



Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 10 , NÚMERO 6, 2020

submissão online

04

EDITORIAL - EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: AVANÇOS E RISCOS

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

06

Sistema Cofen/Conselhos Regionais em Foco - Artigo 1 Original**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM: GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA ORIENTADA PARA RESULTADOS DAS ATIVIDADES FINALÍSTICAS**

Marcelo Felipe Moreira Persegona, Manoel Carlos Neri da Silva, Neyson Pinheiro Freire, Walkírio Costa Almeida, Michely Filete, Gilney Guerra de Medeiros, Antônio Marcos Freire Gomes, David Lopes Neto

16

Artigo 2 Original**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O SEU CONSELHO DE CLASSE**

Wellyson Souza, Ianne Mayara, Andeson Mayk, Thalys Maynard, Gerson Silva, Adriana Lira

21

Artigo 3 Original**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA**

Solana Nunes Vieira, Brenda Alice Andrade Vidigal, Antônio Manuel Sousa, Leonardo Naves dos Reis, Elizabeth Teixeira, Milaine Nunes Gomes Vasconcelos

28

Artigo 4 Original**FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE**

Letícia Helbingen Pereira, Andrezza Carlos Costa Rodrigues, Russany Gabrielly Ferreira Cavalcante, Patricia Tavares Santos, Luana Cassia Miranda Ribeiro

36

Artigo 5 Original**ENSINO DA SAÚDE DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS EM CURSOS DE ENFERMAGEM**

Nádile Julian e Costa de Castro, Deisiane da Silva Mesquita, Karytta Sousa Naka, Jéssica Bruna Gomes Teixeira, Rafael dos Santos Borges

42

Artigo 6 Original**COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL DO ENFERMEIRO DURANTE O EXAME FÍSICO: FATORES QUE INTERFEREM NESTA COMPETÊNCIA**

Ana Elise Lopes Pontes, Francine da Costa Alves, Thais Josgrilberg Pereira, Ana Claudia Giesbrecht Puggina

50

Artigo 7 Original**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

Márcia Schelb, Maria Liz de Oliveira Cunha, Leila Bernarda Donato Gottens, Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione

57

Artigo 8 Original**CONTRIBUIÇÕES DE UMA RESIDÊNCIA EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS EGRESSOS**

John Victor dos Santos Silva, Thyara Maia Brandão

63

Artigo 9 Original**EXPANSÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL ENTRE 2004 E 2017**

Letícia Katiane Martins, Rosa Maria Rodrigues, Raphael Klein de Souza, Solange de Fátima Reis Conterno, Mateus Souza da Luz

70

Artigo 10 Original**ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE ESTRESSE ENTRE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**

Maria da Conceição Coelho Brito, Renara Maria Bandeira Vieira Araújo, Maria Socorro de Araújo Dias, Lielma Carla Chagas da Silva, Paloma de Vasconcelos Rodrigues, Marina Pereira Moita

79

Artigo 11 Original**TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA ORIENTAÇÃO DE IDOSOS NOS CUIDADOS COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA**

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort, Francisca Lívia Martins Lobo, Thiago Oliveira Barbosa, Fabyana Gonçalves Pontes

85

Artigo 12 Original**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL DE DETECÇÃO DO PÉ DIABÉTICO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

José William Araújo do Nascimento, Edjôse Ciriaco Santana Silva, Manoel Luiz Ferreira Junior, Suzane Brust de Jesus

92

Artigo 13 Original**CONTRIBUIÇÕES DO COMPONENTE CURRICULAR ANATOMIA APLICADA À ENFERMAGEM**

Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes, Anderson Felix dos Santos, Jackson Soares Ferreira, Denival Nascimento Vieira Júnior, Josélio Soares de Oliveira Filho, Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira

99

Artigo 14 Original**SITUAÇÃO PROBLEMA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO A DISTÂNCIA SOBRE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**

Claudia Labriola de Medeiros Martins, Gisella de Carvalho Queluci

105

Artigo 15 Original**EVENTO QUEDAS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO IDOSO HOSPITALIZADO**

Anderson Abreu Carvalho, Melissa Orlandi Honório Locks, Sílvia Azevedo dos Santos, Angela Maria Alvarez, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Jordelina Schier, Darla Lusía Ropelato Fernandez

111

Artigo 16 Original**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VISÃO DOS PROFISSIONAIS**

Flavia Martins Montello, Leonardo Alves Monturil, Eudilanay Ferreira Moura, Aldair Martins Barasuol, Soraya Rodrigues Doderó, Erika Silva Maciel, Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

- 118** **Artigo 17 Original**
AVALIAÇÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NO AMBIENTE DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Fabiola Lopes Rodrigues, Luciana Melo de Moura, Lara Mabelle Milfont Boeckmann, Manuela Costa Melo, Fabiana Cláudia de Vasconcelos França, Geisa SantAna
- 125** **Artigo 18 Original**
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO EM NUTRIZES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Lidiane do Nascimento Rodrigues, Aliniana da Silva Santos, Rebecca Camurça Torquato, Ana Paola de Araújo Lopes, Priscila Pereira de Souza Gomes, Edna Maria Camelo Chaves
- 131** **Artigo 19 Original**
ENSINO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DO BRASIL
Bárbara Santos Ribeiro, Tércia Oliveira Coelho, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Alba Benemérita Alves Vilela, Sérgio Donha Yarid, Rudval Souza da Silv
- 137** **Artigo 20 Original**
CONTRIBUIÇÃO DAS LIGAS ACADÊMICAS PARA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM
Carlos Romualdo de Carvalho e Araujo Roberlandia Evangelista Lopes, Maria Socorro de Araújo Dias, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Quitéria Larissa Teodoro Farias, Ana Suelen Pedroza Cavalcante
- 143** **Artigo 21 Original**
LIDERANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR: DIFERENÇAS ENTRE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS E ENFERMEIROS GERENTES
Ana Maria Martins Carlos, Isabel Berns Kuiava, Marcello Maciel Nogueira, Fernando Henrique Antunes Menegon, Selma Regina de Andrade, José Luis Guedes dos Santos
- 149** **Artigo 22 Original**
VULNERABILIDADE DE ESTUDANTES DE MEDICINA RELACIONADA AO CONHECIMENTO SOBRE TUBERCULOSE
Ana Carolina Bertoque, Natália Sperli Geraldles Marin dos Santos Sasaki, Maria de Lourdes Sperli Geraldles Santos, Carla Silva Machado, Camila Garcel Pancote, Luciano Garcia Lourenção
- 157** **Artigo 23 Revisão Narrativa**
ENFERMAGEM EM PRÁTICAS AVANÇADAS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: OPORTUNIDADE DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO NO BRASIL -
Marisa Aparecida Amaro Malvestio, Lilian Prates Belem Behringer, Sérgio Dias Martuchi, Marcos Aurélio da Silva Fonseca, Luciano Silva, Eduardo Fernando de Souza, Gilson Clementino Hanszman, Rildo Bezerra
- 165** **Artigo 24 Revisão Integrativa**
COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRAS PEDIÁTRICAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES DE ONCOLOGIA
Fernanda Ribeiro de Araújo Oliveira, Flávia Lilalva de Holanda, Alexandre Pazetto Balsanelli
- 175** **Artigo 25 Revisão Integrativa**
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL
Adriana Maria da Silva Felix, Flávia de Oliveira Motta Maia, Rosimeire Ângela de Queiroz Soares
- 183** **Artigo 26 Artigo Reflexão**
UM OLHAR À LUZ DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
Benedito Fernandes da Silva Filho, Caroline Borges Duque, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Sérgio Donha Yarid
- 188** **Artigo 27 Artigo Reflexão**
O GERENTE DE UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE O USO DA CIPESC
Stéphanie Gonçalves Macêdo Rosa Dantas, Ana Lúcia Abrahão, Ândrea Cardoso de Souza
- 193** **Artigo 28 Relato de Experiência**
IMPLEMENTAÇÃO DO OBSERVATÓRIO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
Giovana Fratin, Aida Maris Peres, Karla Crozeta Figueiredo, Luiz Carlos Cretela Souza, Rucieli Maria Moreira Toniolo
- 299** **Artigo 29 Relato de Experiência**
IMPLANTAÇÃO DA AUDITORIA OPERATIVA EM UMA AUTARQUIA MUNICIPAL
Vanessa Moraes Liberatti, Danielli Rafaeli Candido Pedro, Raquel Gvozdz, Paloma de Souza Cavalcante Pissinati, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad
- 205** **Artigo 30 Relato de Experiência**
ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM AUTARQUIA PROFISSIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM
George Oliveira Silva, Poliana Marques Souza, Alexia Nunes Batista, Claudia Daniele Mendes Barbosa, Ivete Santos Barreto, Luana Cássia Miranda Ribeiro

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: AVANÇOS E RISCOS



Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹
 Editor Associado da Revista Enfermagem em Foco
<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

A formação universitária em Enfermagem, nas últimas três décadas, tem passado por diversas e significativas mudanças e avanços, tanto na perspectiva epistemológica, dos referenciais teórico-filosóficos a serem utilizados nos projetos pedagógicos e na matriz curricular, quanto na prática educativa com a revisitação das aulas teóricas, assim como nas vivências e estágios.

A institucionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) foi um desses avanços, que estimulou os cursos de graduação a reformularem seus projetos pedagógicos e currículos, estabelecendo um perfil do formando e as competências educacionais, dentre outros elementos didático-pedagógicos, que vem contribuindo no caso das profissões da saúde, para a mudança paradigmática estabelecida pelo modelo hegemônico de ensino flexneriano.

Outras mudanças importantes têm sido a ampliação da carga horária da graduação em Enfermagem, para no mínimo de quatro mil horas, a integralização em cinco anos e os currículos em tempo integral adotados por muitas Escolas de Enfermagem, que vem oportunizando ao estudante vivenciar mais conteúdos teóricos, estágios e atividades complementares, além do internato no último ano na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Clínica Hospitalar, proporcionando um melhor preparo dos formandos para o mercado de trabalho em saúde. Tem crescido também, o número de Escolas de Enfermagem que implementam a associação da tríade – ensino, pesquisa e extensão, durante o processo de formação.

A mudança curricular influenciada pelas demandas e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), foi um marco importante, permitindo o estudante vivenciar conteúdos e práticas baseados no perfil epidemiológico locorregional e nas políticas sanitárias, levando a transição, ainda que incipiente em muitos cursos, do deslocamento dos estágios da clínica hospitalar, sobretudo para a APS e gestão sanitária.

Com a mudança na episteme dos projetos pedagógicos, vem ocorrendo a introdução de práticas inovadoras de ensino-aprendizagem, em detrimento às tradicionais, por meio de metodologias ativas, com o experimentar de abordagens transformadoras e da aprendizagem significativa. O desenvolvimento de uma cultura de uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) tem se tornado presente, buscando articular as diferentes abordagens pedagógicas de forma crítica e criativa, sem perder o componente da ética. Tais mudanças têm sido fomentadas, pela implementação das DCN e pela importante formação acadêmica do corpo docente e de pesquisadores em programas de pós-graduação Stricto Sensu (Mestrado e Doutorado).

A implantação de diversas políticas de APS, a exemplo da Estratégia Saúde da Família (ESF), levou a ampliação do mercado de serviços de saúde, demandando a necessidade de formação de uma nova força de trabalho, o que influenciou a abertura de cursos em várias áreas, em especial na Enfermagem. Além das políticas de APS, a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), associada ao liberalismo educacional motivou o atual fenômeno da mercantilização do ensino na saúde, evidenciando um “boom” de Escolas de Enfermagem em todo o país, com a participação majoritária do ensino privado¹⁻². No período de 1991 (ano seguinte da regulamentação do SUS) a 2018, os Cursos de Enfermagem passaram de 106 (61 públicos e 45 privados) para 1.048 (154 públicos e 894 privados), um aumento de 989%³⁻⁴.

O ensino de Enfermagem mantém-se em franca expansão na iniciativa privada, enquanto que no setor público apresenta discreta redução do número de cursos (4,5%). A Enfermagem em 2018 registrou 313.237 matrículas, estando entre os dez maiores cursos de graduação em números de matrículas, atrás somente dos cursos de Direito, Pedagogia, Administração, Contabilidade e Engenharia Civil⁴.

A liberalização do ensino universitário e sua expansão na iniciativa privada, motivou a disseminação do Ensino

¹ Enfermeiro, Professor e Pesquisador do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenador da Câmara Técnica de Educação e Pesquisa (CTEP) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). E-mail: rosemironeto@gmail.com

a Distância (EaD) na Enfermagem. O Censo da Educação Superior de 2018 aponta sete cursos de Enfermagem na modalidade EaD, sendo quatro em universidades e três em centros universitários, ofertando 66.402 vagas, com 75.460 candidatos inscritos, registrando 22.325 ingressos e 94 concluintes⁴.

Recentemente, o Ministério da Educação (MEC), publicou a Portaria Nº 2.117, de 6 de dezembro de 2019, que autoriza as Instituições de Ensino Superior (IES) a ampliarem para até o limite de 40% a carga horária de EaD, na organização pedagógica e curricular em todos os cursos de graduação presenciais, com exceção do Curso de Medicina. Tal decisão afeta a formação em Enfermagem, pois parte das quatro mil horas e a integralização de cinco anos, pode-se resumir a três anos de aulas presenciais e pargos estágios⁵.

