Internet]. 2013 [citado em 04 Jun 2016]. Disponível em: <http://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-424>.
- Oliveira LCS, Nogueira JA, Sá LD, Palha PF. A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose. *Rev. Electr. Enf.* [Internet]. 2015 jan./mar.;17(1):12-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.24523>. Acesso em 05 ago 2015.
- Herrero MB, Ramos S, Arrossi S. Determinants of nonadherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Abr/Jun; 18(2): 287-298.
- Silva CCAV, Andrade MS, Cardoso MD. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet]. 2013 [citado 2017 Feb 27]; 22(1):77-85. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a08.pdf>.
- Silva PF, Moura GS, Caldas AJM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 Jan 15]; 30(8):1745-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000801745&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000801745&script=sci_arttext).
- Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FOS. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Med (São Paulo)* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 11]; 93(2):83-9. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistado/article/view/97330>.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512p.
- Polít DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. 6. ed. São Paulo: Artmed; 2011.
- Oliveira MFV, Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para enfermagem. *Rev Bras Enferm*, [Internet]. 2011 [citado em 05 Jan 2017]; 64(2):376-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a25v64n2.pdf>.
- Heidegger M. Ser e tempo. 5ª ed. trad. rev. Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 2011.
- Touso MM, Popolin MP, Crispim JA, Freitas IM de, Rodrigues LBB, Yamamura M et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Nov [citado em Jun 2018]; 19(11): 4577-4586. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104577&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104577&lng=en).
- Oliveira CBB de, Lima MCRA D'Auria de, Faria MF, Ravanholi GM, Lopes LM, Souza KM de et al. Experiências de adoecimento por condições crônicas transmissíveis: revisão integrativa da literatura. *Saúde soc.* [Internet]. 2017 June [citado em Jun 2018]; 26(2): 510-520. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000200510&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200510&lng=en).
- Santos MNA, Sá AM M. Viver com tuberculose em prisões: o desafio de curar-se. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 Dec [citado em Jun 2018]; 23(4): 854-861. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000400854&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400854&lng=en).
- Chirinos N C, Meirelles BHS, Bousfield ABS. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 [citado em Jun 2018]; 36(spe): 207-214. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500207&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500207&lng=en).
- Silva AKVI, Junior DNS, Silva YR, Nascimento EGC. Fatores associados ao tratamento da tuberculose na perspectiva do usuário, família e assistência. *Com. Ciências Saúde*. 2014; 25(3/4):275-290. Disponível em: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/2014\\_fatores\\_associados\\_tratamento.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2014_fatores_associados_tratamento.pdf). Acesso em 14 nov 2016.
- Souza KMJS, Lenilde DS, Filomena EPAi, Rodrigo PFQ, Catiucia AS, Pedro FP. Discursos sobre a tuberculose: estigmas e consequências para o sujeito adoecido. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 jul/ago; 23(4):475-80. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n4/v23n4a07.pdf>.
- Farias SNP, Medeiros CRS, Paz EPA, Lobo AJS, Ghelman LG. Integralidade no cuidado: estudo da qualidade de vida dos usuários com tuberculose. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013 [citado em Jan 2019]; 17(4):749-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0749.pdf>.



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE A DIMENSÃO ESPIRITUAL NO PERÍODO GESTACIONAL

Vanessa da Silva Tarouco<sup>1</sup>

Diéssica Roggia Piexak<sup>1</sup>

Cintia de Souza Santana<sup>1</sup>

Aline Cristina Calçada de Oliveira<sup>1</sup>

Lisiane Amaral de Pinho<sup>1</sup>

Karoline do Pinho Martins<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0454-6732>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3374-7843>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4404-4649>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4896-2316>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2127-6853>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9818-7082>

Revisão integrativa que objetivou identificar como os enfermeiros estão atuando frente a dimensão espiritual durante o período gestacional; verificar quais são os principais cuidados desenvolvidos por esses enfermeiros e, em que ambientes se percebe esse cuidado espiritual. Para busca utilizou-se a base de dados Medline. Foram encontradas 39 publicações que, após a filtragem segundo critérios de inclusão/exclusão resultaram em 21 artigos selecionados. Obtiveram-se três temas: Cuidados de enfermagem espirituais como estratégias para o fortalecimento da espiritualidade/religiosidade durante a gestação, no parto, e em casos de dificuldades; Espiritualidade/religiosidade para o enfrentamento de sentimentos gerados na gravidez e no parto; E, garantir e incentivar o preparo adequado dos enfermeiros no manejo dos cuidados espirituais das gestantes e no fim da vida do neonato. A dimensão espiritual atuou como fator de bem-estar, conforto, confiança e apoio, além de suporte emocional durante a gestação e no momento do parto.

**DESCRIPTORIOS:** Gestação, Espiritualidade, Enfermagem

### NURSING CARE FOR SPIRITUAL DIMENSION IN THE GESTATIONAL PERIOD

Integrative review that aimed to identify how nurses are acting in the spiritual dimension during the gestational period; to verify what are the main cares developed by these nurses and, in which environments this spiritual care is perceived. To search we used the Medline database. We found 39 publications that, after filtering according to inclusion / exclusion criteria, resulted in 21 selected articles. Three themes were obtained: Spiritual nursing care as strategies for strengthening spirituality / religiosity during pregnancy, childbirth, and in cases of difficulties; Spirituality / religiosity to cope with feelings generated during pregnancy and childbirth; And, ensure and encourage the proper preparation of nurses in the management of spiritual care of pregnant women and the end of life of the newborn. The spiritual dimension acted as a factor of well-being, comfort, confidence and support, as well as emotional support during pregnancy and delivery.

**DESCRIPTORS:** Pregnancy, Spirituality, Nursing

### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN EL PERÍODO GESTACIONAL:

Revisión integradora que tuvo como objetivo identificar cómo las enfermeras están actuando en la dimensión espiritual durante el período de gestación; verificar cuáles son los principales cuidados desarrollados por estas enfermeras y en qué entornos se percibe este cuidado espiritual. Para buscar utilizamos la base de datos Medline. Encontramos 39 publicaciones que, después de filtrar según los criterios de inclusión / exclusión, dieron como resultado 21 artículos seleccionados. Se obtuvieron tres temas: cuidado espiritual de enfermería como estrategias para fortalecer la espiritualidad / religiosidad durante el embarazo, el parto y en casos de dificultades; Espiritualidad / religiosidad para hacer frente a los sentimientos generados durante el embarazo y el parto; Y, asegurar y alentar la preparación adecuada de las enfermeras en el manejo del cuidado espiritual de las mujeres embarazadas y el final de la vida del recién nacido. La dimensión espiritual actuó como un factor de bienestar, comodidad, confianza y apoyo, así como el apoyo emocional durante el embarazo y el parto.

**DESCRIPTORIOS:** Embarazo, Espiritualidad, Enfermería

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande (FURG), RS.

Autor Correspondente: Vanessa da Silva Tarouco Email: [vanessa.tarouco\\_94@hotmail.com](mailto:vanessa.tarouco_94@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A gestação é considerada um fenômeno de relevância na vida da mulher, que envolve modificações e cuidados em diversos aspectos, como fisiológicos, emocionais, sociais e culturais<sup>(14)</sup>. É importante destacar que a dimensão espiritual e religiosa também sofre alterações complexas durante este processo<sup>(16)</sup>. Por esse motivo é imprescindível que a gestante tenha um acompanhamento de pré-natal que atenda suas necessidades, conduzindo sua gestação de forma tranquila e garantindo todos os benefícios para a saúde da mãe e do bebê<sup>(10)</sup>.

O pré-natal é definido como o acompanhamento do desenvolvimento da gestação, onde são abordadas atividades educativas e preventivas, garantindo o parto saudável do recém-nascido, sem impacto para a saúde da mulher<sup>(3)</sup>. O enfermeiro é um dos profissionais que está grande parte do tempo ao lado da gestante, auxiliando no desenvolvimento dos cuidados, assim, ele necessita desenvolver um olhar integral, a fim de proporcionar auxílio inclusive no campo espiritual<sup>(18)</sup>.

O início de uma nova vida é marcado pela dupla mãe e bebê. O vínculo formado desde o momento da fecundação, proporciona o alicerce necessário para que este bebê se desenvolva e dessa forma, mantém a tradição do nascimento de um novo ciclo de vida. O encontro com a espiritualidade é potencializado durante a relação/interação do binômio (mãe e filho), e pode-se evidenciar este aspecto principalmente quando um novo ser humano está sendo gerado, no momento da gestação<sup>(6)</sup>.

Com a finalidade de compreender a espiritualidade no contexto da gestação é preciso distinguir os conceitos de espiritualidade e religiosidade. A espiritualidade pode ser definida como uma busca por respostas de questões relacionadas ao significado vida, que pode ou não estar ligada a crenças ou práticas religiosas<sup>(5)</sup>. Já a religiosidade é entendida como um exercício ou um seguimento de crenças e práticas, é quando um indivíduo acredita e pratica a religião<sup>(20)</sup>.

A espiritualidade deve ser mencionada como um aspecto da experiência humana, onde corpo, mente e espírito se inter-relacionam. Percebe-se que a dimensão espiritual normalmente é abordada ao final da vida, permanecendo com pouca exploração no início da mesma, ou seja, durante a gestação e até mesmo no momento do parto<sup>(9)</sup>, o que justifica a realização deste estudo.

A partir deste contexto, os objetivos deste estudo foram identificar como os enfermeiros estão atuando frente a dimensão espiritual durante o período gestacional; verificar quais são os principais cuidados desenvolvidos por esses enfermeiros que se aproximam da dimensão espiritual das gestantes e quais são os ambientes que se percebe esse cuidado espiritual.

## METODOLOGIA

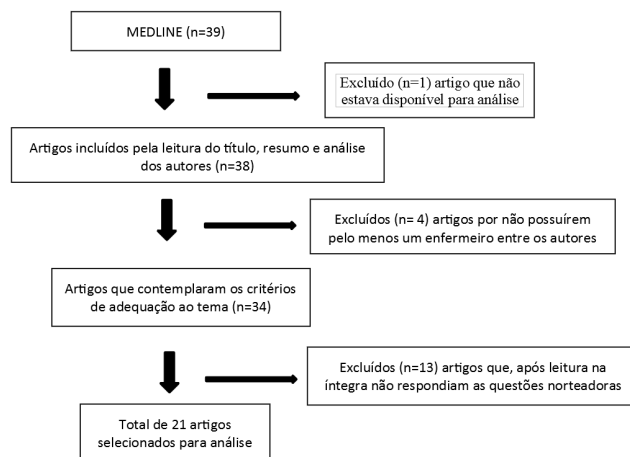
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que permitiu reunir os conhecimentos sobre determinado assunto e a utilização dos resultados das pesquisas na assistência à saúde<sup>(8)</sup>.