A decisão do MEC em ampliar a carga horária EaD no cursos presenciais ou mesmo permitir a existência de cursos totalmente EaD na Enfermagem, afeta o processo formativo e a qualidade da assistência que será prestada à população. Sabemos que o estudante ao vivenciar um curso em cinco anos, de modo integral, apresenta sérias dificuldades e fragilidades para atuar, sobretudo, na APS no cuidado às famílias, sujeitos e comunidades por conta da diversidade de conhecimentos e do escopo de práticas que são demandados.

O EaD na Enfermagem e na Saúde, representa um risco para as profissões e, sobretudo, para a população brasileira que fica vulnerável ao ser assistida por profissionais com formação questionável, em cursos que não apresentam critérios mínimos de qualidade¹⁻².

O estudante para que possa ter um processo formativo de qualidade e que dê respostas à sua clientela futura, necessita de vivências e estágios na realidade do SUS, em comunidades, lares, centros de saúde, clínicas especializadas hospitais gerais e especializados para o desenvolvimento de expertise da práxis clínica, além de outros espaços como no Gerenciamento de Serviços de Saúde e na Gestão Sanitária, que fomentem a produção de conhecimento em Enfermagem, numa perspectiva da subjetividade humana e do cuidado holístico humanizado nos processos de nascer, viver, adoecer e morrer.

O Sistema Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)/Conselhos Regionais e demais entidades têm a compressão que a formação em Saúde e Enfermagem deve ser na modalidade presencial, para evitar riscos à população brasileira, não fragilizar os princípios do SUS e ferir os Direitos Humanos.

Este número da Revista Enfermagem em Foco congrega trinta artigos, que em sua maioria versam sobre a temática da Educação em diversas vertentes, desde a formação universitária, extensão, estágio, condições de formação dos estudantes, expansão dos cursos de graduação, currículo, processo ensino-aprendizagem, educação permanente, educação na saúde, residência multiprofissional, tecnologias educacionais, dentre outros.

Deleitem-se com os artigos e uma boa leitura!

Descritores: Enfermagem; Educação em Enfermagem.

Descriptors: Nursing; Education, Nursing.

Descriptores: Enfermería; Educación en Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Ximenes Neto FRG, Lopes Neto D, Cunha ICKO, Ribeiro MA, Freire NP, Kalinowski CE et al. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Mar 11]; 25(1): 37-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100037&lng=pt. Epub 20-Dez-2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>.
2. 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 Jun [cited 2020 Mar 11]; 23(6): 1971-1979. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.
3. Vieira ALS, Moyses NMN. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 11]; 41(113):401-414. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200401&lng=pt.
4. Ministério da Educação (BR). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Censo da Educação Superior 2018 - Divulgação dos principais resultados. [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>.
5. Ministério da Educação (BR). Portaria Nº 2.117, de 6/12/2019. Dispõe sobre a oferta de carga horária na modalidade de Ensino a Distância - EaD em cursos de graduação presenciais ofertados por Instituições de Educação Superior - IES pertencentes ao Sistema Federal de Ensino. DOU [Internet]. 2019 Dez 11 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/275937634/dou-secas-1-11-12-2019-pg-131>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM: GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA ORIENTADA PARA RESULTADOS DAS ATIVIDADES FINALÍSTICAS

Marcelo Felipe Moreira Persegona¹ <https://orcid.org/0000-0002-8430-9317>
Manoel Carlos Neri da Silva¹ <https://orcid.org/0000-0002-3923-7473>
Neyson Pinheiro Freire² <https://orcid.org/0000-0002-9038-9974>
Walkirio Costa Almeida¹ <https://orcid.org/0000-0001-9260-7982>
Michely Filete¹ <https://orcid.org/0000-0002-8960-7444>
Gilney Guerra de Medeiros¹ <https://orcid.org/0000-0002-3351-2841>
Antônio Marcos Freire Gomes¹ <https://orcid.org/0000-0003-1724-6616>
David Lopes Neto² <https://orcid.org/0000-0002-0677-0853>

Objetivo: discurrir sobre o processo de governança e gestão estratégica orientada para resultados das atividades finalísticas e administrativas do sistema Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens). **Metodologia:** estudo exploratório-descritivo, documental fundamentado em dados coletados em arquivos, especialmente, relatórios de gestão do Cofen. **Resultados:** evidencia que as ações do Cofen orientam os Corens para a boa e regular aplicação dos recursos públicos, cumprimento da missão institucional e realização das atividades finalísticas por meio de um trabalho integrado e baseado no planejamento estratégico institucional. **Conclusão:** Em síntese, o artigo apresenta os resultados das atividades finalísticas de inscrição, cadastro e registro de profissionais de enfermagem; fiscalização e processos éticos e disciplinares pelo sistema, a estrutura organizacional componente gerencial para cumprir as atividades finalísticas e a importância dos procedimentos metodológicos adotados para execução do planejamento estratégico institucional.

Descritores: Enfermagem; Governança; Organização e Administração; Estratégias; Planejamento Estratégico.

FEDERAL NURSING COUNCIL: GOVERNANCE AND STRATEGIC MANAGEMENT ORIENTED FOR RESULTS OF FINALISTIC ACTIVITIES

Objective: to discuss the governance and strategic management process oriented towards results of the finalistic and administrative activities of the Federal Council of Nursing (Cofen) and Regional Nursing Councils (Coren) system. **Methodology:** exploratory-descriptive, documentary study based on data collected in files, especially Cofen management reports. **Results:** it shows that Cofen's actions guide the Coren towards the good and regular use of public resources, the fulfillment of the institutional mission and the carrying out of final activities through an integrated work based on institutional strategic planning. **Conclusion:** In summary, the article presents the results of the final activities of registration, registration and registration of nursing professionals; inspection and ethical and disciplinary processes by the system, the organizational structure and managerial component to fulfill the finalistic activities and the importance of the methodological procedures adopted for the execution of the institutional strategic planning.

Descriptors: Nursing; Governance; Organization and Administration; Strategies; Strategic Planning.

CONSEJO FEDERAL DE ENFERMERÍA: GOBERNANZA Y GESTIÓN ESTRATÉGICA ORIENTADA A LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES FINALISTAS

Objetivo: discutir el proceso de gobernanza y gestión estratégica orientado a los resultados de las actividades finalistas y administrativas del sistema del Consejo Federal de Enfermería (Cofen) y los Consejos Regionales de Enfermería (Corens). **Metodología:** estudio documental exploratorio descriptivo basado en datos recopilados en archivos, especialmente informes de gestión de Cofen. **Resultados:** muestra que las acciones de Cofen guían a los Corens hacia el uso bueno y regular de los recursos públicos, el cumplimiento de la misión institucional y la realización de las actividades finales a través de un trabajo integrado basado en la planificación estratégica institucional. **Conclusión:** en resumen, el artículo presenta los resultados de las actividades finales de registro, registro y registro de profesionales de enfermería; inspección y procesos éticos y disciplinarios por parte del sistema, el componente organizacional y la estructura gerencial para cumplir con las actividades finalistas y la importancia de los procedimientos metodológicos adoptados para la ejecución de la planificación estratégica institucional.

Descritores: Enfermería; Gobernanza; Organización y Administración; Estrategias; Planificación Estratégica.

¹ Membros do Conselho Federal de Enfermagem

² Membros da Comissão de Pós-graduação Stricto Sensu/Cofen.

Autor correspondente: Neyson Pinheiro Freire - E-mail: neysonfreire@gmail.com

INTRODUÇÃO

A estrutura organizacional do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem como uma autarquia pública sui generis lhe confere a função precípua de estabelecer diretrizes normativas aos Conselhos Regionais de Enfermagem para fiscalizarem o exercício da profissão, de acordo com a Lei nº 7.498, de 25/06/1986². Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) fortaleceu institucionalmente as áreas finalísticas dos Conselhos Regionais de Enfermagem com a criação de um departamento específico e a consolidação da Força Nacional de Fiscalização para reduzir as assimetrias e assegurar a fiscalização efetiva em todos estados do Brasil, utilizando-se de estratégias por plenárias descentralizadas, que contribuem para a integração do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, bem como a realização de encontros setoriais e fomentos de grupo de trabalho, tendo em vista o alinhamento estratégico do sistema.

Dessa maneira, para o atendimento de suas finalidades, o Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem exerce ações deliberativas, administrativas, executivas, normativas, regulamentares, contenciosas e disciplinares³.

O Cofen, com sede na capital federal e jurisdição em todo o território nacional, é a unidade central do Sistema e os Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens) as unidades vinculadas com jurisdição no Distrito Federal e nos Estados onde se localizam, com sede e foro nas respectivas capitais.

O movimento de boa governança pública tem ascendido como um artifício baseado nos princípios a legitimidade, a equidade, a responsabilidade, a eficiência, a probidade, a transparência e a accountability⁴, os quais são capazes de expressar participação proativa de gestores, notadamente pelo uso de metodologias orientadas para resultados baseados no planejamento estratégico institucional para cumprimento das atividades finalísticas.

Este estudo tem por objetivo discorrer sobre o processo de governança e gestão estratégica orientada para resultados das atividades finalísticas e administrativas do sistema Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens).

METODOLOGIA

Tipo de estudo - Estudo qualitativo, de natureza exploratório-descritiva, do tipo documental.

População e amostra - A pesquisa foi realizada em fontes de dados de relatórios de gestão da estrutura administrativa do Cofen. Foram incluídos os relatórios provenientes da Assessoria de Planejamento e Gestão, da Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional, da Divisão

de Orçamento e Empenho/Departamento Financeiro e do Departamento de Gestão do Exercício Profissional/Setor de Processos Éticos. Foram excluídas as informações do relatório de gestão de 2019.

Local de estudo - A documentação foi consultada na sede do Cofen.

Coleta dos dados - Os dados foram coletados entre em janeiro e fevereiro de 2020, formalizando o corpus documental em seis eixos temáticos: 1 - Organização do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem; 2 - Finalidade e competências do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem; 3 - Governança institucional do Cofen; 4 - Cadeia de valor e modelo de negócios; 5 - Metodologia de Gestão Estratégica Orientada para Resultados (GEOR); 6 - Atividades finalísticas e administrativas, os quais receberam uma análise descritiva.

RESULTADOS

Organização do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem

Os Corens são classificados conforme critérios estabelecidos na Decisão Cofen nº 243/2016, sendo: micro, pequeno, médio, grande e macro porte. A classificação se dá utilizando o número de profissionais inscritos no Coren (Figura 1). O porte dos Corens está identificado por cores: macro porte pela cor laranja, grande porte pela cor lilás, médio porte pela cor amarela, pequeno porte pela cor rosa e micro porte pela cor azul.

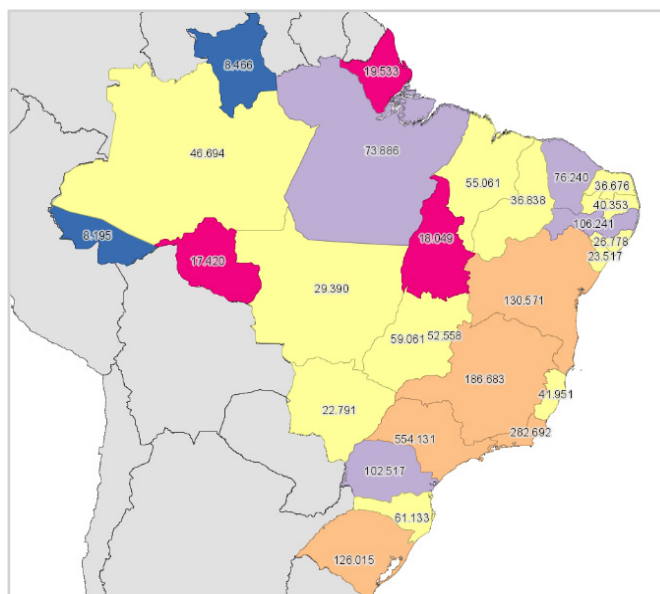


Figura 1 - Cartograma dos portes dos Corens por número de inscritos.

Fonte: Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional/DGEP/Cofen.

São classificados como de micro porte os Corens de Roraima e Acre, que têm até 10 mil profissionais de enfermagem inscritos. Com 10 mil a 20 mil, os Corens do Amapá, Rondônia, Tocantins, Sergipe e Mato Grosso do Sul foram classificados como de pequeno porte. A classificação considera de médio porte os Corens com mais de 20 mil e menos de 60 mil inscritos: Alagoas, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Piauí, Paraíba, Espírito Santo, Amazonas, Distrito Federal, Maranhão, Goiás, Santa Catarina e Pará, de grande porte aqueles com até 120 mil inscritos: Ceará, Pernambuco, Paraná, Bahia e Rio Grande do Sul e, de macro porte, os regionais com mais de 120 mil profissionais inscritos: Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

Esta classificação auxilia na redução das assimetrias regionais garantindo que todos os Corens tenham as condições mínimas necessárias para cumprir sua missão de fiscalizar o exercício profissional da enfermagem, garantindo a segurança de pacientes e profissionais. O apoio logístico e técnico aos regionais menor porte é um compromisso da atual gestão do Cofen.