Como questões norteadoras do estudo, definiu-se: como os enfermeiros estão atuando frente a dimensão espiritual durante o período gestacional? Quais são os principais cuidados desenvolvidos por esses enfermeiros que se aproximam da dimensão espiritual das gestantes? E, em que ambientes se percebe esse cuidado espiritual?

A busca dos artigos ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2018 e foi utilizada a base de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), a partir do ano de 2008 buscando-se rastrear a produção científica dos últimos 10 anos. Os termos de pesquisa foram "spirituality", "nursing" e "gestation" e utilizou-se o operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente na base de dados MEDLINE; publicados a partir de 2008; com pelo menos um autor enfermeiro; apresentação de resumo para primeira análise; idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos textos completos que não estavam disponíveis online, capítulos de livros, editoriais, teses e dissertações.

Foram identificados 39 artigos na MEDLINE. Realizou-se a leitura e análise dos resumos e a partir da utilização dos critérios de inclusão/exclusão obteve-se um total de 21 artigos, conforme apresentado na figura 1.

**Figura 1** - Fluxograma da coleta de dados e seleção de estudos que compõe a amostra. Rio Grande, 2019



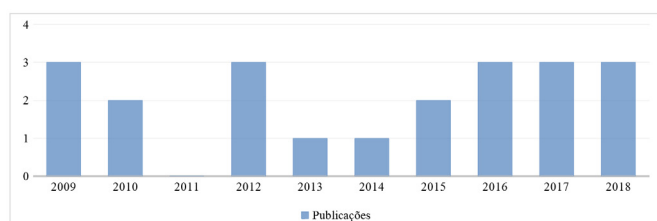
A análise e síntese dos artigos seguiu os métodos preconizados<sup>(23)</sup>. Foi elaborado um quadro para sintetizar os dados, o qual possibilitou a análise e posterior identificação dos temas.

Este estudo não necessitou ser submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de uma revisão integrativa, e ter utilizado fontes de domínio público.

## RESULTADOS

Três artigos foram publicados em cada um dos anos a seguir: 2009, 2012, 2016, 2017 e 2018 o que demonstra baixa publicação a respeito do tema. Contudo, observou-se que a temática segue sendo publicada ao longo dos anos, conforme representado na figura 2.

**Figura 2** - Número de publicações e os respectivos anos. Rio Grande, 2019



Em relação aos países em que foram desenvolvidas as pesquisas destaca-se o Irã com seis publicações, seguido dos Estados Unidos com cinco, Gana com duas e os demais países – Brasil, Equador, Austrália e Espanha – com uma publicação. Dois artigos apresentaram estudos sem necessidade de local de pesquisa e dois não apresentaram o local claramente definido.

A abordagem metodológica que predominou foi a qualitativa (n=12), sendo que destes destacam-se quatro do tipo fenomenológico e dois etnográficos. Quatro publicações foram do tipo quantitativo, especificamente: comparativo transversal (n=1); descritivo correlacional (n=1); ensaio clínico randomizado (n=1); misto randomizado (n=1). Obteve-se também, um de revisão sistemática, um de métodos mistos e três reflexivos.

A maioria dos estudos utilizou uma abordagem metodológica qualitativa, e incorporado a ela, destacam-se dois tipos: fenomenológico e etnográfico. A primeira estuda os fenômenos desenvolvendo a filosofia de forma interna e externa(21). Na enfermagem, esta abordagem permite lidar com questões existenciais dos seres humanos que estão envolvidos com o cuidado em seu cotidiano(22). Já a etnográfica descreve o conjunto de significados culturais de um determinado grupo, tendo como foco entender comportamentos, costumes e crenças destes. Sua aplicação na enfermagem pode representar uma nova forma de cuidar, levando em conta as necessidades dos usuários(4).

No Quadro 1, a seguir, apresentam-se as publicações

de acordo com a atuação e cuidados desenvolvidos por enfermeiros frente a dimensão espiritual.

**Quadro 1** - Publicações de acordo com atuação e cuidados desenvolvidos por enfermeiros frente a dimensão espiritual. Rio Grande, 2019

Nº	Autores	Atuação e cuidados desenvolvidos por enfermeiros frente a dimensão espiritual
1	Zahra Khazaeipour, et al.	Apoiar as gestantes preocupadas e com medo.
2	Mitra Kolivand, et al.	Incentivar as gestantes a dizer suas orações, respeitando-as; Incentivar apoio mental e emocional pelos maridos e familiares.
3	Farideh Kazemi, et al.	Realizar rituais, como orações, lendo o Alcorão sagrado para aliviar as preocupações e o estresse; Incentivar a espiritualidade/religiosidade.
4	Juan M. Leyva-Morala, et al.	Incluir treinamento à equipe de enfermagem, na graduação e pós-graduação, sobre diversas práticas religiosas e espirituais; Assistência humanizada e compassiva para a gestante.
5	Luciano M Vitorino, et al.	Avaliação das crenças das gestantes, pelos profissionais de saúde e obstetras.
6	Mahrokh Dolatian, et al.	Compreensão de que a espiritualidade ajuda a lidar com o estresse, depressão e com a ansiedade na gravidez. Evita o aborto, parto prematuro e hipertensão.
7	Lydia Aziato, et al.	Valorizar e reconhecer as dimensões culturais, religiosas e espirituais da gravidez; Proporcionar apoio as mulheres durante o parto.
8	Lydia Aziato, et al.	Garantir o manejo adequado da dor no parto; Incentivar e educar as mulheres para evitar as práticas religiosas que podem ter efeitos negativos sobre elas e o feto.
9	Susan Crowther, et al.	Reconhecer o cuidado espiritual centrado na gestante, incorporando-os na obstetria; A espiritualidade é encontrada nos processos profundos do cuidado de todos os dias. O cuidado espiritual é descrito através do estar com o outro.
10	Siavash Beiranvand, et al.	Uso de estratégias não farmacológicas: meditação e oração; Meditação/oração melhoram a saúde física e o bem-estar emocional, aliviam a dor, aumentam a resposta imunológica e fortalecem o crescimento espiritual.
11	Tooba Heidari, et al.	Incentivar a realização do pré-natal; Realização da promoção da saúde no pré-natal e fornecer cuidados de acordo com a religião, espiritualidade e a cultura da mãe.
12	Richard J. Fehring, et al.	Ouvir e deixar os casais desabafar, apoiando-os; Escuta, toque, oração e meditação são intervenções usadas por profissionais de saúde no programa online. Uso de orações simples, uso do rosário e a oferta de novenas.
13	Rosanna Formanek Hess, et al.	Incentivo a fé e orações.

14	Lori Baas Rubarth, et al.	Permitir a verbalização de seus temores, auxiliando-as a diminuir os níveis de estresse; Fornecimento de distrações as gestantes, tais como: horário de visita livre para que ela passe o tempo junto com a família. Solicitar refeição especial para a mulher e seu familiar nas datas especiais, envolvendo os membros da família.
15	Carmen Heidi Linhares, et al.	Respeitar aspectos espirituais e culturais no nascimento ou a falta de crenças de seus usuários; Propiciar ambiente tranquilo, pacífico e acolhedor.
16	Joan L. Rosenbaum, et al.	Permitir que as famílias tenham a oportunidade de expressar abertamente seus valores e crenças respeitando e abrangendo o fim da vida; Despreparo da equipe de saúde para proporcionar uma abordagem holística, que incorpore aspectos culturais e espirituais nos cuidados; Equipar-se para incorporar assistência espiritual no fim da vida para apoiar as famílias na UTIN.
17	Lynn Clark Callister, et al.	Lynn Clark Callister, et al.
18	Lynn Clark Callister, et al.	Aconselhamento realista, demonstrando cuidado e preocupação.
19	Karen Iseminger, et al.	O enfermeiro deve estar com (presente de forma mais profunda com a gestante) e estar lá (presente fisicamente); Sensibilidade pelo contato com os olhos, toque apropriado, o carinho e a presença.
20	Sagrario Gómez Cantarino, et al.	Desmistificação de crenças sexuais restritivas por motivos religiosos.
21	Lauren Hunter, et al.	Mantra de repetição para ajudar no trabalho de parto.

A espiritualidade/religiosidade durante a gestação foi mencionada como algo essencial em todos os estudos. O quadro 1 apresenta a síntese sobre a atuação e os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros. Destaca-se que a maioria dos artigos pesquisados, apresentaram resultados benéficos em relação ao uso da espiritualidade/religiosidade com as gestantes, tanto no momento do parto onde se inicia um novo ciclo de vida, quanto em situações onde existiam complicações e o cuidado espiritual era percebido no final da vida<sup>(16)</sup>.

De acordo com as pesquisas observou-se o cuidado espiritual em diversos ambientes, dentre eles: centros de saúde; centro médico militar; hospital; ambulatórios e sistemas online.

Apartir da análise dos estudos identificaram-se três temas: 1. Cuidados de enfermagem espirituais como estratégias para o fortalecimento da espiritualidade/religiosidade durante a gestação, no parto e em casos de dificuldades (n=13); 2. Espiritualidade/religiosidade para o enfrentamento de sentimentos gerados durante a gravidez e no momento do parto (n=6); E, 3. Garantir e incentivar o preparo adequado dos enfermeiros no manejo dos cuidados espirituais das gestantes e no fim da vida do neonato (n=2).

## DISCUSSÃO

A seguir apresenta-se a discussão a partir dos três temas identificados na análise das publicações selecionadas.

### 1. Cuidados de enfermagem espirituais como estratégias para o fortalecimento da espiritualidade/religiosidade durante a gestação, no parto, e em casos de dificuldades

São abordados os diversos cuidados de enfermagem, tais como: incentivar o apoio mental e emocional pelos companheiros e familiares<sup>(2)</sup>; valorizar, reconhecer e respeitar as dimensões culturais, religiosas e espirituais durante a gravidez, bem como a ausência de crenças das gestantes (2,7,11 e 15); planejar cuidados com base nos valores e crenças das gestantes e seus familiares<sup>(17)</sup>; orientar e educar as gestantes sobre as crenças espirituais evitando as práticas religiosas que podem ter efeitos negativos sobre elas e o feto, bem como assegurar seu direito de escolha podendo demonstrar suas crenças e práticas religiosas; garantir o manejo adequado da dor no parto (8).

O artigo 9 menciona ainda que a espiritualidade é encontrada nos processos mais profundos do cuidado cotidiano, tornando-se importante reconhecê-la e centrá-la na gestante, permanecendo junto com ela. Já o artigo 19 aponta o cuidado espiritual da enfermagem como estar presente fisicamente ao lado da gestante, demonstrando cuidado e preocupação.

Utilizaram-se algumas estratégias não farmacológicas no momento do parto, como a oração (3,10 e 12) - os métodos de oração usados variam de orações simples, uso do rosário e a oferta de novenas - (12), a meditação (10 e 12) tanto para mulher quanto para o casal. Ressalta-se ainda o oferecimento de uma assistência de apoio pré-natal integral para a mãe e o feto de acordo com a religião, espiritualidade e a cultura da mãe<sup>(11)</sup>. Além disso outros cuidados espirituais utilizados com as gestantes foram: a escuta, o toque e o contato com os olhos (12 e 19); proporcionar um ambiente tranquilo, pacífico e acolhedor<sup>(15)</sup>.

Já o artigo 14 aborda diversas distrações que podem ser fornecidas as gestantes de acordo com seu quadro clínico, sendo assim, o enfermeiro deve ser flexível diante das solicitações das gestantes, avaliando cada caso individualmente.

Quanto aos cuidados de enfermagem espirituais destaca-se a utilização de diversos métodos não farmacológicos, entre eles a oração como principal método. Nesse contexto, incluir a oração em todos esses momentos pode propiciar conforto, bem-estar, confiança, apoio, além de fortalecer a relação da equipe com os usuários e vice-versa<sup>(7)</sup>. Entende-se a importância da oração como estratégia de enfrentamento tanto em situações onde existe o florescimento da vida, quanto em situações onde há dificuldades e até mesmo o fim da vida<sup>(11)</sup>.

A dimensão espiritual tem extrema relevância na área da saúde, não podendo ser esquecida pelos profissionais que prestam cuidados, visto que cuidar em outras dimensões, como por exemplo, a espiritual, é fundamental para a sustentação e o enfrentamento no processo da gestação, do parto e pós-parto, bem como em momentos de dificuldades<sup>(13)</sup>.

Portanto, a fé, crenças ou práticas religiosas e espirituais, mencionadas nos estudos são intervenções de cuidados espirituais que atuam como suporte em diferentes momentos, de diferentes maneiras e de forma individual para cada pessoa<sup>(12)</sup>. Ao observar os cuidados prestados pelos enfermeiros percebe-se que muitos desses cuidados, promovem uma assistência espiritual<sup>(17)</sup>.

## 2. Espiritualidade/religiosidade para o enfrentamento de sentimentos gerados na gravidez e no parto

Pode-se ressaltar que a utilização da espiritualidade/religiosidade proporcionou a diminuição e o controle da dor e de sintomas depressivos, bem como de alguns sentimentos, como: preocupação, estresse, ansiedade, medo e incertezas (1, 3 e 6). Diante disso, as gestantes realizam rituais religiosos e conectam-se com Deus através de orações e lendo o Alcorão (3 e 7) com a finalidade de reduzir e controlar os sintomas e sentimentos gerados durante a gravidez e no momento do parto.

Outra prática espiritual utilizada por elas é o mantra em repetição (repetição de palavras ou frases), considerado potencialmente eficaz para gerir as emoções<sup>(21)</sup>. Ressalta-se que a utilização destas práticas espirituais e religiosas ao reduzir sintomas e sentimentos pode evitar: aborto, parto prematuro e hipertensão<sup>(6)</sup>.

Com relação a esta temática observou-se que a utilização dos cuidados espirituais proporciona diminuição e controle da dor, de sintomas depressivos e de alguns sentimentos, tais como: preocupação, estresse, ansiedade, medo e incertezas. Tal fato ocorre por esses proporcionarem relaxamento a gestante. Em uma pesquisa realizada com mulheres australianas, demonstrando a relação entre espiritualidade e a depressão observou-se que quanto maior o nível de espiritualidade do indivíduo menor é a chance de desencadear a depressão<sup>(2)</sup>.

Pode-se dizer que os quadros de ansiedade são comuns durante a gravidez, porém, podem ter efeitos prejudiciais ao bebê, tais como: prematuridade e baixo peso ao nascer se não tratada em tempo hábil<sup>(1)</sup>.

## 3. Garantir e incentivar o preparo adequado dos enfermeiros no manejo dos cuidados espirituais das gestantes e no fim da vida do neonato

Ressalta-se a importância da realização de treinamentos da equipe de enfermagem frente aos cuidados espirituais. Além disso, a inclusão das práticas espirituais nos cursos de graduação e pós-graduação, com a finalidade de aprimorar e incentivar a assistência prestada às gestantes que possuem práticas religiosas e espirituais com diferentes valores (4).

É necessário que os enfermeiros estejam equipados para proporcionar uma assistência integral, que agrega aspectos culturais e espirituais, sentindo-se preparados para lidar com as crenças religiosas/espirituais dos indivíduos em todas as circunstâncias, tanto no início de um novo ciclo de vida (na gravidez e no parto), quanto no fim da vida. Diante disso, a assistência espiritual deve ser incorporada e estar presente também em momentos de dificuldades, proporcionando respeito e empatia<sup>(16)</sup>.

A dimensão espiritual é essencial no trabalho da enfermagem, uma vez que o enfermeiro precisa desenvolver uma visão integral do ser humano (corpo, mente e espírito) em qualquer fase da vida. A Association of American Medical Colleges reconhece que a espiritualidade é um fator que contribui para a saúde de muitas pessoas. Por esse motivo, defende que a dimensão espiritual é um aspecto fundamental na formação dos acadêmicos. As crenças e práticas deverão ser incorporadas no contexto dos cuidados desde a graduação e pós-graduação, para que os futuros profissionais de saúde possam reconhecer sua própria espiritualidade<sup>(15)</sup>.

Por ser o profissional que na maioria das vezes passa mais tempo junto com a gestante, este deve ser preparado para desenvolver uma visão que englobe todos as suas necessidades, a fim de proporcionar apoio também no campo espiritual<sup>(18)</sup>, tanto no início da vida quanto no fim.

O presente estudo evidenciou como limitação a baixa publicação referente a temática ao longo dos anos, mesmo realizando uma busca dos últimos 10 anos e em uma base de dados pertinente. Assim, para a incorporação desta temática na assistência de enfermagem, mais estudos envolvendo a dimensão espiritual são necessários, auxiliando cada vez mais a gestante, o bebê e seus familiares.

## CONCLUSÃO

Durante as fases da gestação ocorrem muitas transformações que é possível supor que a dimensão espiritual/religiosa também passe por alterações. A dimensão espiritual é quase sempre mencionada no fim da vida, por esse motivo o presente estudo abordou tal temática durante a gestação e no momento do parto, quando um novo ciclo de vida se inicia.



Foi possível identificar que a dimensão espiritual atuou como fator de bem-estar, conforto, confiança e apoio, além de suporte emocional durante a gestação e no momento do parto. Verificou-se também que os enfermeiros estão atuando com essa perspectiva de cuidado e auxiliam as gestantes e familiares nesse processo.

Compreende-se que a integralidade do cuidado engloba corpo, mente e espírito, sendo necessário que o enfermeiro esteja cada vez mais instrumentalizado para auxiliar no cuidado espiritual durante o processo de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*. 2007;3(4):747-56.
2. Bennett KS, Shepherd JM. Depression in Australian women: The varied roles of spirituality and social support. *Journal of Health Psychology*. 2013;18(3):429-438.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2018 mar. 25]. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32\\_prenatal.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175300/23CAP32_prenatal.pdf)
4. Camargo CL, Quirino MD, Cedraz MA. A etnografia nas pesquisas de enfermagem com ênfase no cuidado. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):549-555.
5. Carson VB, King D, Koenig H. *Handbook of religion and health*. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2012.
6. Guimarães CCD. A arte de cuidar: Espiritualidade do cuidado na relação mãe e bebê [Dissertação]. Minas Gerais (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.
7. Koenig HG. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. São Paulo: Editora FE; 2005.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. *Texto contexto Enferm*. 2008;17(4):758-764.
9. Moreira-Almeida A. Implicações das experiências espirituais para a compreensão da relação mente-cérebro. *Rev Asiática de Psiq*. 2013;6(6):585-89.
10. Parizotto APAV, Vieira BD. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. *Unesco & Ciência-ACBS*. 2013;4(1):79-90.
11. Pereira S. *Descobrir o caminho da espiritualidade*. São Paulo: Paulus; 2008.
12. Pessini L, Barchifontaine L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2005.
13. Pessini L, Barchifontaine L. *O que entender por cuidados paliativos?* São Paulo: Paulus; 2006.
14. Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Padoin SMM, Ressel LB. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. *Rev. Rene*. 2013;14(1):568-78.
15. Puchalski CM. The hole of spirituality in health care. *BUMC Proceedings, Waco*. 2001;14(4):352-57.
16. Rodrigues-Câmara CC. Maternidade e Espiritualidade: aspectos simbólicos. *PARALELLUS Revista de Estudos de Religião-UNICAP*. 2016;6(13):467-494.
17. Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *J. Clin. Nurs*. 2012;21(15):2126-35.
19. Sã AC. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. *O Mundo da Saúde São Paulo*. 2009;33(2):205-217.
20. Silva AF, Oliveira ACD, Oliveira MC, Silva SB. Narrativas sobre saúde e doença: o encontro da ciência com a espiritualidade. *Interdisciplinary J Health Educ*. 2016;1(2):139-43.
21. Teixeira CRG, Marcon P, Dias PR. Método fenomenológico: conceitos e abordagens na pesquisa em comunicação. *Seminário Internacional de Pesquisas em Mídiação e Processos Sociais*. 2017;1(1):1533-1552.
22. Terra MG, Silva LC, Camponogara S, Santos EKA, Souza AIJ, Erdmann AL. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):672-8.
23. Whittemore R, Knafl K. The Integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(5):546-553.

# PROCESSO DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Izabella Bizinelli da Fonseca<sup>1</sup>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1415-2497>

Cassiana Mendes Bertencello Fontes<sup>2</sup>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6579-8637>

**Objetivo:** Identificar o estado da arte sobre a utilização do Processo de Enfermagem em Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, de 2012 a abril 2019, na BVS; PubMed; Web of Science; Scopus. Embase; e CINAHL com a utilização de equações booleanas, com os descritores. As listagens com título e resumo foram analisadas e identificados os artigos que responderam à pergunta norteadora. Os artigos inclusos foram analisados pelos instrumentos: Consolidated criteria for reporting qualitative research e Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology; e identificado o nível de evidência. **Resultados:** quatro artigos foram inclusos e analisados na íntegra e estabelecido o estado da arte do tema. **Conclusões:** Foram incluídos quatro artigos que responderam a pergunta norteadora originários da Turquia, Espanha, Austrália e Reino Unido. É necessário a realização de estudos primários relacionados ao tema.