Finalidade e Competências do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem

O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, criado pela Lei no 5.905, de 12 de julho de 1973, é constituído pelo conjunto das autarquias federais fiscalizadoras do exercício da profissão de enfermagem e tem por finalidade a normatização, disciplinarização e fiscalização do exercício da Enfermagem e da observância de seus princípios éticos profissionais. Cada Conselho é dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa, financeira, patrimonial, orçamentária e política, sem qualquer vínculo funcional ou hierárquico com os órgãos da Administração Pública Federal⁵.

O mapeamento da localização do Cofen (Figura 2) está representada pela estrela amarela no Distrito Federal; os 27 Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens) estão representados pelos pontos vermelhos; e as 102 subseções estão representadas pelos pontos azuis.

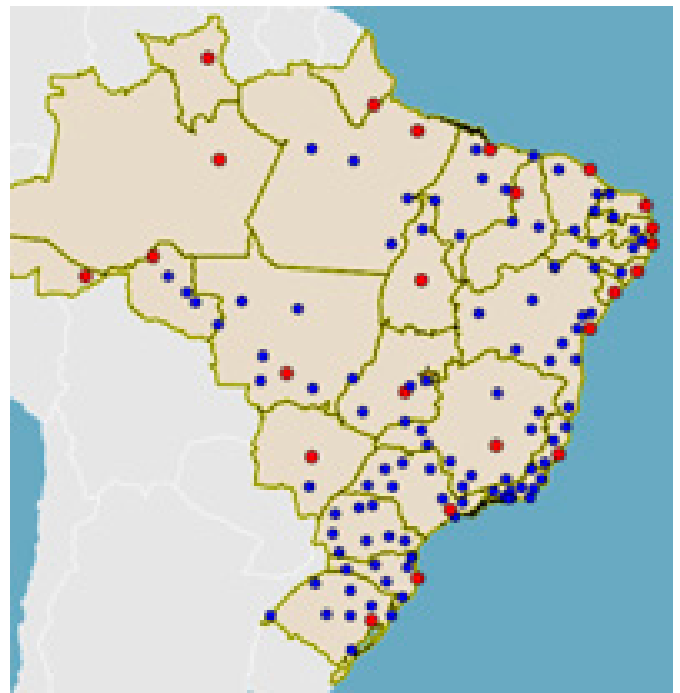


Figura 2 - Abrangência do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Fonte: Assessoria de Planejamento e Gestão/Cofen.

Quanto a compreensão das finalidades das entidades de classe da enfermagem brasileira, faz-se necessário observar que nem todo profissional de enfermagem e grande parte da sociedade sabe a diferença entre Conselho de Fiscalização Profissional, Associação e Sindicato. Em uma breve descrição, a diferença entre essas entidades é:

- Conselho de Fiscalização Profissional: O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem se constitui num conjunto de autarquias federais que tem a missão finalística de registro, fiscalização, normatização, julgamento ético e orientação do exercício da enfermagem. O Cofen é o órgão central do Sistema responsável por baixar normas gerais para orientar a fiscalização, disciplinar o exercício da profissão, expedir instruções e supervisionar o bom funcionamento dos Conselhos Regionais, além de propor políticas para o desenvolvimento da enfermagem. Já os Conselhos Regionais são órgãos subordinados ao Conselho Federal e executores de suas instruções e da disciplina e fiscalização do exercício profissional. Sendo assim, o público-alvo

do Conselho Federal são os Conselhos Regionais diretamente e os profissionais de enfermagem indiretamente. Ressalta-se que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Enfermagem têm seu espaço de atuação delimitado pela sua lei de sua criação.

- Associação: Pessoa jurídica de direito privado, responsável por congrega os profissionais de determinada área/profissão, visando atualização e aprimoramento profissional, por meio da promoção de eventos, cursos, criação de grupos de trabalho por temas etc. Também atua na divulgação da área/profissão, visando abrir vagas no mercado de trabalho, podendo disponibilizar bancos de currículos e divulgar vagas. Possui cunho científico e o objetivo de reciclar os conhecimentos.
- Sindicato: Pessoa jurídica de direito privado, que tem sua ação voltada para as questões referentes à relação de trabalho, tais como salário, horas extras, insalubridade, acordos e dissídios coletivos, entre outras questões trabalhistas. Entidade constituída para fins de proteção, estudo e defesa de interesses comuns de seus filiados.

O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem tem sob sua responsabilidade a gestão 2.263.269 profissionais de Enfermagem⁶, sendo 552.353 Enfermeiros, 1.295.011 Técnicos de Enfermagem, 415.619 Auxiliares de Enfermagem e 286 Obstetrias presentes em todos os municípios brasileiros com papel essencial no Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

Para gerir todos os profissionais de enfermagem inscritos, o Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem conta com 2.704 profissionais de diversas áreas do conhecimento. O Cofen, por sua vez, possui sua força de trabalho com 276 profissionais.

Governança Institucional do Cofen

A governança institucional é a maneira pela qual o Cofen exerce a administração dos seus recursos humanos e orçamentários visando o cumprimento das suas atividades finalísticas, implicando ainda na sua capacidade de planejar, formular e implementar políticas públicas e cumprir suas competências institucionais.

Dentro do quadro situacional do Cofen, a governança é entendida como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar,

direcionar e monitorar a gestão do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.

Portanto, a governança institucional do Cofen compreende, essencialmente, os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade e da enfermagem brasileira (Figura 3).

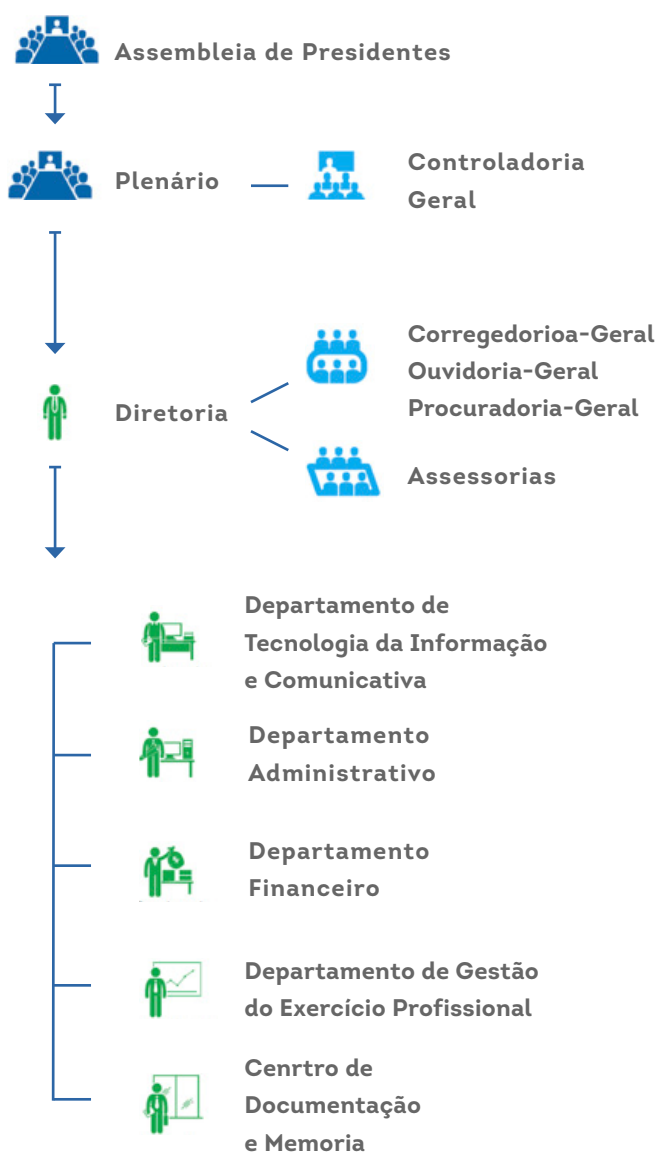


Figura 3 - Processo de Governança Institucional do Cofen.

Fonte: Assessoria de Planejamento e Gestão/Cofen.

O Regimento Interno do Cofen explicita como é organizada e instituída a Governança Institucional. Este regimento, aprovado pela Resolução Cofen no 421/2012, institui a Assembleia de Presidentes como órgão consultivo e recursal do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Esta mesma Resolução também institui e disciplina o funcionamento do Plenário e da Diretoria do Cofen³.

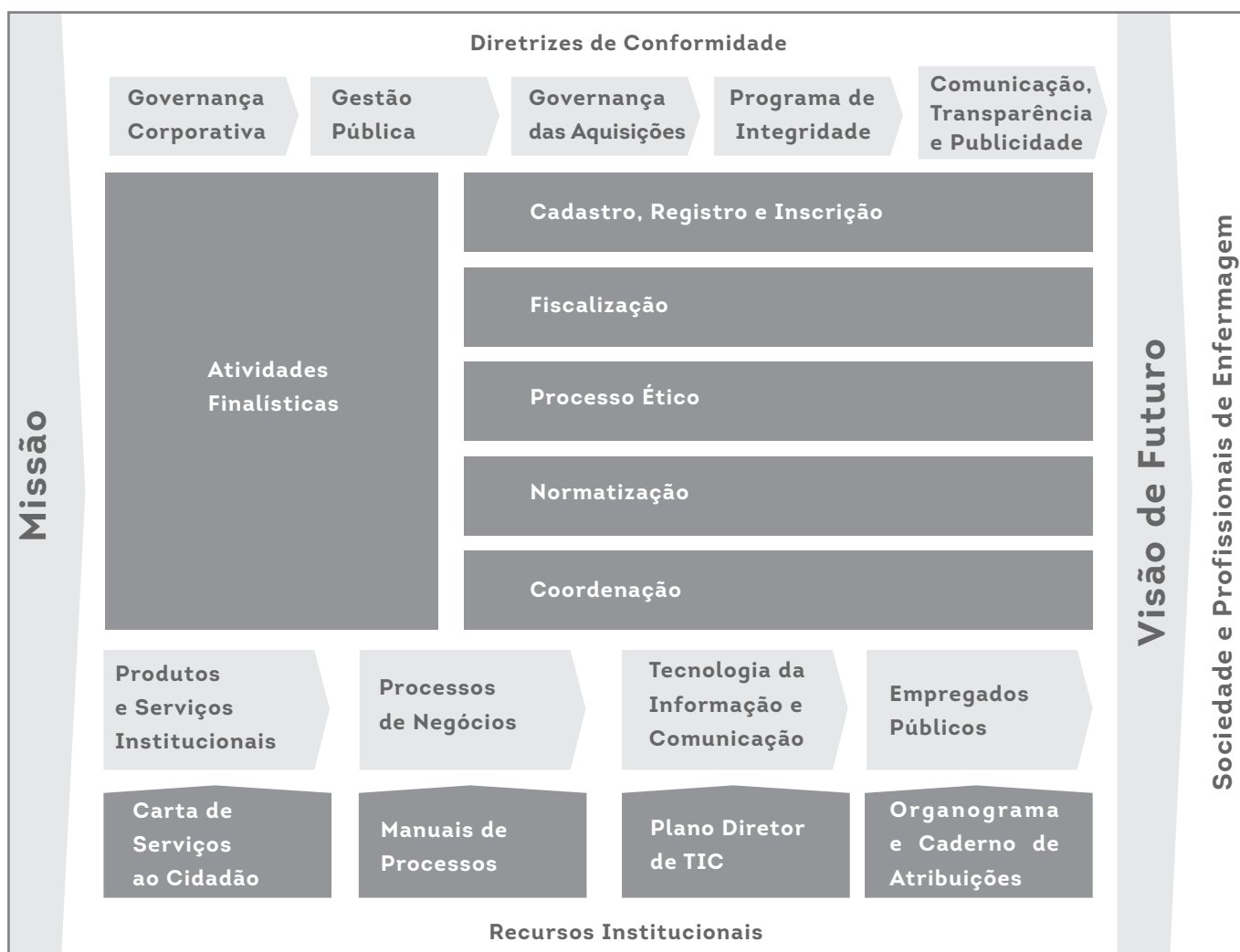
A Assembleia de Presidentes é constituída pelo conjunto de presidentes dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem. Ela delibera, pelo voto da maioria de seus integrantes, a respeito de julgamento de recursos das Decisões proferidas pelo Cofen em Processo Administrativo Disciplinar contra conselheiros ou em Processo Ético; definição de macro políticas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem; e consultas formuladas pelo Plenário e presidente do Cofen.

O Plenário do Cofen está constituído por dezoito Conselheiros Federais, os quais estão divididos em nove Conselheiros Federais Efetivos e nove Suplentes. Dos nove Efetivos, seis compõem a Diretoria do Cofen. A Diretoria do Cofen é constituída por Conselheiros Federais Efetivos que ocupam os cargos de: Presidente, Vice-Presidente, Primeiro-Secretário, Segundo-Secretário, Primeiro-Tesoureiro e Segundo-Tesoureiro.