**Descritores:** Enfermeiro, Processo de Enfermagem, Instituição de Longa Permanência para Idosos

### **NURSING PROCESS IN INSTITUTION OF LONG STAYING OF THE ELDERLY: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE.**

**Objective:** To identify the state of the art on the use of the Nursing Process in Long Term Care Institution for the Elderly. **Methodology:** Integrative literature review, from 2012 to April 2019, in the VHL; PubMed; Web of Science; Scopus Embase; and CINAHL with the use of boolean equations, with the descriptors. The listings with title and abstract were analyzed and identified the articles that answered the guiding question. The included articles were analyzed by the instruments: Consolidated criteria for qualitative reporting and Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology; and the level of evidence identified. **Results:** four articles were included and analyzed in full and established the state of the art of the theme. **Conclusions:** Four articles that answered the guiding question originating from Turkey, Spain, Australia and the United Kingdom were included. It is necessary to carry out primary studies related to the theme.

**Descriptors:** Nurse, Nursing Process, Homes for the Aged

### **PROCESO DE ENFERMERÍA EN INSTITUCIÓN DE LARGA PERMANENCIA DE ANCIANOS: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LITERATURA.**

**Objetivo:** identificar el estado del arte sobre el uso del proceso de enfermería en instituciones de atención a largo plazo para personas mayores. **Metodología:** Revisión bibliográfica integradora, de 2012 a abril de 2019, en la BVS; PubMed; Web de la ciencia; Scopus Embase y CINAHL con el uso de ecuaciones booleanas, con los descriptores. Los listados con título y resumen se analizaron e identificaron los artículos que respondieron a la pregunta guía. Los artículos incluidos fueron analizados por los instrumentos: Criterios consolidados para informes cualitativos y Fortalecimiento de los informes de estudios observacionales en epidemiología; y el nivel de evidencia identificado. **Resultados:** Se incluyeron cuatro artículos y se analizaron completamente y se estableció el estado del arte del tema. **Conclusiones:** se incluyeron cuatro artículos que respondieron a la pregunta guía originaria de Turquia, España, Australia y el Reino Unido. Es necesario realizar estudios primarios relacionados con el tema.

**Descritores:** Enfermeiro, Proceso de enfermeira, Hogares para Ancianos

<sup>1</sup>ETEC Rodrigues de Abreu, Centro Paula Souza, Bauru, SP

<sup>2</sup>Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP

Autor Correspondente: Izabella Bizinelli da Fonseca - Email: [izabellabf1@hotmail.com](mailto:izabellabf1@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

As doenças crônico-degenerativas aumentaram com o envelhecimento populacional assim como o impacto quanto as limitações físicas e a perda da autonomia do idoso na realização das atividades de vida diária. A predisposição às incapacidades, requer auxílio de familiares e cuidadores para os idosos, mas em contrapartida, as mudanças na sociedade, a inserção da mulher no mercado de trabalho e a redução no número de filhos, mudaram o cenário familiar quanto à atribuição do cuidado aos idosos, o que se configura tarefa não exclusiva da família atualmente<sup>(1)</sup>.

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) foram criadas com a finalidade de atender idosos na vigência de perda de autonomia e funcionalidade e na ausência de família ou cuidador<sup>(1)</sup>.

A Portaria MPAS/SEAS 73, de 10 de maio de 2001, define normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil na modalidade de atendimento integral institucional e classifica quanto a relação de profissionais de horas que esses profissionais devem permanecer na instituição, de acordo com o número de residentes<sup>(2)</sup>.

No Brasil em 2005, entrou em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que define ILPI, estabelece normas para o funcionamento e classificação dos graus de dependência de idosos. São definidas como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”; podem ser filantrópicas e mantidas por associações religiosas, beneficentes, governamentais e privadas<sup>(3)</sup>.

Quanto ao grau de dependência as ILPI podem ser classificadas em modalidades I, II e III, de acordo com os seguintes critérios: a I com capacidade para 40 residentes, não inclui necessidade de equipe de enfermagem, destinada a idosos independentes que sejam capazes de executar as atividades de vida diária; a II, com capacidade para 22 idosos dependentes e independentes, com necessidade de contratação de enfermeiro oito horas/dia, técnicos e auxiliares de Enfermagem e cuidadores por 24 horas, além de outros profissionais; modalidade III, capacidade para 20 idosos dependentes de assistência total, com necessidade de contratação de enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem e cuidadores 24 horas/dia, e equipe multidisciplinar<sup>(2-3)</sup>.

No contexto das ILPI é desejável uma atuação de equipe multidisciplinar das áreas de nutrição, psicologia, fisioterapia, assistência Social, e enfermagem. A finalidade do cuidado em ILPI é atender e manter a qualidade de vida do idoso,

independentemente de suas limitações com profissionais capacitados que conheçam o processo de envelhecimento, de modo que a assistência prestada seja integral, humanizada e respeite a autonomia<sup>(4)</sup>.

Inexiste no Brasil uma legislação federal que obrigue a presença do enfermeiro em ILPI, porém isso já existe em forma de uma consulta pública<sup>(5)</sup>. A assistência de enfermagem em ILPI é complexa principalmente nas modalidades II e III que segundo a legislação de enfermagem vigente de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, preconiza que o planejamento da assistência e do cuidado ao idoso deve ser integral e sob a forma da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Essa regulamentação dispõe que a implementação da SAE deve ser estabelecida em todos os ambientes onde ocorre o cuidado de enfermagem<sup>(5)</sup>.

A SAE é um instrumento que organiza, operacionaliza e torna possível a aplicação dinâmica do Processo de Enfermagem (PE). O PE é compreendido como uma ferramenta que direciona o cuidado de enfermagem, e é composto por cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem<sup>(6)</sup>.

No Brasil na década de 70 a enfermeira e professora universitária Dra. Wanda de Aguiar Horta, definiu o PE como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”, e o caracterizou pelo inter-relacionamento e dinamismo das etapas<sup>(7-8)</sup>.

A utilização do PE em ILPI compõe-se de uma necessidade e deve ser uma exigência na assistência ao idoso institucionalizado, promovendo a qualidade e segurança ao paciente assim como a individualidade do cuidado. O processo de cuidar em ILPI poderá ser otimizado, se houver maior comprometimento do enfermeiro em implementar, utilizar e avaliar as etapas da SAE<sup>(9)</sup>.

Internacionalmente sabe-se que o descritor para o termo SAE, de acordo com o Dicionário das Especialidades das Ciências da Saúde (DECS)<sup>(10)</sup>, é Processo de Enfermagem ou Nursing Process. Assim essa revisão integrativa tem como objetivo identificar a produção científica sobre o planejamento da assistência de enfermagem e do PE em ILPI em periódicos nacionais e internacionais.

## METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura consiste em análise sistematizada e ampla da literatura, baseada em publicações acerca de um problema definido. Tem como finalidade reunir resumidamente os resultados de pesquisas primárias sobre um objeto de investigação e propicia ao pesquisador compreender aspectos que envolvem o estado da arte do tema e identifica evidências científicas acerca da questão proposta<sup>(11,12)</sup>.

Esse método possibilita obter a síntese do conhecimento dos estudos identificados e foram executados em seis etapas, descritas a seguir:

**1ª Etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa.**

Determinou-se a problemática e definiram-se os descritores para busca nas bases de dados e os estudos incluídos<sup>(11)(13)</sup>.

A definição do problema de revisão foi elaborada a partir da estratégia, acrônimo PICO<sup>(14)</sup> P de Paciente/Problema/ Sujeito, I de Intervenção, C de Controle/Comparação e O de Outcomes/desfecho. ( Quadro 1)

Formulou-se o seguinte questionamento: “Os enfermeiros de Instituições de longa permanência para idosos executam o planejamento da assistência ou realizam o Processo de enfermagem?”

**Quadro 1-** Definição da estratégia PICO. Brasil, 2019

Acrônimo	Definição	Descrição
<b>P</b>	Problema/sujeito	Enfermeiros
<b>I</b>	Intervenção	Utilização do PE
<b>C</b>	Controle ou comparação	O PE utilizado como planejamento da assistência de enfermagem ao idosos
<b>O</b>	Desfecho (outcomes)	Planejamento da assistência de enfermagem ao idoso em ILPI

**2ª Etapa: Estabelecimento de critérios para seleção dos artigos identificados por meio de busca na literatura.**

Foi realizada uma busca em bases de dados no período de janeiro de 2012 a abril de 2019 pelos autores sob orientação de uma bibliotecária de referência na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Botucatu- Unesp, em computador de mesa.

As plataformas on-line foram acessadas e utilizados descritores e sinônimos controlados do DeCS<sup>(10)</sup> e Medical Subject Headings(MeSH)<sup>(15)</sup>, em português e inglês, combinados aos operadores booleanos and e or. O Quadro 2 apresenta especificamente a equação booleana de cada estratégia para cada base pesquisada.

**Quadro 2 –** Representação da estratégia de busca segundo as bases de dados pesquisadas, Botucatu-SP Brasil, 2019.

Biblioteca virtual/ Bases	Equação Booleana da estratégia de busca
<b>BVS</b>	(Enfermeira OR Enfermeiras OR Enfermeiro OR Enfermeiros OR Enfermeros OR Nurses) AND (Processo de Enfermagem OR Processos de Enfermagem OR Nursing Process) AND (Instituição de Longa Permanência para Idosos OR Asilo para Idosos OR Asilos para Idosos OR Ancianatos OR Casas de Repouso para Idosos OR Instituições Geriátricas de Longa Permanência OR Instituição Asilar OR ILPI OR Hogares para Ancianos OR Homes for the Aged)
<b>PubMed Web of Science Scopus</b>	(Nurses OR Nurse OR "Personnel, Nursing" OR "Nursing Personnel" OR "Registered Nurses" OR "Nurse, Registered" OR "Nurses, Registered" OR "Registered Nurse") AND ("Homes for the Aged" OR "Old Age Homes" OR "Home, Old Age" OR "Homes, Old Age" OR "Old Age Home") AND ("Nursing process" OR "Process, Nursing" OR "Nursing Processes" OR "Processes, Nursing")
<b>Embase CINAHL</b>	(Nurses OR Nurse OR 'Personnel, Nursing' OR 'Nursing Personnel' OR 'Registered Nurses' OR 'Nurse, Registered' OR 'Nurses, Registered' OR 'Registered Nurse') AND ('Homes for the Aged' OR 'Old Age Homes' OR 'Home, Old Age' OR 'Homes, Old Age' OR 'Old Age Home') AND ('Nursing process' OR 'Process, Nursing' OR 'Nursing Processes' OR 'Processes, Nursing')

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponibilizados gratuitamente, na íntegra, em português, inglês e/ou espanhol, publicados no período da busca.