Cadeia de Valor e Modelo de Negócios

A Cadeia de Valor do Cofen foi elaborada a partir dos elementos básicos do Planejamento Estratégico Institucional (PEI), atividades finalísticas, diretivas de conformidade e recursos institucionais (Figura 4). A partir dela são concebidos os projetos institucionais que irão compor o PEI e se converterão nos resultados institucionais das atividades finalísticas, realizados por meio de Planos de Ação e Projetos.

Figura 4 – Cadeia de Valor do Cofen.

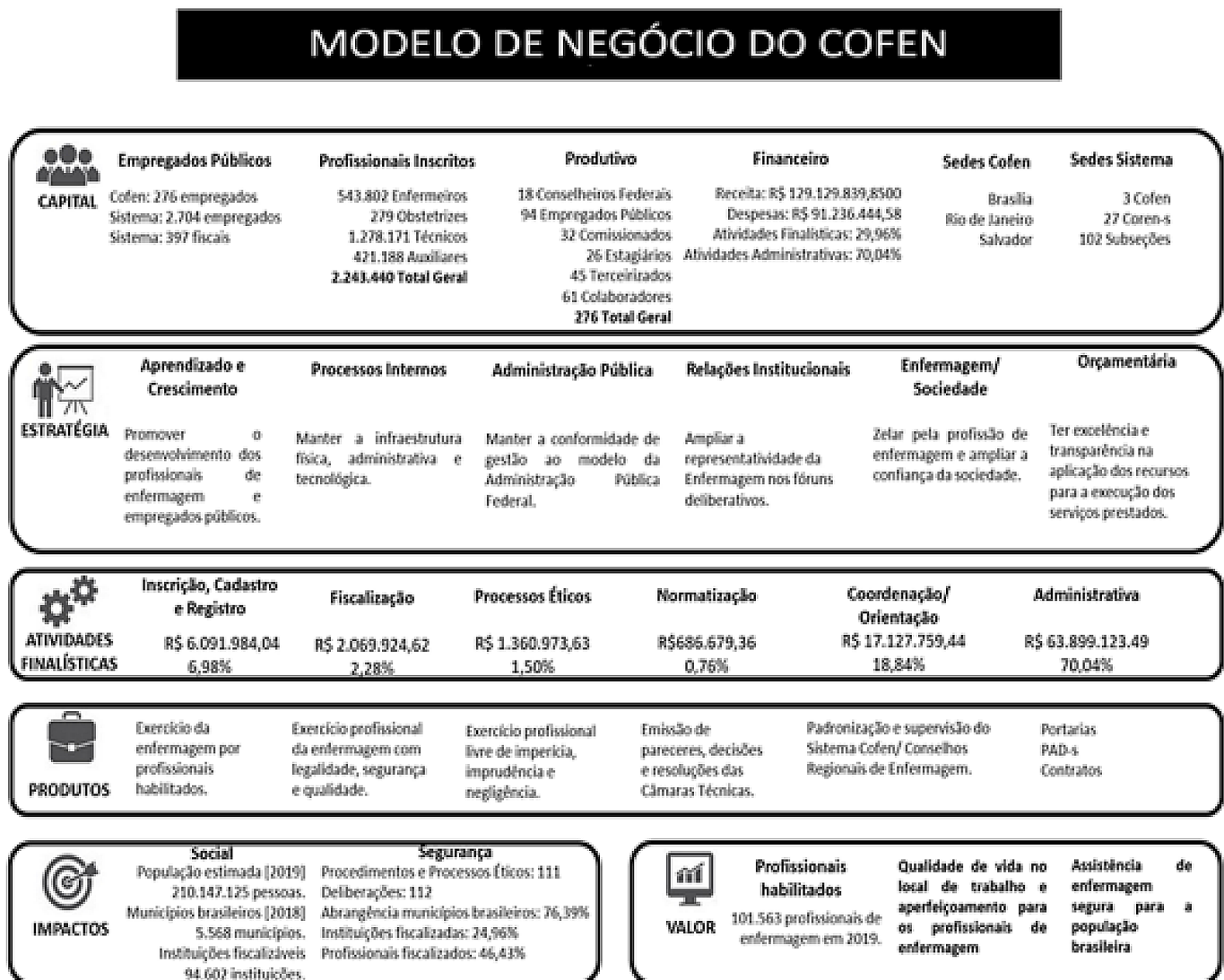


Fonte: Assessoria de Planejamento e Gestão/Cofen.

O Modelo Negócios do Cofen leva em conta, para a sua concepção, a Cadeia de Valor e é concebido a partir de quatro perguntas fundamentais: O que? Para quem? Como? Quanto? A Figura 5 apresenta esse modelo, o qual está estruturado nas dimensões: Capital, Estratégia, Atividades Finalísticas, Produtos, Impacto e Valor. Onde, entende-se por:

- a) Capital: conjunto de recursos que o Cofen possui para realizar as suas Atividades Finalísticas.
- b) Estratégia: conjunto de Objetivos Estratégicos organizados nas dimensões da Metodologia do Balanced Scorecard (BSC) adotada pelo Cofen para cumprir a sua Missão Institucional, alcançar a sua Visão de Futuro e realizar as Atividades Finalísticas.
- c) Atividades Finalísticas: processos que geram e entregam produtos e serviços do Cofen para os Corens, profissionais de enfermagem e sociedade brasileira.
- d) Produtos: conjunto de produtos e serviços desenvolvidos pelo Cofen na execução de sua Estratégia, os quais entregam valor percebido aos Corens, à sociedade brasileira e aos profissionais de enfermagem.
- e) Impacto: representa a abrangência que as atividades do Cofen desejam alcançar.
- f) Valor: representa os resultados precípuos que são entregues ao público-alvo: Corens, profissionais de enfermagem e sociedade brasileira.

Figura 5 – Modelo de Negócio do Cofen.



Fonte: Assessoria de Planejamento e Gestão/Cofen.

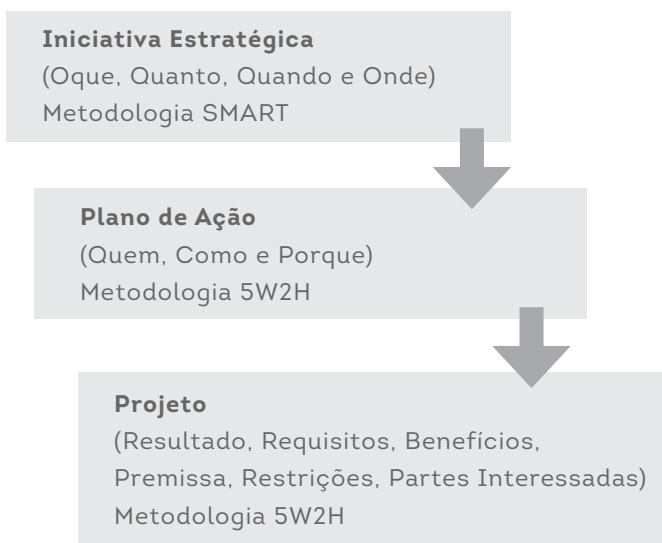
O modelo de negócio na esfera pública, também chamados de templates ou canvas, requer pessoal estratégico e qualificado (*stakeholders*) com capacidade de descrever arranjos de governança para “identificar e modelar indicadores, melhorar o processo decisório, fortalecer o planejamento estratégico, auxiliar o desenho de soluções de [Tecnologia da Informação] TI”⁷.

Metodologia de Gestão Estratégica Orientada para Resultados (geor)

O Planejamento Estratégico Institucional (PEI) do Cofen é elaborado utilizando a Metodologia de Gestão Estratégica Orientada para Resultados (GEOR) a qual permite a sociedade e a enfermagem saber dos gestores do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem como, onde e com que benefícios os seus recursos estão sendo aplicados. Ela traduz o dever Cofen de explicitar e cristalizar os seus compromissos com a enfermagem por meio do alcance de resultados, transparência e prestação de contas. Resumindo, pode-se dizer que o ponto central da Metodologia GEOR é transformar intenção e ideia em realidade⁸.

Para a aplicação da Metodologia GEOR foi desenvolvido um Método Ágil para concepção, elaboração, execução e acompanhamento de projetos institucionais que utiliza três instrumentos de gestão: SMART, 5W2H e Canvas de Projetos⁹. Cada um dos instrumentos possui um conjunto de perguntas que vão sendo respondidas e contribuem para a elaboração do próximo instrumento (Figura 6).

Figura 6 – Metodologia de Gestão Estratégica Orientada a Resultados.



Fonte: Assessoria de Planejamento e Gestão/Cofen.

Ao final da aplicação da Metodologia GEOR, obtém-se Iniciativas Estratégicas que serão utilizadas para a elaboração do Plano Plurianual (PPA), Planejamento Estratégico Institucional, Planejamento Estratégico Setorial e Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI), Planos de Ação, Projeto Básicos/Termos de Referência e, finalmente, Contratos de aquisição de bens e serviços.

Atividades Finalísticas e Administrativas

O Cofen, em 17/01/2018, criou o Departamento de Gestão do Exercício Profissional (DGEP) por meio da Resolução Cofen no 566/2018, para ser o órgão técnico responsável por organizar, planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar as estratégias necessárias para o alcance das diretrizes de gestão na área das Atividades Finalísticas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Para isso, fazem parte de sua estrutura organizacional:

- Câmaras Técnicas são órgãos de natureza consultiva, propositiva e avaliativa sobre assuntos atinentes a enfermagem e assessoram as decisões do Plenário. Assessoria das Câmaras Técnicas é o cargo de assessoramento e suporte à Coordenação das Câmaras Técnicas nas atividades administrativas, assim como também, realizar o atendimento para as Câmaras Técnicas, Comissões, Grupos de Trabalho e colaboradores do Cofen.
- Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional (DFEP) é o órgão técnico responsável por executar as estratégias necessárias para a execução das diretrizes e políticas da gestão na área de fiscalização do exercício profissional, objetivando inovar, padronizar, unificar e consolidar as ações que envolvam a fiscalização do exercício profissional.
- Setor de Processos Éticos (SPE) é o órgão operacional responsável por realizar o controle e o cuidado administrativo dos Processos Éticos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, preparando a documentação necessária, visando o correto andamento e autuação processual.
- Setor de Inscrição, Registro e Cadastro (SIRC) é o órgão técnico responsável por executar

as estratégias necessárias para o cadastro e inscrição dos profissionais de enfermagem, instituições de saúde, estabelecimentos de ensino e formação profissional de enfermagem.

Atualmente, o DGEF, também, é responsável pela coordenação das atividades das Câmaras Técnicas do Cofen, as quais são de: Atenção à Saúde (CTAS), Educação e Pesquisa (CTEP), Fiscalização (CTFIS), Legislação e Normas (CTLN) e Atenção Básica em Saúde (CTAB).

No exercício de 2019, o Cofen gastou, com as Atividades Finalísticas, 29,96% do seu orçamento. Estão contemplados nessa porcentagem as Atividades Finalísticas AF01 a AF05, conforme orientações extraídas do Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) do Tribunal de Contas da União (TCU), ver tabela 2 e também a figura 4 - Modelo de Negócio do Cofen. A Atividades Finalísticas AF06 - Administrativa foi criada pelo Cofen para classificar os demais gastos da autarquia que não aqueles classificados pela FOC do TCU (Tabela 1).

Tabela 2 - Gastos por Atividade Finalística.

Código	Atividade Finalística	Valor	Porcentagem
AF01	Inscrição, Cadastro e Registro	6.091.984,04	6,68%
AF02	Fiscalização	2.069.924,62	2,27%
AF03	Processo Ético	1.360.973,63	1,49%
AF04	Normatização	686.679,36	0,75%
AF05	Coordenação/Orientação	17.127.759,44	18,77%
AF06	Administrativa	63.899.123,49	70,04%
Total Geral		91.236.444,58	100,00%

Fonte: Divisão de Orçamento e Empenho/Departamento Financeiro/Cofen.

RESULTADOS DA FISCALIZAÇÃO

Em busca da uniformidade e fortalecimento do processo de trabalho da fiscalização, a fim de garantir a excelência das ações realizadas pelos Corens, o Cofen tem atuado ativamente realizando visitas técnicas, treinamentos e acompanhamento das condutas adotadas pelos Corens.

No ano de 2019, doze Corens foram contemplados com Visita Técnica da Divisão de Fiscalização do Exercício Profissional/Câmara Técnica de Fiscalização/Força Nacional de Fiscalização do Cofen nos Departamentos de Fiscalização (DEFIS), objetivando o efetivo acompanhamento e supervisão das atividades

de fiscalização realizadas pelos Corens. Um total de cinco Corens foram contemplados com treinamentos e capacitações para enfermeiro fiscais e conselheiros, ainda prestado apoio em apuração de diligências em outros três Corens.