Os critérios de exclusão foram: artigos não disponíveis gratuitamente, na íntegra e os que se repetiram nas bases foram considerados apenas uma vez.

Os artigos inclusos foram lidos na íntegra e analisados a partir da pergunta norteadora da revisão: “Os enfermeiros de Instituições de longa permanência para idosos executam o planejamento da assistência ou realizam o Processo de enfermagem?”

**3ª Etapa: Categorização e definição das informações a serem extraídas**

Dos artigos inclusos foram identificados, extraídos e sintetizados os dados de acordo com: objetivos, metodologia, resultados e as principais conclusões de cada um deles<sup>(13)</sup>.

**4ª Etapa: Avaliação dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão**

Esta etapa consistiu na análise crítica dos estudos inclusos, realizada de maneira detalhada, e identificou-se os resultados que puderam responder a a pergunta norteadora<sup>(13)</sup>. Os instrumentos Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)<sup>(16)</sup> e Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)<sup>(17)</sup> e respectivamente foram utilizados para pontuar os estudos quantitativos e qualitativos; atribuiu-se o nível de evidencia aos artigos<sup>(18)</sup>.

**5ª Etapa: Interpretação dos resultados**

Correspondeu a discussão dos resultados onde os dados encontrados são articulados de forma a responder a pergunta de pesquisa e problemática do estudo. Este momento permite-se identificar as lacunas do conhecimento e realizar sugestões para futuras pesquisas<sup>(11)</sup>.

**6ª Etapa: Apresentação da revisão ou síntese do conhecimento**

Avaliou-se a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, além do detalhamento de todos os aspectos relevantes nas fases do processo<sup>(13)</sup>. Os conteúdos analisados foram apresentados em forma de quadro com a síntese do conhecimento identificada em cada artigo incluso.

**RESULTADOS**

Apresentam-se a seguir o resultado das buscas, conforme demonstra a Figura 1. O processo de seleção dos artigos inclusos foram a partir dos critérios: identificação das duplicatas entre as bases; leitura dos títulos e resumos e; análise dos artigos na íntegra para responder à pergunta norteadora da revisão. A Figura 1 demonstra o fluxograma da seleção de artigos.

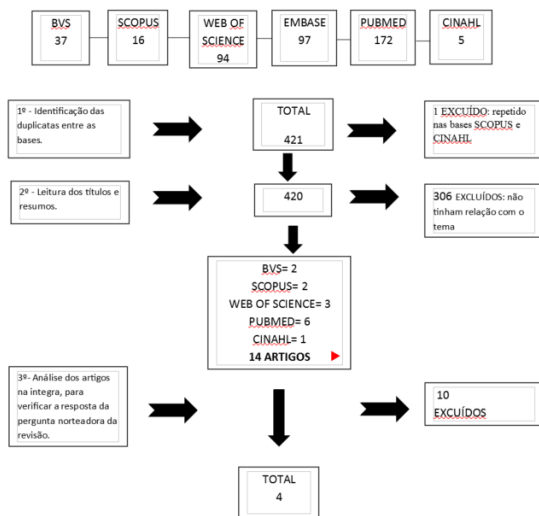


Figura 1. Fluxograma representativo da identificação dos artigos nas bases de dados, 2019.

A seguir apresenta-se a caracterização dos artigos selecionados de acordo com a análise realizada a partir da leitura na íntegra (Quadro 3).

**Quadro 3.** Caracterização dos artigos selecionados para análise segundo título, ano, país e base de publicação, delimitação, intervenções e desfecho, Botucatu-SP, Brasil, 2019.

Título do artigo	Ano/ País/ Base	Delimitação	STROBE/ CORE- QNível de evidencia	Desfecho
Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey.	2012 Turquia PUBMED	Abordagem quantitativa	STROBE=20 Nível de evidencia= V	Os títulos diagnósticos foram: desempenho de papel ineficaz, manutenção da saúde ineficaz, risco de quedas, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado e interação social prejudicada. A utilização dos diagnósticos de enfermagem é imprescindível.
Percepciones de las enfermeras en centros geriátricos de Barcelona: un análisis desde la teoría fundamentada.	2012 Espanha BVS	Abordagem qualitativa	COREQ= 17 Evidência= VI	O cuidar em geriatria despertou sentimentos de carinho e felicidade, e maior sensibilidade, ainda que existam obstáculos.
The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study.	2015 Austrália SCOPUS	Abordagem quantitativa de análise documental	STROBE= 22 Nível de evidencia=VI	O formato eletrônico apresentou mais informações sobre as etapas do processo de enfermagem.
Nursing home manager's knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with dementia in long-term care settings: a cross-sectional survey.	2016 Reino Unido PubMed	Abordagem quantitativa prospectiva	STROBE= 21 Nível de evidencia= VI	Embora os gerentes das casas de repouso reconheçam os benefícios do planejamento de cuidados, existem barreiras na sua utilização.

**DISCUSSÃO**

O estado da arte do tema investigado nesta revisão permitiu conhecer como o PE contextualiza-se como



planejamento do cuidado ao idoso institucionalizado. A nível internacional a busca identificou artigos publicados na Turquia, Espanha, Austrália, e no Reino Unido<sup>(19-22)</sup>. A nível nacional a busca não localizou artigos, mas identificaram-se em busca manual alguns estudos que são citados nessa discussão.

O estudo turco<sup>(19)</sup> realizado em uma casa de repouso e centro de reabilitação com 96 leitos, em 2007, analisou formulários individuais com informações socio demográficas, estado geral de saúde, avaliação física e diagnósticos de enfermagem (DE) mais frequentes, sendo eles: Desempenho de papel ineficaz; Manutenção da saúde ineficaz; Risco de quedas; Mobilidade física prejudicada; Deficit no autocuidado e Interação social prejudicada.

Os autores identificaram a escassez de pesquisas que abordem o PE assim como a ausência de um formulário ou outro elemento que contemple o planejamento dos cuidados de enfermagem, incluindo os diagnósticos de enfermagem<sup>(19)</sup>.

Quanto a classificação dos DE, os pesquisadores do artigo turco reconhecem que ainda que conhecida internacionalmente, é mais utilizada na área educação e em hospitais privados, e infelizmente pouco empregada na assistência de enfermagem aos idosos residentes em casas de repouso<sup>(19)</sup>.

Os autores afirmam que para melhorar a qualidade no cuidado ao idoso, os enfermeiros devem utilizar os diagnósticos de enfermagem como avaliação sistemática e devem ajudar os idosos na promoção da saúde<sup>(19)</sup>.

O estudo espanhol<sup>(20)</sup> mostrou a percepção das enfermeiras sobre o cuidado de idosos em instituições na cidade de Barcelona. A coleta de dados deu-se em duas fases, a primeira em Outubro de 2008 e a segunda em maio de 2009, e participaram 12 enfermeiras; seis de residência geriátrica e seis de centro sociosanitário.

Foram compreendidos três grandes temas, o primeiro se relaciona ao início da experiência da enfermagem geriátrica e que despertou sentimento de impotência; falta de conhecimentos dessa modalidade; motivação; papel do enfermeiro geriátrico. O segundo tema identificou o significado do cuidar geriátrico; o conceito e sentimentos gratificantes do cuidado; a dimensão humana; as crenças e valores do enfermeiros geriátricos; a relação interpessoal enfermeiro-paciente e o conceito global sobre ser humano<sup>(20)</sup>.

O terceiro tema refere-se a mudanças e progresso do contexto do cuidado em geriatria pois existem fatores que não colaboram e outros que ajudam no progresso do modelo de cuidar<sup>(20)</sup>.

A compreensão da percepção relacionou obstáculos para o modelo de cuidar em geriatria, como as barreiras estruturais; quantitativo de pacientes; falta de tempo, falta

de pessoal, dificuldade em apostar soluções e problemas na prática de cuidar<sup>(20)</sup>.

O artigo destacou ainda que a experiência, a visão global em geriatria, experiência com a equipe de trabalho e formação continuada são vistos como facilitadores do modelo de cuidar, pois favorecem a assistência de enfermagem<sup>(20)</sup>.

O artigo Australiano<sup>(21)</sup> descreveu a análise de 111 prontuários em papel e 194 em formato eletrônico, de 1989 a 2011, em sete ILPI. Esses prontuários possuíam o PE, que contemplava o planejamento do cuidado. Comparou-se a qualidade do registro de enfermagem nessas instituições, uma vez que o prontuário eletrônico foi inserido em 2006.

O formato eletrônico apresentou maior quantidade de informações sobre as etapas do PE, como levantamento de problemas dos idosos e diagnósticos de enfermagem, porém apresentou menos intervenções. Os dois obtiveram a mesma quantidade de informações sobre as metas a serem alcançadas. Dessa maneira os autores concluíram que a qualidade do plano de cuidados não foi necessariamente aprimorada com a introdução do sistema eletrônico e propõem que devam ser realizados estudos qualitativos relacionados ao tema<sup>(21)</sup>.

Observa-se que no cenário internacional as ILPI possuem enfermeiros que executam o planejamento de enfermagem através das etapas do PE. Existe inclusive um avanço da documentação em papel para o eletrônico e avaliações da qualidade do registro de enfermagem. Alguns estudos trazem a busca do planejamento de enfermagem a populações específicas com determinadas patologias.

No Brasil um o estudo<sup>(22)</sup> desenvolvido no interior da Bahia em uma ILPI de fevereiro a agosto de 2008 elaborou um modelo básico de cuidados com os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I (referencia) a pacientes com afecções demenciais. O plano foi implementado e avaliado e os autores sugerem a sua aplicabilidade em outras instituições semelhantes

Autores brasileiros buscaram compreender a percepção de 13 profissionais de enfermagem, cinco enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, sobre o cuidado a pessoa idosa em seis ILPI da cidade de João Pessoa. Identificaram que a atribuições do enfermeiro são indispensáveis ao cuidado individualizado, porém tem como fator dificultador a ausência de pessoal técnico capacitado que impede a efetividade das ações planejadas pelo enfermeiro<sup>(22)</sup>.

Verifica-se a importância da implantação de um plano de cuidados de enfermagem em ILPI. Contextualiza-se que o planejamento nas etapas do PE devam ser direcionados às necessidades individualizadas do idoso corroborando para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida<sup>(22)</sup>.

O Estudo realizado no Reino Unido<sup>(23)</sup> com 178 gerentes de enfermagem de casas de saúde que proviam cuidados a

pacientes institucionalizados com diagnóstico de demência. Os dados foram coletados de janeiro a março de 2015 através de um instrumento adaptado e validado para esse fim. O objetivo foi conhecer as práticas dos gerentes de enfermagem no planejamento dos cuidados avançados a aos idosos residentes. Os autores obtiveram como resultados falta de conhecimento pelo enfermeiro sobre o planejamento de cuidados, devido a complexidade do ambiente de trabalho e dificuldades de liderança<sup>(23)</sup>.

As publicações identificadas na presente revisão limitaram-se ao contexto internacional e não houve a integração de publicação brasileira. Isso evidencia a necessidade de estímulo aos enfermeiros que atuam em ILPI, e aos pesquisadores de enfermagem idealizar estudos primários que investiguem o tema.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira JM de, Rozendo CA, Oliveira JM de, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 Jun 21];67(5):773-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000500773&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500773&lng=pt&tlng=pt)
- Brasil. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. 2001; Available from: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/sites/sisapidoso.icict.fiocruz.br/files/normasdefuncionamentodeservicosdeatencaoaidosonosobrasil.pdf>
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada, RDC nº 283, de 27 de setembro de 2005, que estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos. 2005[citado 2017 Jun 21]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html)
- Lemos JC, Barros JD de C. Equipe multidisciplinar: Essencial para o cuidado dos idosos em instituição de longa permanência. [cited 2017 Jun 21]; Available from: <http://apps.cofen.gov.br/cbocnf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I12375.E3.T1637.D3AP.pdf>
- Conselho Regional de Enfermagem São Paulo. PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES PARA O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM. 2015; Available from: [http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/principais\\_legislacoes\\_web.pdf](http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/principais_legislacoes_web.pdf)
- Cofen Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 358/2009. [cited 2017 Jun 21]; Available from: [https://enfermagem.jatai.ufg.br/up/194/o/Resolucao\\_no358-2009.pdf](https://enfermagem.jatai.ufg.br/up/194/o/Resolucao_no358-2009.pdf)
- Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell' Acqua MCG, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de Processo de Enfermagem: Guia para a Prática. [cited 2018 Jul 10]; Available from: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>
- orta W. Processo de Enfermagem. 1979;
- Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. 2008 *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):285-92. [cited 2017 Jun 21]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n2/12.pdf>
- DeCS Server - Main Menu [Internet]. [cited 2018 Sep 7]. Available from: [http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface\\_language=p&previous\\_page=homepage&previous\\_task=NULL&task=start](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start)
- Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare enferm* [Internet]. 1998;3(2):109-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.44358>
- Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2008 Dec [cited 2017 Jun 21];17(4):758-64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt)
- Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein* (São Paulo, Brazil) [Internet]. 2010;8(1):102-6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrn=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrn=iso&tlng=en)
- Mamédio C, Santos DC, Andruccioli C, Pimenta M, Roberto M, Nobre C. A Estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. [cited 2017 Jun 21];15(3). Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Página inicial - MeSH - NCBI [Internet]. [cited 2019 Oct 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
- Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Vol. 44, *Rev Saúde Pública*. 2010 [cited 2019 Oct 6]. Available from: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/>
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6; pp. 349 - 357.
- Palmer J, Lusher A, Snowball R. Searching for the evidence. *Genitourin Med*. 1997;73(1):70-2.
- Güler EK, Eşer İ, Khorshid L, Yücel ŞÇ. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: A case in Turkey. *Nurs Outlook* [Internet]. 2012;60(1):21-8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655411000844>
- Porcel MA. Percepciones de las enfermeras en centros geriátricos de Barcelona: un análisis desde la teoría fundamentada. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2013 Jan;23(1):4-13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862112001519>
- Wang N, Yu P, Hailey D. The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *Int J Med Inform*. 2015;84(8):561-9.
- Medeiros FAL, Oliveira JMM, Lima RJ de, Nóbrega MML da. O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 Mar;36(1):56-61. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45636>
- Beck ER, Mcilpatrick S, Hasson F, Leavey G. Nursing Home Manager's Knowledge, Attitudes and Beliefs about Advance Care Planning for people with Dementia in Long-term Care Settings: A Cross-Sectional Survey. *Int J Lab Hematol*. 2016;38(1):42-9.

Enferm Foco vol10 no.2 Brasília mar/abr 2019 Epub jun- 2019  
<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2>

Corrige o artigo: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2019

No artigo 27 "REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SOBRE OS BENEFÍCIOS E MALEFÍCIOS DAS VACINAS" com número de <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2019>, publicado na Revista Enfermagem em Foco v.10(2): 131-135,

**na página 132 Segundo parágrafo**

**Onde se lia:**

A representação dos idosos sobre os benefícios e malefícios das vacinas, pode ser constituída por motivações que os influenciam diretamente na tomada de decisão, quanto a adesão à vacinação<sup>(3)</sup>.

**Leia-se:**

A representação dos idosos sobre os benefícios e malefícios das vacinas, pode ser constituída por motivações que os influenciam diretamente na tomada de decisão, quanto a adesão à vacinação.

**na página 132 Terceiro parágrafo**

**Onde se lia:**

Dentre as vacinas indicadas aos idosos, observa-se que há apenas uma vacina combinada, a Dupla Adulto, composta pelos agentes da Difteria e do Tétano.

**Leia-se:**

Dentre as vacinas indicadas aos idosos, observa-se que há apenas uma vacina combinada, a Dupla Adulto, composta pelos agentes da Difteria e do Tétano<sup>(3)</sup>.

Corrige o artigo 10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2489

**Errata**

No artigo "**APLICATIVO MÓVEL DE PROCESSAMENTO DE IMAGENS DIGITAIS PARA CLASSIFICAÇÃO AUTOMÁTICA DE TECIDOS DE LESÕES POR PRESSÃO**", com número de <https://doi.org/10.21675/2357-707X> publicado na Revista Enfermagem em Foco vol10(7):22-27, na página 27:

**Na referência bibliográfica 5 onde se lia:**

5. Santos AD, Santos MB, Barreto AS, Carvalho DS, Alves JAB, Araújo KCGM. Spatial Analysis and Epidemiological Characteristics of Cases of Leprosy in an Endemic Area. Rev. enferm. UFPE on line. 2016 Nov; 10(5): 4188-4197.  
DOI: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201604.

**Leia-se:**

5. Moraes GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 Jan-Mar [acesso em 2017 Dec12];17(1):98-105. Disponível em:[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000100011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100011&lng=en).  
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100011>.

Enferm Foco vol10 no.2 Brasília mar/abr 2019 Epub jun 2019  
<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2>

Corrige o artigo: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1592

**Errata:**

No artigo "FATORES INTERVENIENTES NA IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO" com numero de <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.1592>, publicado na Revista Enfermagem em Foco, v10(2): 41-6, no topo das páginas 42-46

**Onde se lê:**

FATORES INTERVENIENTES NA IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dilton Luis Soares de Farias, Roberta Nayara Barroso Nery, Mary Elizabeth de Santana

**Leia-se:**

FATORES INTERVENIENTES NA IMPLANTAÇÃO DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rosilene Alves Ferreira, Ricardo de Oliveira Meneses, Cintia Silva Fassarella, Maria Virgínia Godoy da Silva, Gláucya Lima Daú



**Enferm Foco vol.10no.4 Brasilia especial jul/ago 2019 Epub. 2019**

**DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4>**

Corrige o artigo: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2527

No Artigo 18: "Intervenções de enfermagem pré-hospitalar: revisão narrativa" com número <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2527>, publicado no periódico Revista Enfermagem em Foco ,v10(4):122-128, nos quadros apontados nas páginas não estão visíveis adequadamente as informações, por esta razão estamos republicando na íntegra o artigo.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR: REVISÃO NARRATIVA

<sup>1</sup>Mauro Mota- <https://orcid.org/0000-0001-8188-6533>

<sup>2</sup>Madalena Cunha <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

<sup>3</sup>Margarida Santos <https://orcid.org/0000-0002-7948-9317>

<sup>4</sup>Isabel Cristina Kowal Olm Cunha <https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

<sup>5</sup>Mónica Alves <https://orcid.org/0000-0003-0231-038X>

<sup>6</sup>Nuno Marques <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 Virgínia 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.

**Descriptorios:** Enfermería Basada en la Evidencia; Teoría de Enfermería; Trauma; Atención Prehospitalaria; Atención de Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade do Porto, Porto, Portugal

<sup>2</sup>Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

<sup>4</sup>Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP.

<sup>5</sup>Ambulância 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<sup>(1)</sup>.

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<sup>(2)</sup>. 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<sup>(3)</sup>.

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)<sup>(4)</sup>, 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<sup>(5)</sup>, 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<sup>(6)</sup>: 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<sup>(3)</sup>.

## 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<sup>(7)</sup>.

### 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<sup>(8,9)</sup>, 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<sup>(3,5-6,10-11,21)</sup>; 16 para a exploração dos CE, apresentados

sob a forma de Algoritmos de Avaliação, Diagnóstico e Intervenções<sup>(2-4,6,10-21)</sup>. 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).

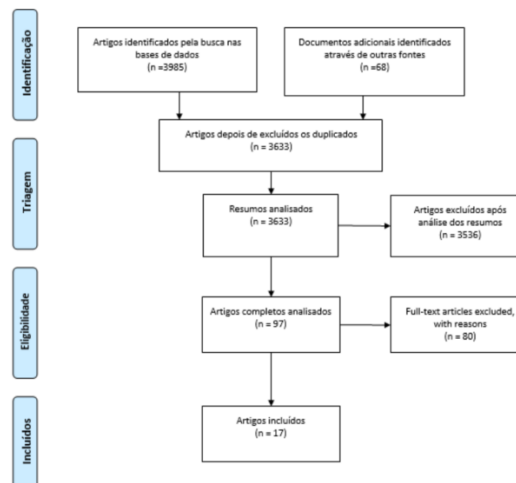


Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção e inclusão dos estudos

### 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). (11)

#### Quadro 1 - Metaparadigmas Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem

Saúde<sup>(3,6,10-11,21)</sup>

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<sup>(3,5-6,11,21)</sup>

Ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nos desejos da natureza individual e nas suas crenças o que a torna única, irrepetível, com dignidade própria e influenciada pelo ambiente onde está integrada. A pessoa deve ser atendida numa perspetiva 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<sup>(3,6,11,21)</sup>

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<sup>(3,6,11,21)</sup>

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<sup>(3)</sup>, a uma pessoa vítima de trauma, baseados na metodologia A (via aérea) B (respiração) C (circulação) D (disfunção neurológica) E (exposição)<sup>(2)</sup>. 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<sup>(2,4)</sup>, e com isso assegurar a permeabilidade e proteção da via aérea e da ventilação, determinantes na prevenção da lesão cerebral e de outros órgão nobres decorrentes da hipóxia (Figura 2).