No ano de 2019, foi realizada a Operação de Fiscalização no Coren MT, sendo fiscalizados, pelos membros da Força Nacional de Fiscalização (FNFIS) e fiscais do Coren-MT, 17 estabelecimentos que atendem a maioria absoluta da demanda de saúde do Estado, alcançando cerca de 1.238 leitos e 2.277 profissionais de enfermagem, o que representa, aproximadamente, 10% dos trabalhadores de enfermagem do Estado do Mato Grosso, sendo detectadas e notificadas 124 não conformidades nos serviços de enfermagem.

Desde 2015, os membros da FNFIS/Cofen já fiscalizaram 150 instituições em onze Estados, sendo identificadas e notificadas cerca de 731 irregularidades/não conformidades nos serviços de enfermagem. Somente no ano de 2019 foram realizadas, pelos vinte e sete Corens, 24.948 fiscalizações em instituições com serviços de enfermagem em 4.255 municípios do Brasil, alcançando um total de 1.046.198 profissionais de enfermagem.

Para aprimorar ainda mais a fiscalização, o Cofen estabeleceu, por meio da Resolução Cofen no 598/2018, os Relatórios Trimestrais de Fiscalização e de Processos Éticos, que são preenchidos e enviados ao Cofen, pelos Corens, a cada três meses, em formulário digital para auxiliar no monitoramento, controle e fiscalização do exercício profissional da enfermagem. Esta pesquisa trimestral auxilia a constituição de uma base de informações estratégicas para a construção de programas e projetos de amplitude local e nacional, inclusive para promover, periodicamente, a capacitação continuada dos fiscais dos Corens, com o objetivo de adotar políticas de dinamização dos trabalhos e serviços nessa área, além de atender as demandas de órgãos e entidades de controle externo. O banco de dados resultante do preenchimento dos formulários eletrônicos permite montar tabelas, gráficos e cartogramas de acompanhamento e controle da fiscalização.

RESULTADOS DOS PROCESSOS ÉTICOS

O Código de Processo Ético, regido pela Resolução Cofen no 370/2010, é o conjunto de instruções que regem a apuração dos indícios de faltas éticas e disciplinares atribuídas à profissionais de enfermagem.

Ao final dessa apuração ocorre o julgamento ético que é dotado de duplo grau de jurisdição. Na 1ª instância está o Plenário dos Corens ou Plenário do Cofen, nos julgamentos de Conselheiros Federais e Regionais ou no impedimento dos Plenários dos Conselhos Regionais. Na 2ª instância, o Plenário do Cofen que atua no julgamento dos recursos das decisões dos Corens, ou a Assembleia de Presidentes, nos recursos em que a primeira instância é o Plenário do Cofen.

O Processo Ético é instaurado mediante: 1) denúncia, que é o ato pelo qual se atribui a alguém a prática de infração ética ou disciplinar, podendo ser realizada por pessoa física ou jurídica; e 2) "De ofício" quando o Presidente do Conselho venha a saber, por qualquer meio, de fato que tenha característica de infração ética ou disciplinar.

Os atos processuais têm caráter reservado, realizando-se, de preferência, na sede dos Conselhos e em dias úteis.

Em 2019 O Cofen recebeu 107 recursos de julgamentos de processos éticos realizados pelos Regionais. Além desses, foram instaurados quatro processos administrativos diretamente no Cofen para apurar indícios de infrações ético-disciplinares, sem tramitação prévia em qualquer Coren. Assim, o total de processos que envolvem questões éticas com tramitação no Cofen, foi de 111. No cumprimento de suas atividades finalísticas, o Setor de Processos Éticos realizou, no ano de 2019, nove visitas técnicas a Corens para apoiar e acompanhar as atividades de Processos Éticos.

RESULTADOS DE INSCRIÇÃO, REGISTRO E CADASTRO

O Setor de Inscrição, Registro e Cadastro (SIRC/DGEP/Cofen) recebeu 39.901 guias de remessa, as quais geraram 176.383 registros de títulos de qualificação, habilitação e graduação, durante o exercício de 2019.

Além disso, procedeu-se à atualização de 103 cadastros de unidades de ensino e inclusão de 203 novas Instituições de Ensino Superior (IES) no Sistema de Registro. Também foram emitidas, em todo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, 452.346 Carteiras de Identidade Profissional (CIP-s) impressas pelos Corens. Todavia, foram realizadas 29 baixas e seis inclusões no Cadastro Informativo de Créditos Não Quitados do Setor Público Federal (Cadin).

No cumprimento de suas Atividades Finalísticas, o SIRC/DGEP/Cofen realizou quatro visitas técnicas aos Corens com o objetivo de acompanhar as tarefas desenvolvidas no atendimento, registro dos títulos e inscrição dos

profissionais, auxiliando na elaboração de diagnósticos, identificação de falhas nos processos de trabalho dos Corens, medidas de correção e recomendações. Ainda, em 2019, foram passadas, para todos os Corens, orientações referentes aos procedimentos do registro de títulos na modalidade residência, acerca do uso do sistema de geração do número de registro de títulos, procedimentos administrativos de registro e inscrição, registro de título na ausência de diploma e solicitação de urgência nos processos de residência.

RESULTADOS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Os resultados do Planejamento Estratégico Institucional (PEI) são evidenciados por meio do acompanhamento do andamento das Iniciativas Estratégicas e os Processos Administrativos (PADs) em planilhas eletrônicas, nas quais foi aplicada a Metodologia do Balanced Scorecard (BSC) e uma escala de esforço graduada para valorar o progresso das Iniciativas Estratégicas até a sua finalização¹⁰⁻¹¹.

O Planejamento Estratégico Institucional (PEI) abrange o período de 2018 a 2021 e suas Iniciativas Estratégicas estão classificadas em iniciadas, finalizadas, não iniciadas e canceladas, (Tabela 2).

Tabela 2 – Acompanhamento das Iniciativas Estratégicas.

Descrição	2018	2019	2020	2021	Total
Iniciativas não iniciadas	147	99	99	99	99
Iniciativas iniciadas	66	19	0	0	85
Iniciativas finalizadas	26	20	0	0	46
Iniciativas canceladas	3	9	0	0	12
Total					242

Fonte: Assessoria de Planejamento e Gestão/Cofen.

Conforme apresentado pelos instrumentos de controle do Cofen, no ano de 2019, o PEI 2018-2021 avançou para 59% de execução, conforme pode ser visto na figura 6. Compõe esse resultado: 35% de Iniciativas Estratégicas iniciadas, 19% finalizadas, 5% canceladas e 41% não iniciadas. A maioria das não iniciadas são para os anos de 2020 e 2021, por essa razão ainda não começaram.

CONCLUSÃO

Os esforços do Sistema Cofen/Conselhos Regionais

de Enfermagem para cumprir a sua missão Institucional, principalmente no que diz respeito a manter a conformidade no cumprimento das exigências dos órgãos de controle externos, resulta em uma gestão mais eficiente e profissional do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, dando-lhes a visibilidade como órgãos de referência em Gestão Pública em âmbito nacional, como pode ser comprovado no Levantamento de Governança e Gestão Pública do TCU: Resultados 201712.

O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem está focado em entregar, cada vez mais, melhores produtos e serviços à sociedade e aos profissionais de enfermagem, realizando, continuamente, a revisão de

seus processos de trabalho afim de melhor sua eficiência e eficácia.

Todas as ações do Cofen estão canalizadas para a boa prática de governança para o alcance dos objetivos estratégicos relacionados às atividades finalísticas, atendendo normativas legais e assegurando a transparência da gestão quanto a inscrição, cadastro e registro de profissionais; fiscalização do exercício profissional e abertura de processos éticos disciplinares pelo sistema. Conclui-se, que a estrutura organizacional é o principal componente gerencial para importância para execução dos procedimentos metodológicos adotados no planejamento estratégico institucional para o cumprimento das atividades finalísticas.

REFERÊNCIAS

1. Kissler L, Heidemann FG. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 479-499, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000300008>.
2. Brasil. Lei no 7.498, de 25/06/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 03/03/2020.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 421/2012, de 12/02/2012 - Aprova o Regimento Interno do Conselho Federal de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Cofen, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4212012_8670.html>. Acesso em: 03/03/2020.
4. Santos RR, Rover S. Influência da governança pública na eficiência da alocação dos recursos públicos. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 732-752, Aug. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122019000400732&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2020. Epub Sep 12, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-761220180084>.
5. Brasil. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm>. Acesso em: 03/03/2020.
6. Conselho Federal de Enfermagem. *Enfermagem em números*. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 27/03/2020.
7. Martins HF, Mota JP, Marini C. Modelos de negócio na esfera pública: o modelo canvas de governança pública. *Cad. EBAPE. BR*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 49-67, Mar. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512019000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/1679-395167893>.
8. Persegona MFM, Moura RCD, Freire NP, Heler Junior HV. *Metodologia de Gestão Estratégica Orientada para Resultados (GEOR) para o Sistema Cofen-Conselhos Regionais de Enfermagem*. Brasília: Cofen, 2015.
9. Sebrae/NA. *Caixa de Ferramentas GEOR*. Brasília: Sebrae Nacional, 2014.
10. Kaplan RS, Norton DP. *Organização orientada para Estratégia: como as empresas que adotam o balanced scorecard prosperam no novo ambiente de negócios*. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
11. Kaplan RS, Norton DP. *A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
12. Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 588/2018 - TCU - Plenário. Relatório de levantamento. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A81881E6916EE31016917405FFD0DB8>.

Recebido: 30/12/2019 - Aceito: 31/03/2020

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O SEU CONSELHO DE CLASSE

Wellyson Souza¹ <http://orcid.org/0000-0002-3977-2556>

Ianne Mayara² <http://orcid.org/0000-0002-6824-8833>

Andeson Mayk² <https://orcid.org/0000-0001-7398-6630>

Thalys Maynard² <http://orcid.org/0000-0001-8758-6937>

Gerson Silva³ <http://orcid.org/0000-0003-2645-8020>

Adriana Lira⁴ <https://orcid.org/0000-0002-3236-4605>

Objetivo: analisar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do papel do seu conselho de classe como órgão fiscalizador do exercício profissional. **Método:** pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida em um hospital universitário, da rede privada de saúde, na cidade de João Pessoa, Paraíba. A coleta de dados foi realizada com todos os profissionais de enfermagem que exercem suas atividades laborativas no hospital, perfazendo uma amostra de 15 entrevistados. **Resultados:** distribuídos em duas variáveis denominadas “papel do conselho de classe” e “responsabilidades e deveres para com a profissão”, onde 73% dos profissionais reconhecem o conselho como órgão fiscalizador. **Conclusão:** constata-se que os profissionais de enfermagem reconhecem o verdadeiro papel do seu conselho fiscalizador, porém ainda atribuem, por vezes, as funções que deveriam ser exercidas pelos sindicatos da categoria ao COREN.

Descritores: Enfermagem; Profissionais de enfermagem; Ética profissional.

PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS ABOUT THEIR COUNCIL

Objective: to analyze the perception of nursing professionals about the role of their class council as a monitoring body for professional practice.

Method: exploratory, descriptive study, with quantitative approach, developed in a university hospital, private health network, in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. The sample consisted of 15 nursing professionals. **Results:** distributed in two variables called “the role of the class council” and “responsibilities and duties to the profession”, where 73% of professionals recognize the council as a supervisory body. **Conclusion:** it can be seen that nursing professionals recognize the true role of their supervisory board, but sometimes they also assign the functions that should be performed by unions of the category to Nursing Regional Council.

Descriptors: Nursing; Nursing professionals; Professional ethics.

PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE SU CONSEJO DE CLASE

Objetivo: analizar la percepción de los profesionales de enfermería acerca del papel de su consejo de clase como órgano fiscalizador del ejercicio profesional. **Método:** investigación exploratoria, descriptiva, con abordaje cuantitativo, desarrollada en un hospital universitario, de la red privada de salud, en la ciudad de João Pessoa, Paraíba. La muestra fue compuesta por 15 profesionales de enfermería. **Resultados:** distribuidos en dos variables denominadas “papel del consejo de clase” y “responsabilidades y deberes para la profesión”, donde el 73% de los profesionales reconocen el consejo como órgano fiscalizador. **Conclusión:** se constata que los profesionales de enfermería reconocen el verdadero papel de su consejo fiscalizador, pero todavía atribuyen a veces las funciones que deberían ser ejercidas por los sindicatos de la categoría al Consejo Regional de Enfermería.

Descritores: Enfermería; Profesionales de enfermería; Ética profesional.

¹Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa (PB)

²Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa (PB)

³Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB)

⁴ Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE/PB, João Pessoa (PB)

Autor Correspondente: Wellyson Souza – Email: wellysonrep@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A enfermagem é definida como a arte e a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado, quanto no de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades⁽¹⁾. É uma profissão que tem a possibilidade de operar, de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja através de práticas assistenciais ou educativas, promovendo ou reabilitando os indivíduos⁽²⁾.

A profissão de enfermagem nasceu a partir de um processo de evolução das práticas de saúde, onde se tinha como objetivo principal garantir ao homem a manutenção de sua sobrevivência⁽³⁾. No entanto, como atividade profissional institucionalizada, iniciou-se com a revolução industrial no século XVI e culminou com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX⁽⁴⁾.