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<sup>(10)</sup>.

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<sup>(2,4,10,12,17-18,20)</sup> (Figura 3). 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<sup>(2,4,10,12,17-18)</sup>. 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)<sup>(10)</sup>, sendo neste particular contempladas as NHB's Respirar, Movimento, Temperatura corporal, Corpo limpo e Proteção dos tegumentos (Figura 4).

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 espinhal, e à semelhança das avaliações anteriores, definir e redefinir intervenções para otimização da oxigenação, perfusão cerebral e prevenção de lesão secundária<sup>(2,4,10,12,17-20)</sup> (Figura 5).

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<sup>(2,4,10,12,14,17-18,20)</sup>. 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).

## 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<sup>(22)</sup>.

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<sup>(23)</sup>. 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<sup>(24)</sup>. 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<sup>(25)</sup> 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<sup>(11)</sup>. 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<sup>(2,12)</sup>, 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 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, elemento 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, aponta 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.

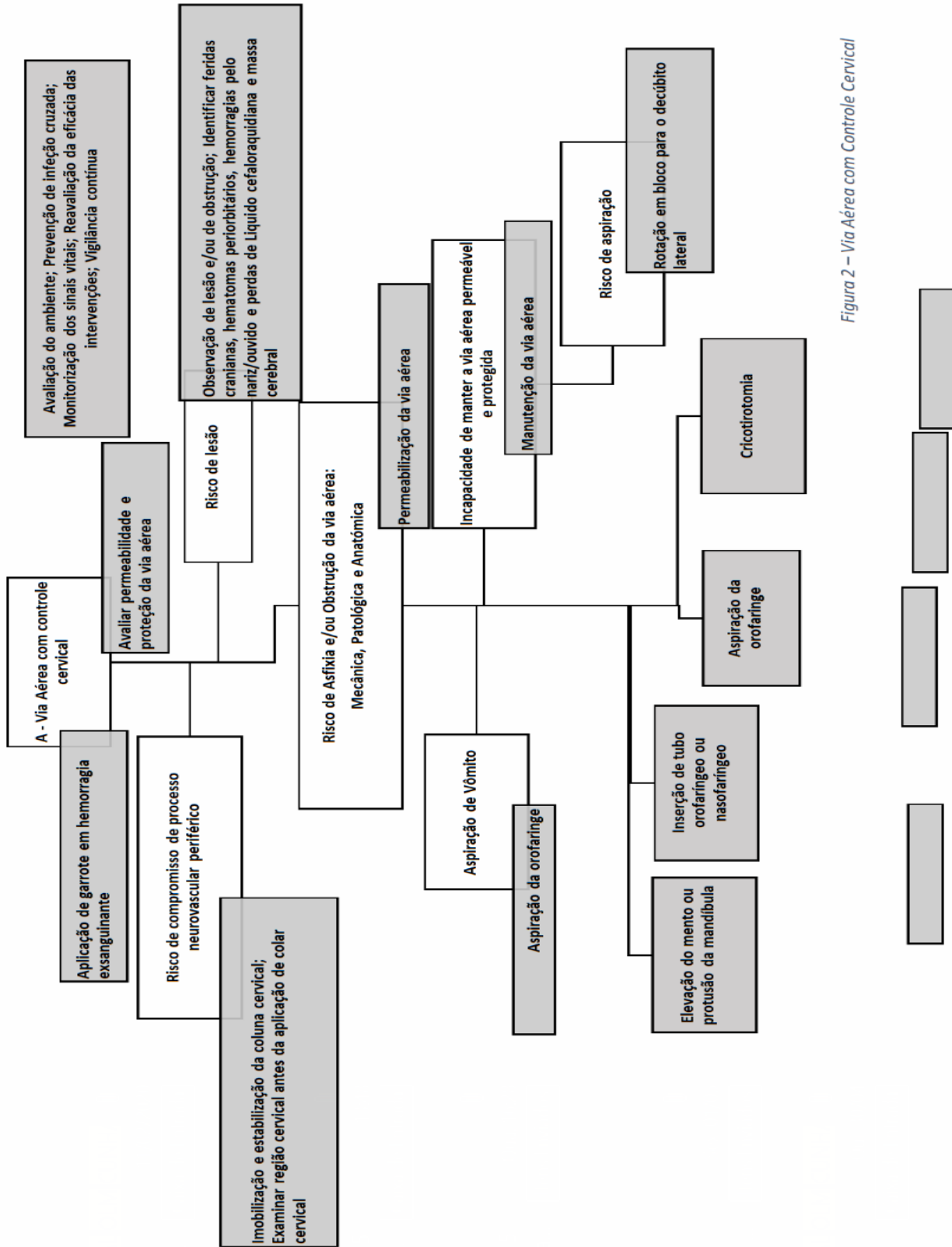


Figura 2 – Via Aérea com Controle Cervical

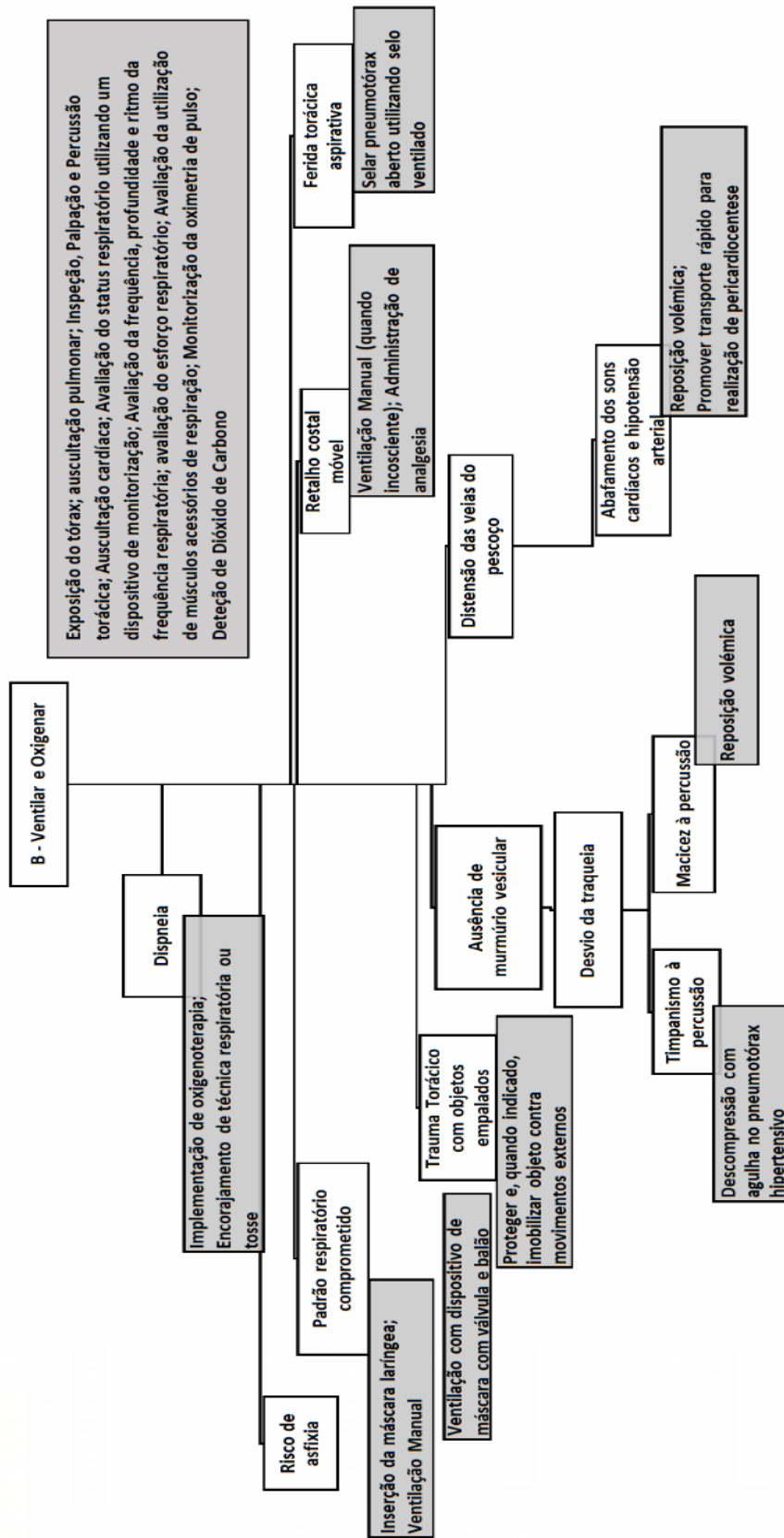
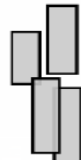