No Brasil, a organização da enfermagem iniciou-se no período colonial, prosseguindo até o final do século XIX. Surgiu como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos que trabalhavam nos domicílios. Daí os cuidados também passaram a ser realizados nas casas de misericórdias, no ano de 1543, a exemplo da casa de misericórdia da Vila de Santos, Rio de Janeiro, Vitória, Olinda, Ilhéus, Porto Alegre e Curitiba⁽¹⁾.

A regulamentação do exercício da enfermagem profissional no Brasil se deu através da lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955, sendo criadas através desta as profissões de enfermeiro, obstetrix, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático ou prático de enfermagem e parteira prática. Em 12 de julho de 1973, através da lei n. 5.905, foram criados o Conselho Federal e Regionais de Enfermagem. Em 25 de junho de 1986, com a criação da lei n. 7.498, que derogou a lei n. 2.604/55, a qual regulamentou definitivamente o exercício da enfermagem em todo o Brasil, tendo sido regulamentada através do decreto n. 94.406, datado de 08 de junho de 1987⁽⁵⁾.

Enquanto profissão componente da equipe de saúde, a criação do Sistema COFEN/COREN's foi muito importante no sentido de fiscalizar as ações dos profissionais de enfermagem, pois só assim essas atividades tendem a serem pautadas em princípios éticos e legais, na perspectiva da proteção dos usuários do sistema de saúde nacional em todas as suas esferas administrativas.

A ética é a reflexão crítica sobre o comportamento humano que interpreta, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais. A moral surge de um conjunto de valores criados pelos sujeitos em suas relações, distinguindo-se da ética que se constitui em uma reflexão

crítica sobre a moralidade, a dimensão moral do comportamento do homem. Portanto a ética é percebida pelo indivíduo, envolve coerência, consciência e autonomia, enquanto que a moral a ele é imposta⁽⁶⁾.

A fiscalização do exercício profissional de todos que compõem a equipe de enfermagem deverá ser pautada em princípios éticos e legais, e é exercida pelos conselhos fiscalizadores, neste caso concreto, pelo Conselho Regional de Enfermagem fundamentado em determinações emanadas, principalmente do Conselho Federal de Enfermagem. Baseados nos princípios fundamentais do direito administrativo brasileiro e nos princípios éticos em vigor, a fiscalização tem a prerrogativa de educar as pessoas envolvidas e combater a atuação em desrespeito às leis, em favor do interesse público, direitos e liberdades individuais, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população⁽⁵⁾.

A autorregulação no Conselho de Enfermagem se inicia com o registro e inscrição dos profissionais, como determina a Resolução COFEN n. 372/2010 e abrange todas as ações fiscalizatórias, incluindo as decisões, encaminhamentos administrativos e jurídicos decorrentes desse ato. É importante destacar que, o disciplinamento para o exercício legal das profissões que envolve a enfermagem brasileira, encontra-se inserido nas leis 2.604/55 e 7.498/86⁽⁵⁾.

Diante do exposto, o presente estudo buscou responder ao seguinte questionamento: qual a real percepção que os profissionais de enfermagem têm acerca do seu conselho de classe? Portanto, objetivou-se analisar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca do papel do seu conselho de classe como órgão fiscalizador do exercício profissional.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida em um hospital universitário, da rede privada de saúde, na cidade de João Pessoa, Paraíba. A população foi constituída por todos os profissionais de enfermagem que exercem suas atividades laborativas no hospital, perfazendo um total de 60 profissionais, distribuídos da seguinte forma: 15 enfermeiros e 45 técnicos de enfermagem. A amostra foi composta de forma não probabilística, por conveniência, estruturada em 15 destes profissionais, sendo cinco enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem, que declinaram o interesse em participar voluntariamente da referida pesquisa. O estudo obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: os profissionais que atuam há mais de um ano no serviço escolhido como cenário da pesquisa; estar presente no momento de

coleta de dados; trabalharem com registro no conselho de forma ativa e regular; aceitaram participar do estudo de forma voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); como exclusão: os profissionais que se encontravam em período de afastamento para gozo de férias e licença.

A coleta dos dados ocorreu por meio de um questionário, realizada no mês de setembro de 2017, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) segundo CAEE: 75535517.3.0000.5179 e autorização expressa da direção do hospital elegido. Os dados coletados foram ordenados, organizados e posteriormente codificados e tabulados no programa Excel Office XP®, utilizando-se a estatística descritiva simples por meio das frequências simples e relativas, apresentadas em formas de tabelas; em seguida, os resultados foram discutidos à luz do referencial teórico da dinâmica do reconhecimento, da percepção do profissional com relação ao seu conselho de classe e as minuciosidades pertinentes à problemática do estudo.

Respeitou-se os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12, no art. III, que implica na preservação do participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como também, a Resolução COFEN 564/2017, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem.

RESULTADOS

Os resultados demonstraram-se satisfatórios perante análise, contribuindo para a construção sistemática da fundamentação das variáveis. Com relação aos dados sócio demográficos, verificou-se que 87% (13) dos pesquisados são do gênero feminino, enquanto que 13% (02) pertencem ao gênero masculino, destes, 47% (07) dos pesquisados estão inseridos na faixa etária entre 22 e 31 anos, enquanto que 40% (06) possuem idade entre 32 e 42 anos e apenas 13% (02) encontram-se com idade compreendida entre 43 e 50 anos. 87% (13) dos pesquisados não realizam outro curso na área, e apenas 13% (02) referem ter concluído outro curso na área. Ressalta-se que, 40% (06) dos investigados citaram que exerciam 40 horas semanais de jornada de trabalho, com igual percentual indicando 44 horas, enquanto que 6,6% (01) citaram 60 horas, com igual percentual indicando 72 e 74 horas.

A análise dos dados permitiu emergir dois tópicos que foram correlacionados estatisticamente com cada variável presente no instrumento de coleta: 1) Papel do Conselho de Classe; 2) Responsabilidades e deveres para com a pro-

fissão.

Quanto à análise da variável “Papel do conselho de classe”, apresenta-se a tabela 1, a qual demonstra em percentis a expressão dos profissionais de enfermagem sobre a função do seu respectivo conselho de classe.

Tabela 1 – Papel do conselho de classe, João Pessoa, 2017.

Variáveis	N	%
Fiscalizar o exercício profissional da enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares)	11	73
Lutar por melhoria salarial	07	47
Promover eventos científicos gratuitos para melhor capacitar os profissionais inscritos	06	40
Garantir a qualidade da assistência de enfermagem	06	40
Oferecer serviços de saúde para os seus inscritos	02	13
Fiscalizar os cursos de enfermagem (Nível médio e superior)	01	6,7
Promover atividades de lazer para os profissionais de enfermagem	01	6,7

Na tabela 2, no que diz respeito à análise da variável “Responsabilidades e deveres para com a profissão”, demonstrou-se em percentuais que, 73,0% (11) dos profissionais afirmam ter que se manter atualizados ética e tecnicamente (participar de congressos, cursos, jornais e outros), bem como cumprir a legislação que disciplina a profissão de enfermagem (Leis do Exercício Profissional e Código de Ética). Já 53,0% (08) demonstram ter que se manter em dia com suas obrigações financeiras no seu Conselho de Classe e votar nas eleições promovidas pelo Sistema Cofen/Coren's.

Tabela 2 – Responsabilidades e deveres para com a profissão, João Pessoa, 2017.

Variáveis	N=15	%
Manter-se atualizados ético e tecnicamente (participar de congressos, cursos, jornais e outros)	11	73
Cumprir a Legislação que disciplina a profissão de enfermagem (Leis do Exercício Profissional e Código de Ética)	11	73
Manter-se em dia com suas obrigações financeiras no seu Conselho de Classe	08	53
Votar nas eleições promovidas pelo Sistema Cofen/Coren's	08	53

DISCUSSÃO

O sexo feminino e seu papel na enfermagem demonstra a luta histórica de enfermeiras brasileiras pela institucionalização da profissão mostrando também a força que a mulher possui dentro da enfermagem; que as práticas cuidativas são vinculadas ainda ao gênero feminino, onde tais fatos ocorrem por associar a figura da mulher às práticas

de cuidados do lar. Em alguns estudos mostra-se também que o gênero feminino ainda é o que predomina nas faculdades de enfermagem brasileiras, apesar da realidade estar mudando cada vez mais, onde homens estão se inserindo no meio científico da enfermagem, de uma forma geral⁽⁷⁾.

Os trabalhadores de enfermagem de maior idade provavelmente têm maior dificuldade de manter relações sociais satisfatórias em virtude das responsabilidades cumulativas ao longo da vida e pelo cansaço físico e mental do dia a dia. Assim, suas relações sociais passam a ser restritivas ao ambiente familiar. Em um estudo realizado ficou comprovado que a média de idade dos profissionais em enfermagem foi de 33 anos, o que os caracteriza como adultos jovens. Quanto maior a idade do profissional, pior sua qualidade de vida no domínio relações sociais e, quanto menor a idade do profissional, melhor sua qualidade de vida no domínio relações sociais⁽⁸⁾.

A carga horária de trabalho semanal desenvolvida em um hospital público variou de 21 a 78 horas, sendo que a mediana foi de 42 horas. Enfatiza-se que a carga horária desenvolvida pelos sujeitos era de 36 horas/semana, para os contratados pela Fundação e, de 30 horas/semanais, para os funcionários públicos estaduais. Em relação ao retorno de férias, 71 (74,7%), enfermeiros haviam retornado há mais de 30 dias, considerando-se a data de coleta de dados e 24 deles (25,3%) há menos de 30 dias dessa data, o que justifica algumas respostas de carga horária semanal inferior a 30 horas⁽⁹⁾.

Os profissionais de enfermagem têm uma carga horária exaustiva de trabalho, o que não proporciona condições de serem realizadas outras atividades na vida pessoal, em especial cursos de aperfeiçoamento⁽⁹⁾.

Frente aos dados analisados, no tocante a carga horária semanal cumprida, pode-se afirmar que, alguns profissionais cumprem carga horária exaustiva na tentativa de suprir demandas laborais e, intrinsecamente, pessoais. A busca cotidiana que visa agregar a eficiência técnica e científica a uma postura ética que se respeita a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, é vista e torna-se como desafio frente à realidade de horário semanal, especialmente na perspectiva de provocar inovações na produção de saúde, gestão e no cuidado⁽¹⁰⁾.

Por vezes o profissional torna-se distante de seus familiares e de situações da vida diárias por ter jornadas de trabalho longas, tornando-se alienado, irritado e estressado. Deste modo, afasta-se do convívio social e familiar, direcionando a maior parte de seu tempo às atividades profissionais, deixando de lado questões subjetivas, pois passa a ver o trabalho em primeiro plano, sem perceber os prejuízos

que está agregando não apenas para si, como também à família⁽¹¹⁾.

Os Conselhos Profissionais das diversas profissões têm a função precípua de realizar a fiscalização do exercício profissional em todo o território nacional, por delegação do estado brasileiro. Esta fiscalização não é exercida diretamente por ele, e sim através de órgãos que são vinculados ao poder público. Os conselhos de classe são autarquias que desenvolvem uma atividade técnica (fiscalização, registro e disciplina dos profissionais), atribuída por lei^(5,10).

O principal papel do Conselho de Classe da Enfermagem é disciplinar e fiscalizar o Exercício Profissional da Enfermagem, com o intuito de elevar a qualidade da assistência à saúde da população e, através da promoção do aprimoramento das ações de Enfermagem, defender o livre exercício da profissão de Enfermagem, observando os preceitos legais da profissão, publicando atos normativos visando o cumprimento da legislação pertinente a Enfermagem, além de atuar como órgão consultivo em problemas relacionados ao exercício profissional. Também cabe ao conselho realizar reuniões com os profissionais de enfermagem tendo como objetivo discutir aspectos relacionados ao exercício profissional e emissão de pareceres em processos inerentes ao exercício profissional de enfermagem⁽⁵⁾.

No tocante à competência do conselho de classe, fica evidenciado que alguns profissionais não possuem ainda esclarecidas as verdadeiras competências do conselho de classe, mesclando-as com as atribuições do sindicato da categoria profissional, tendo em vista que o sindicato luta pela valorização e a realização profissional, com disponibilidade de serviço jurídico, apoiando e promovendo eventos que contribuam para o crescimento profissional da categoria como congressos, jornadas de carga horária, salários, cursos de aperfeiçoamento, especializações e atividades de lazer para os profissionais.

Quanto às responsabilidades e deveres dos profissionais, competem estarem inscritos no Conselho de Classe, exercer suas atividades profissionais, conhecer as atividades desenvolvidas pelo Conselho, efetuar assiduamente o pagamento das anuidades, votar nas eleições promovidas pelo Conselho Federal de Enfermagem, manter atualizado endereço individual, solicitar transferência de titularidade quando mudar para outro estado, requerer cancelamento quando encerrar as atividades profissionais por qualquer motivo, atender a todas as convocações do Conselho e, comunicar ao Conselho os casos de infrações éticas.