Figura 3 - Ventilar e Oxigenar



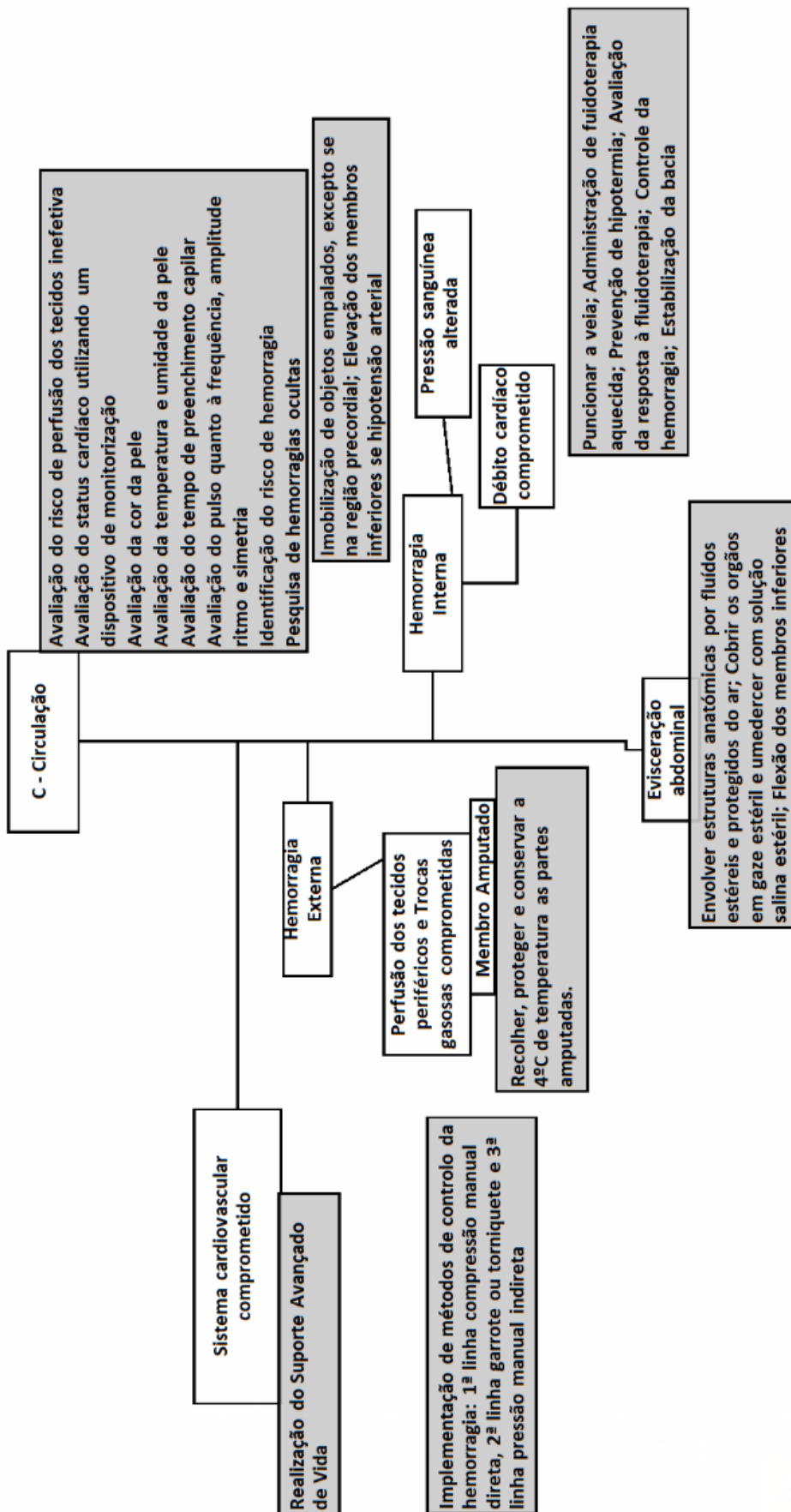


Figura 4 - Circulação



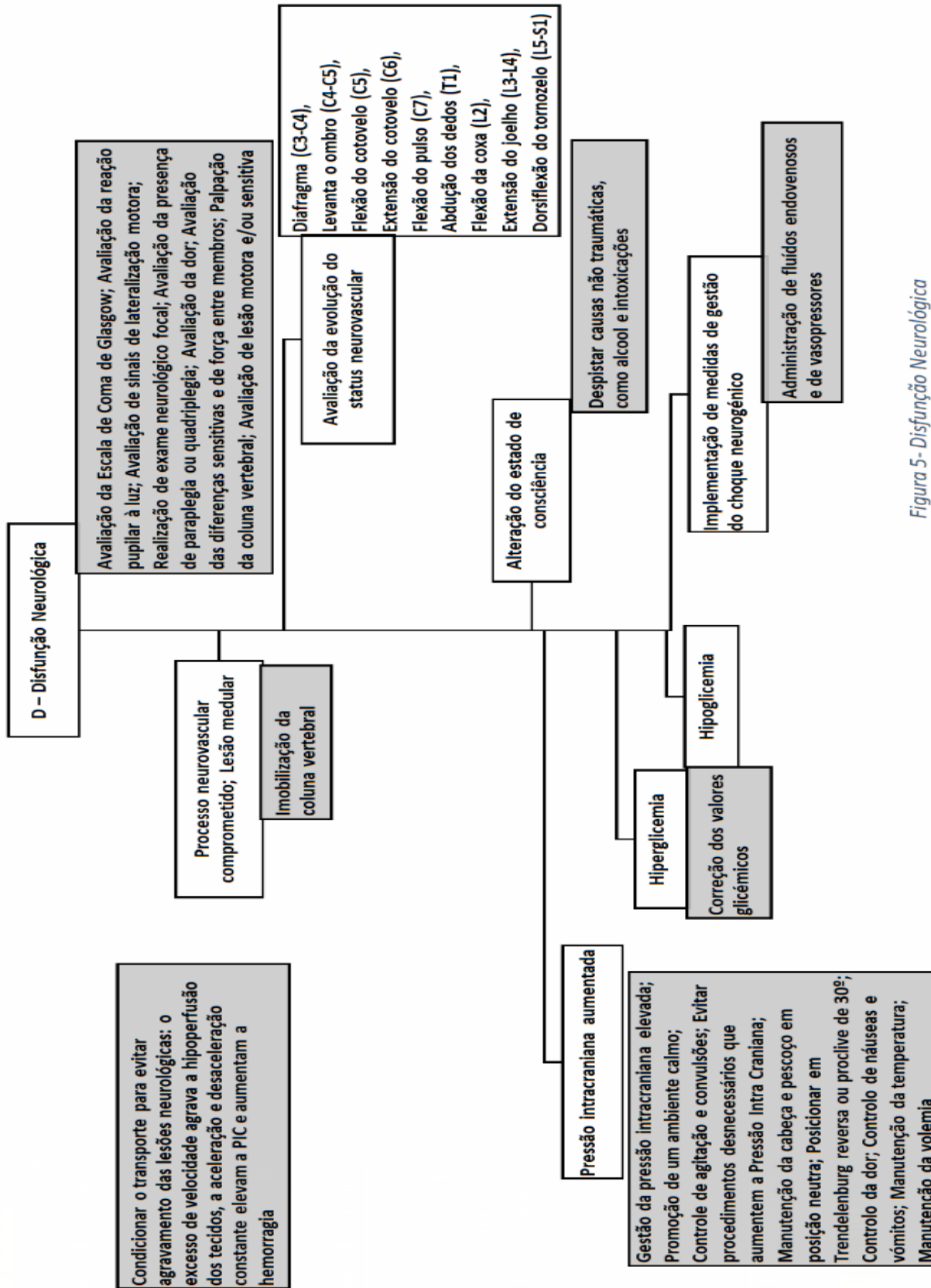


Figura 5- Disfunção Neurológica

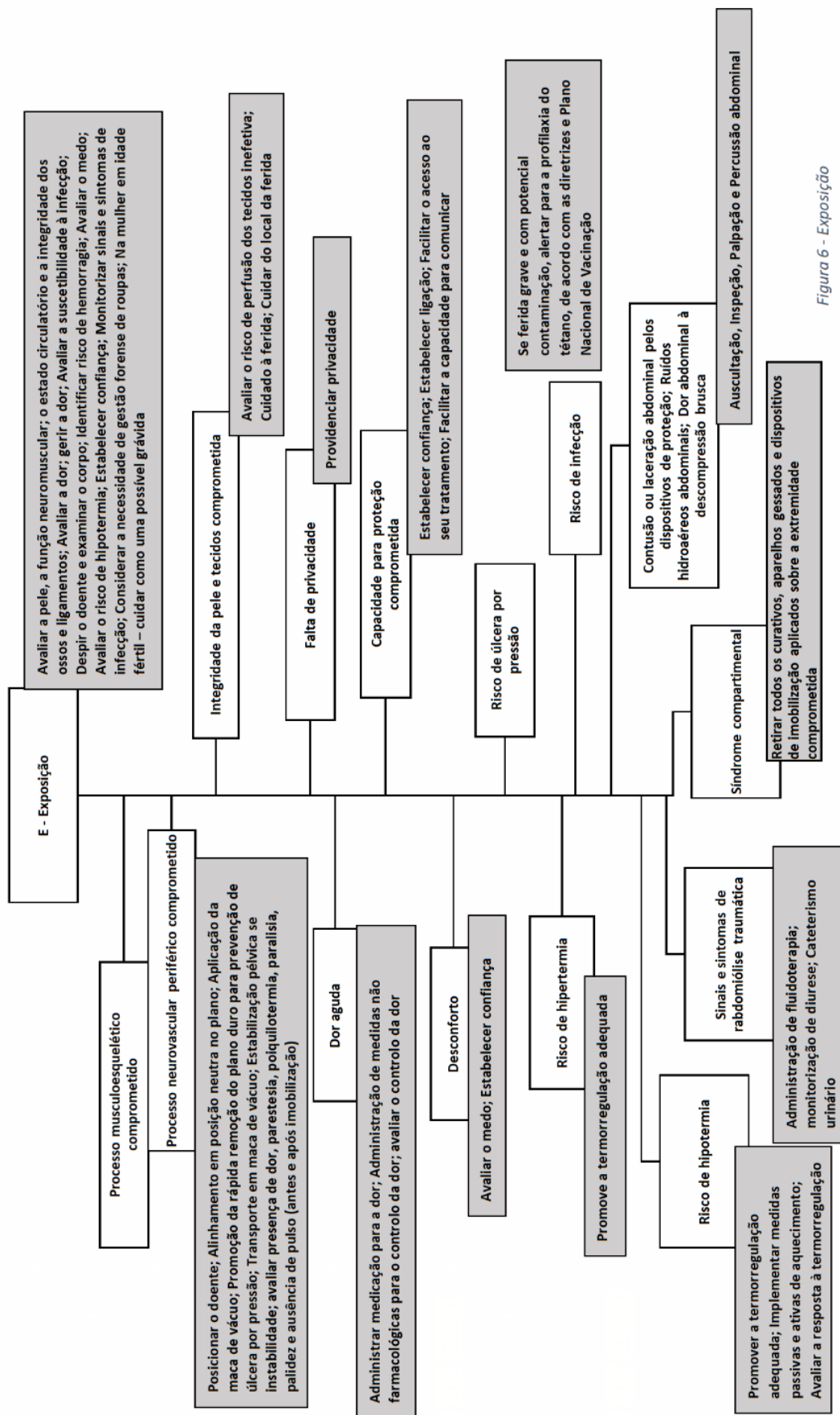


Figura 6 - Exposição

## REFERÊNCIAS

1. Corredor C, Arulkumaran 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
2. American College of Surgeons (ACS). *Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual*. 10 ed. Chicago: ATLS; 2018.
3. George JB. *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª edição ed. ARTmed; 2000. 59-74.
4. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Portugal: Departamento de Formação em Emergência Médica; 2019.
5. Kérouac S, Pepin J, Ducharme A, Major F. *El pensamiento enfermo*. Barcelona: Elsevier Masson; 1996.
6. Alligood MR, Tomey AM. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed: Lusodidacta; 2004.
7. 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
8. 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
9. 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>
10. International Council of Nurses (ICN). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
11. 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>
12. Society of Trauma Nurses (STN). *Advanced Trauma Care for nurses - Student Course Manual*. Lexington: Society of Trauma Nurses; 2013.
13. 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
14. 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>
15. 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)
16. 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>
17. 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
18. 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
19. 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>
20. 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)
21. 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
22. 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/>
23. 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>
24. Filho NA, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência Saúde Coletiva*; 2002.
25. 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>