O estudo limitou-se no tocante ao quantitativo de profissionais que fizeram parte da amostra, algo que deve ser

ênfatisado à comunidade de entendi-do de enfermagem visando o despertar à ciência e melhorias do cotidiano e legislar da profissão, tendo em vista a grande contribuição que a percepção da classe sobre o seu respectivo conselho tem. Tal fato torna-se evidente, porém não compromete a evidência e pertinência das informações descritas e trabalhadas no estudo frente ao crescimento do saber inerente ao conselho para os enfermeiros e técnicos representados.

LIMITAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Constituiu-se numa limitação a amostra pequena e localizada em apenas uma instituição. Todavia seus resultados podem auxiliar a reflexão sobre a atuação das entidades de classe, contribuindo para uma melhor aproximação com os profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compete aos conselhos profissionais atuarem no sentido de coibir as práticas danosas, causadas principalmente pelo profissional de enfermagem nos usuários/pacientes assistidos pelos mesmos, bem como a outros companheiros de trabalho e, até mesmo, gestores/administradores dos serviços aos quais pertencem. Esses prejuízos podem ocorrer devido à falta de atenção, de habilitação ou conhe-

cimento técnico profissional e/ou desconhecimento da legislação que disciplina o exercício da enfermagem no Brasil.

Constatou-se que os profissionais de enfermagem ainda, prioritariamente, desconhecem o verdadeiro papel do seu conselho fiscalizador, atribuindo muitas vezes a ele as funções que deveriam ser exercidas pelos sindicatos, que têm o dever de lutar por melhorias nas condições de trabalho a que estão sujeitos. Logo, ao conselho profissional fica a responsabilidade de envia-dar esforços no sentido de aproximar os profissionais, através de campanhas educativas e de valorização profissional. Isso poderá ser proporcionado com a união do conselho aos sindicatos que representam as diversas categorias que compõem a enfermagem, assim como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que tem como função principal realizar eventos culturais e defender também os interesses da enfermagem como um todo.

Toda a conduta ética profissional deve ser baseada nos dispositivos constantes do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Uma melhor e maior divulgação deste dispositivo ético fará com que as condutas profissionais sejam realizadas de forma consciente e menos danosas aos inúmeros usuários dos serviços de saúde. Cabe, primordialmente, ao conselho fiscalizador adotar tal medida.

REFERÊNCIAS

1. Geovanni, T. História da Enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro, 2. ed., Revinter: São Paulo, 2002.
2. Queiroz DL, Souza JC. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. Rev Psic Inform [Internet]. 2015 [cited Jun 01]; 1(2):103-116. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092.pdf
3. Gabriela SS, Maria ST, Giacomasso V. Arte e ação: iluminando novos caminhos para a Enfermagem. Hist enferm Rev eletrônica [Internet]. 2017 [cited Jun 01]; 8(2):73-83. Available from: <http://here.abennacional.org.br/here/v8/n2/a02.pdf>
4. Bener LR. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 [cited Jun 15]; 54(1):108-118. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672001000100012
5. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. Legislação Básica para o exercício da enfermagem. 5. ed., João Pessoa-PB, 2015.
6. Moreno AC, Ferraz RL, Rodrigues ST, Lopes SOA. Atribuições dos Profissionais de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, uma Revisão das Normas e Práticas. Rev Bras Ciê e Saúde [Internet]. 2015 [cited Jun 17]; 19(3): 233-240. Available from: periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/download/23355/15075
7. Martins CP, Luzio CA. HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. Rev Interface comunicação saúde educação [Internet]. 2017 [cited Jul 03]; 21(60):13-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150614.pdf>
8. Braga LM, Torres LM, Ferreira VMF. Condições de trabalho e fazer em enfermagem. Rev Enferm UFJF [Internet]. 2015 [cited Jun 05]; 1(1):55-63. Available from: <http://www.ufjf.br/revistadeenfermagem/files/2015/05/10-Revista-de-Enfermagem-C07.pdf>
9. Dalri BMCR. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. Rev. Latino-Am. Enferm [Internet]. 2015 [cited 2018 Abr 02]; 22(6):259-269. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf
10. Costa OE, Germano MR, Medeiros MS. A fiscalização do exercício profissional no conselho federal de enfermagem. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2015 [cited Jul 18]; 6(2):20-32. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/919>
11. Vidotti V, Ribeiro RP, Galdino MJQ, Martins JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2018 [cited 2018 Ago 17]; 26:e3022. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3022.pdf

Recebido: 16/08/2018
Aceito: 23/09/2019

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA

Solana Nunes Vieira¹

Brenda Alice Andrade Vidigal¹

Antônio Manuel Sousa¹

Leonardo Naves dos Reis¹

Elizabeth Teixeira¹

Milaine Nunes Gomes Vasconcelos¹

<https://orcid.org/0000-0001-8003-0805>

<https://orcid.org/0000-0002-6639-2196>

<https://orcid.org/0000-0002-3347-489X>

<https://orcid.org/0000-0001-6846-7967>

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

<http://orcid.org/0000-0001-8815-0406>

Objetivo: Investigar conceitos, compreensão e reconhecimento da violência obstétrica, meios de abordagem da temática dentro da universidade e tipos de violência obstétrica observados, vivenciados e praticados pelos acadêmicos de enfermagem e medicina. **Metodologia:** Estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma universidade pública, entre novembro de 2017 a abril de 2018. A amostra foi de 220 acadêmicos, sendo 76 do curso de enfermagem e 144 do curso de medicina. Os dados foram coletados por meio de questionário. Para análise adotou-se os valores absolutos, percentuais e aplicou-se o teste t de Student para significância estatística. **Resultados:** Os acadêmicos convergem no que tange ao reconhecimento das agressões psicológicas, verbais e a proibição da presença de acompanhante. Divergem no que se refere à: procedimentos e condutas que para uns é rotina na prática obstétrica, não sendo considerados violência obstétrica; inclusão da temática na grade curricular; discussão da temática em sala de aula. **Conclusão:** Os acadêmicos apresentaram mais divergências que convergências. Assim, há necessidade de sensibilização e reforço da discussão da temática violência obstétrica.

Descritores: Violência; Obstetrícia; Conhecimento; Universidades.

OBSTETRIC VIOLENCE: CONVERGENCES AND DIVERGENCES BETWEEN NURSING AND MEDICINE ACADEMICS

Objective: Investigate concepts, understanding and recognition of obstetric violence, means of approaching the subject within the university and types of obstetric violence observed, experienced and practiced by nursing and medical scholars. **Methodology:** A cross-sectional, analytical study, with a quantitative approach, conducted at a public university between November 2017 and April 2018. The sample consisted of 220 students, of which 76 were nursing students and 144 were medical students. Data was collected through a questionnaire. For the analysis, the absolute and percentage values were adopted and the Student's t-test was applied for statistical significance. **Results:** The academics converge regarding the recognition of psychological, verbal aggression and the prohibition of the presence of a companion. They differ in respect to: procedures and behaviors that for some are routine obstetric practice, not being considered obstetric violence; inclusion of the theme in the curriculum; discussion of the theme in the classroom. **Conclusion:** The academics presented more divergences than convergences. Thus, there is a need to raise awareness and reinforce the discussion of obstetric violence.

Descriptors: Violence; Obstetrics; Knowledge; Universities.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS ENTRE ACADÉMICOS DE ENFERMERÍA Y MEDICINA

Objetivos: Investigar conceptos, comprensión y reconocimiento de la violencia obstétrica, los medios para abordar el tema dentro de la universidad y los tipos de violencia obstétrica observados, experimentados y practicados por los estudiosos de enfermería y médicos. **Metodología:** Estudio analítico, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en una universidad pública, entre noviembre de 2017 a abril de 2018. La muestra fue de 220 académicos, siendo 76 del curso de enfermería y 144 del curso de medicina. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario. Para el análisis se adoptaron los valores absolutos, porcentuales y se aplicó la prueba t de Student para significancia estadística. **Resultados:** Los académicos convergen en lo que se refiere al reconocimiento de las agresiones psicológicas, verbales y la prohibición de la presencia de acompañante. En lo que se refiere a: procedimientos y conductas que para unos es rutina en la práctica obstétrica, no siendo considerados violencia obstétrica; la inclusión de la temática en la cuadrícula curricular; la discusión de la temática en el aula. **Conclusión:** Los académicos presentaron más divergencias que convergencias. Así, hay necesidad de sensibilización y refuerzo de la discusión de la temática violencia obstétrica.

Descritores: La violencia; Obstetrícia; Conocimiento; Universidades.

¹Universidade do Estado do Amazonas
Autor Correspondente: Milaine Nunes Gomes Vasconcelos - Email: mngomes@uea.edu.br

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica (VO) caracteriza-se como qualquer ato cometido contra a gestante, de natureza física, psicológica, sexual e verbal, exemplificada como a negação de analgesia, o impedimento da entrada do acompanhante durante o parto e pós-parto, uso indiscriminado de procedimentos invasivos, entre outros⁽¹⁾. Assim, toda forma de violência parte do princípio da dominação e da utilização de intervenções desnecessárias ao quadro clínico da parturiente.

Assim, o Ministério da Saúde cria o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da Portaria nº 569/00, que objetiva proporcionar atendimentos com menos intervenções, reduzir o número de óbitos maternos e neonatais e garantir a melhoria no acesso ao serviço de saúde⁽²⁾. Apesar da criação de programas que adequem o atendimento, a formação dos profissionais da área da saúde ainda é insuficiente⁽³⁾.

Sendo a Universidade responsável pela formação profissional, de forma crítica e técnica, há a necessidade de adequar o ensino ao que é preconizado pelos programas do Ministério da Saúde e embasado em estudos atuais. No entanto, visualizam-se alunos utilizando como material de estudo o ser humano, expondo a intimidade de mulheres em momento de parto, desconsiderando valores culturais, emocionais, ferindo o princípio ético profissional e comumente apoiado por seus preceptores. A ausência do ensino sobre políticas de humanização do parto e nascimento nas universidades torna o atendimento mais despersonalizado e desumanizado⁽⁴⁾.

É nesse contexto que a educação se torna fundamental para desmistificar um ciclo sociocultural pré-estabelecido durante anos, para que atos intimidadores, humilhantes e repugnantes não se tornem impunes no âmbito hospitalar⁽⁵⁾. Por isso, a importância da inclusão na universidade, de práticas baseadas em evidências científicas que possam contribuir na redução de técnicas utilizadas como rotina, as quais muitas vezes, são classificadas como VO⁽³⁾.

A pesquisa torna-se relevante por conhecer a realidade da VO, vivenciada pelos alunos, seja em sala de aula ou em campo de prática, pois a universidade é o caminho para que a mudança deste cenário ocorra. Além disso, existe a necessidade de buscar mais conhecimentos e divulgação sobre a realidade da VO sofrida durante a gestação e parturição, que são cometidas por profissionais de diversas áreas.

Assim, o presente artigo teve por objetivo investigar conceitos, compreensão e reconhecimento da VO, meios de abordagem da temática dentro da universidade e tipos de violência obstétrica observados, vivenciados e praticados pelos acadêmicos de enfermagem e medicina.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

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

Participantes da pesquisa

A população foi composta por acadêmicos de enfermagem e medicina, possuindo como critério de inclusão ter cursado, nos períodos de 2016/1, 2016/2 e 2017/1 as disciplinas Processo de Enfermagem no Cuidar em Saúde da Mulher e Ginecologia e Obstetrícia para os respectivos cursos, resultando em 94 acadêmicos de Enfermagem e 228 acadêmicos de Medicina. No tocante aos critérios de exclusão, não foram incluídos no estudo os alunos que, no momento da coleta de dados, estavam cursando a disciplina Estágio Rural, considerando a dificuldade de acesso às áreas rurais no contexto amazônico.

Para cálculo amostral, baseou-se na amostragem estratificada, considerando o Intervalo de Confiança (IC) de 95%, resultando em 76 alunos de Enfermagem e 144 alunos de Medicina. Por meio de amostragem aleatória simples realizou-se sorteio das matrículas dos alunos de cada período, para posteriori identificação e contato, apresentação do projeto e solicitação de participação, sendo realizado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Local de estudo

Realizado na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, no período de novembro de 2017 a abril de 2018.

Coleta de dados

Para coleta de dados, aplicou-se um questionário pré-elaborado pelos pesquisadores, com variáveis sociodemográfica; período que cursou as disciplinas; conceitos, compreensão e reconhecimento da VO (área 1); meios de abordagem da temática na universidade (área 2); os tipos de violência obstétrica observados, vivenciados e praticados pelos acadêmicos (área 3).

O instrumento utilizado, continha, nas áreas 1 e 2, foi composto por 11 e 13 questões em formato de escala Likert, cujos escores podem variar de 1 a 5, conforme o grau de concordância com afirmação exposta, em que 1 equivale a inadequado e 5 adequado. Já para a área 3, o instrumento continha 10 questões, sendo que em 4 destas, o participante deveria responder sim ou não à pergunta; em outras 4, deveria escolher a resposta entre alternativas que lhe eram colocadas; e as outras 2 eram perguntas abertas.

Procedimento de análise dos dados

Para mensurar a adequação de conhecimentos e da abordagem da temática na grade curricular (áreas 1 e 2) utilizou-se as médias de pontuação conforme as áreas, efetuando-se a comparação entre os grupos (medicina e enfermagem) por meio do teste t de student, por meio do software IBM SPSS20.

Para a área 3, foi utilizado a análise em valores absolutos e percentuais. Os dados foram organizados em planilha e analisados no programa Microsoft Excel 2013, apresentados por meio de tabelas e gráficos, em valores absolutos, percentuais e por nível descritivo.

Procedimentos éticos

O projeto seguiu as normas da Resolução CNS 466/12⁽⁶⁾, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas sob parecer nº 2.227.100. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do qual lhes foi entregue uma cópia.

RESULTADOS

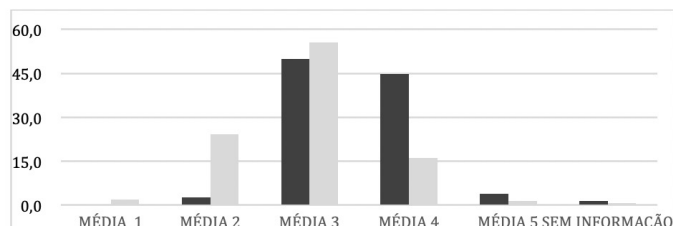
Os acadêmicos foram predominantemente jovens (51,8%), do sexo feminino (52,2%), procedentes do interior (43,1%), e (39,0%) tinham cursado a disciplina Saúde da Mulher/Ginecologia e Obstetrícia no período 2017.1 (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos acadêmicos do curso de enfermagem e medicina, que cursaram a disciplina Saúde da Mulher/Ginecologia e Obstetrícia. Manaus (AM), Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Enfermagem		Medicina	
	N	(%)	N	(%)
Faixa Etária				
18 a 24 anos	52	68,4	62	43,1
25 a 29 anos	15	19,7	49	34,0
30 anos ou mais	9	11,8	28	19,4
Sem informação	-	-	5	3,5
Sexo				
Feminino	51	67,1	64	44,4
Masculino	25	32,9	79	54,9
Sem informação	-	-	1	0,7
Procedência				
Capital	27	35,5	65	45,1
Interior	43	56,6	52	36,1
Sem informação	6	7,9	27	18,8
Período				
2016.1	23	30,0	32	22,2
2016.2	25	33,0	54	37,5
2017.1	28	37,0	58	40,3

Sobre conceitos, compreensão e reconhecimento de VO (área 1), foi evidenciado a média quatro entre os estudantes. Quando comparado os dois cursos, foi observado maior representatividade percentual, nas classificações satisfatório e adequado, nos alunos do curso de enfermagem. (Gráfico 1).

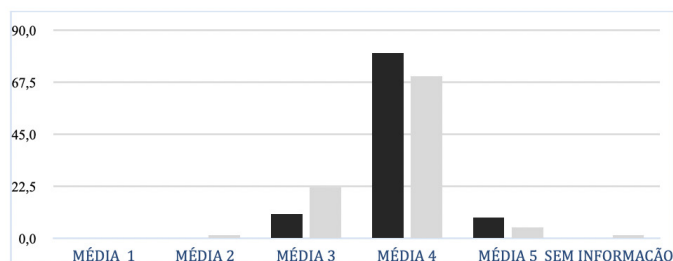
Gráfico 1: Percentual de adequação, quanto ao conhecimento sobre Violência Obstétrica entre os acadêmicos. Manaus (AM), Brasil, 2017-2018.



Para os alunos dos cursos de Enfermagem 63 (82,9%) e Medicina 94 (64,3%), a universidade foi o local de primeiro contato com a temática violência obstétrica. Outros locais foram citados pelos acadêmicos, como: ambiente familiar oito (10,5%) e 14 (9,7%); e o ambiente hospitalar cinco (6,6%) e 27 (18,8%), respectivamente.

Sobre os meios de abordagem da temática na universidade (área 2), foi evidenciada a média três entre os acadêmicos. Observou-se que os alunos de enfermagem se mantiveram entre a imparcialidade e satisfeitos quanto à avaliação da inclusão da temática no seu curso. Enquanto na medicina, houve predominância para a permanência da imparcialidade, seguido da insatisfação. (Gráfico 2).

Gráfico 2: Percentual da avaliação dos alunos sobre a inserção da temática Violência Obstétrica na grade curricular, nos cursos de enfermagem e medicina. Manaus (AM), Brasil, 2017-2018.



Ao comparar a diferença das médias e desvios-padrões dos dois cursos, foi observado nas áreas 1 e 2, diferença significativa do ponto de vista estatístico. Na área 1, apesar de menor diferença de média entre os cursos, os acadêmicos de enfermagem mostraram-se mais coesos no

que se refere à conhecimentos sobre VO, comparado aos acadêmicos de medicina. Na área 2, foi constatado maior diferença entre as médias, porém mais similaridade entre os grupos, e os acadêmicos mostraram-se mais imparciais quanto a avaliação da inserção da temática na grade curricular (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação das médias dos acadêmicos quanto ao conhecimento (área 1) e inserção na grade curricular (área 2) da temática violência obstétrica. Manaus (AM), Brasil, 2017-2018.

Área	Curso	N	Média (dp)	Diferença de médias	p-valor*	IC 95%
1	Enfermagem	76	4,5 (0,40)	0,31	< 0,01 0,48	(0,13;
	Medicina	144	4,2 (0,71)			
2	Enfermagem	76	3,8 (0,60)	0,50	< 0,01 0,69	(0,31;
	Medicina	144	3,3 (0,70)			

*teste-t de Student.

As práticas consideradas como violentas, pelos acadêmicos de enfermagem e medicina respectivamente, foram: agressões psicológicas 74 (97,4%) e 135 (93,8%), proibir a presença do acompanhante 70 (92,1%) e 109 (75,7%), episiotomia 63 (82,9%) e 17 (11,8%), manobra de Kristeller 61 (80,3%) e 49 (34,0%), e exame tocológico a cada 4 horas 30 (39,5%) e cinco (3,5%).

Referente à vivência de VO pelos acadêmicos de enfermagem e medicina, respectivamente, 45 (59,2%) e 55 (38,2%) afirmam que já presenciaram alguma atitude violenta por parte dos profissionais, sendo as mais observadas: as agressões verbais 30 (66,7%) e 45 (81,8%), episiotomia 13 (28,9%) e cinco (9,1%), manobra de Kristeller 11 (24,4%) e sete (12,7%), proibição da presença do acompanhante 10 (22,2%) e seis (10,9%).

A realização de práticas de VO pelos alunos de enfermagem foi pouco evidenciada quando a maioria 68 (89,5%) afirmou nunca ter praticado, seis (7,9%) praticaram pelo menos uma vez, um (1,3%) praticou de duas a três vezes, e um (1,3%) não informou. Entre os acadêmicos de medicina a evidência foi similar, pois 139 (96,5%) afirmaram nunca terem realizado VO, dois (1,4%) afirmaram a realização de pelo menos uma vez, um (0,7%) quatro vezes ou mais e dois (1,4%) não informaram.

As ações pedagógicas utilizadas e que contribuíram para formação dos acadêmicos sobre a temática estudada, foram identificadas respectivamente como: orientações em sala de aula 46 (60,5%) e 62 (43,1%), participação de palestras, simpósios e rodas de conversas 26 (34,2%) e 26

(18,1%), e aulas práticas em maternidades 12 (15,8%) e 41 (28,5%). Foi observado ainda, que entre os alunos de medicina, 23 (16,0%) referiram não haver momentos de discussão da temática em sala de aula, sete (4,9%) consideraram que os materiais de estudo eram atualizados; e um (0,7%) referiu que o tema não havia sido abordado, e que apenas aprenderam sobre manobras a serem utilizadas na condução do trabalho de parto.

A temática VO inserida no ambiente acadêmico proporcionou mudanças conceituais e comportamentais referidas por 88,2% dos alunos de enfermagem e 68,8% dos alunos de medicina. No curso de enfermagem, 44 (65,7%) dos acadêmicos passaram a entender sobre os direitos da mulher, respeitar suas decisões, além de ofertar boas práticas durante o trabalho de parto; 11 (16,4%) perceberam a necessidade de realizar melhor acolhimento e preservar os direitos das mulheres; seis (9,0%) compreenderam melhor a definição ou redefinição da VO; dois (3,0%) passaram a ver procedimentos que considerava normal, como VO; dois (3,0%) sem informação.

Para os acadêmicos de medicina, 41 (41,4%) passaram a entender os direitos e respeitar as decisões da parturiente; 17 (17,2%) entenderam que a mulher deve ser melhor acolhida e conseguiram definir ou redefinir VO; nove (9,1%) afirmaram que a temática não foi abordada, não havendo referências sobre mudanças; seis (6,1%) perceberam que procedimentos realizados na obstetrícia como rotina, são VO; quatro (4,0%) afirmaram haver a necessidade de definir até onde a parturiente pode decidir no momento do parto, além de desconsiderar a associação da violência à assistência médica; e quatro (4,0%) sem informação.

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que a população jovem é predominante nos dois cursos. Entre 2004 a 2014, o crescimento da inserção de jovens, no ensino superior, entre 18 e 24 anos, foi cerca de 58,5%⁽⁷⁾. Assim, o fato de ser jovem e a ausência de vivências com a temática podem influenciar no conhecimento e/ou desconhecimento da mesma, refletindo no amadurecimento profissional. Além disso, a universidade é corresponsável por um ensino diversificado e de excelência, embasados em evidências atuais.

O conhecimento de assuntos atuais e a sua abordagem no espaço acadêmico, é fundamental para reflexão quanto ao processo de formação profissional, transformando e melhorando conceitos e condutas para uma assistência mais humana e respeitosa⁽⁸⁾. Entre esses assuntos, a VO torna-se extremamente relevante para abordagem e discussão no meio acadêmico, justamente por ser na gradua-

ção, o início da preparação e formação dos futuros profissionais, podendo assim contribuir para mudança do cenário obstétrico atual⁽³⁾.

Entre os cursos estudados, a enfermagem apresentou maior contato com a temática VO em sala de aula. Talvez por este curso enfatizar a importância do cuidado e da humanização em sua assistência. Estudos indicam a necessidade da abordagem sobre a humanização, e consequentemente, o direcionamento para a VO, com foco na formação profissional adequada e aplicação do conhecimento em ambiente de trabalho e/ou campo de aula prática, apesar da implantação do cuidado humanizado estar sendo feito com dificuldade e de forma lenta⁽⁸⁻⁹⁾.

No curso de Medicina, por ser tradicionalmente pautado pelo modelo biomédico, apresenta a necessidade da inclusão de algumas temáticas em sua grade curricular que permitam conhecimentos baseados em evidências científicas, proporcionando ao acadêmico uma visão e decisão crítica com relação a melhor conduta a ser tomada na assistência à mulher. Inclusive para mudanças em condutas e comportamentos que, no momento tão particular como o trabalho de parto e parto, acabam prevalecendo habilidades técnicas, tornando a mulher apenas um objeto de estudo^(3,6).

A ausência de discussão, a insatisfação, acreditar que o assunto seja irrelevante para formação profissional, ou mesmo a abordagem não efetiva do assunto pelos professores, são fatores que induzem o desinteresse dos acadêmicos sobre o tema⁽³⁾. Além disso, existe a necessidade de relacionar o ensino humanístico ao ensino biomédico, modificando a prática assistencial na hora do parto⁽¹⁰⁾. No presente estudo, apesar de ter havido mudanças em conceitos e comportamentos na maioria dos estudantes, ainda foi representativo a imparcialidade dos acadêmicos de medicina quanto à inclusão da temática na grade curricular. Este fato desperta reflexão sobre as estratégias para a abordagem da temática pelo curso.

O curso de Enfermagem prioriza e incentiva as boas práticas seguindo evidências científicas, protocolos do Ministério da Saúde, como o programa de humanização, parto e nascimento; visando formação profissional para assistência de qualidade e humanizada, contribuindo para diminuição de ocorrências de VO^(2,8). Corroborando com os autores, foi evidenciado diferença significativa do ponto de vista estatístico, mostrando a enfermagem mais coesa quanto ao conhecimento da temática estudada, e satisfação quanto a inclusão na grade curricular.

A ocorrência de VO é uma prática muito comum em todo o processo gestacional, de parturição e puerperal. Estudo realizado em Recife em 2016 evidenciou que a maio-

rias das puérperas tinham sofrido algum tipo de violência durante o parto⁽¹¹⁾. Realidade identificada, no presente estudo, de forma divergente entre a enfermagem e a medicina. A enfermagem reconhece, em sua maioria, a ocorrência e a vivência dessa prática violenta. Porém percebe-se dificuldade de reconhecimento na medicina, quando a maioria dos acadêmicos tratam alguns procedimentos utilizados como rotineiro.

As agressões verbais são caracterizadas como VO, onde os profissionais usam termos depreciativos, comentários irônicos, piadas sobre comportamento da mulher e ameaças durante o parto⁽¹²⁾. Além de práticas verbais, ações técnicas, sem indicação para utilização, torna-se uma violência. Exemplificando, a episiotomia é um procedimento que vem sendo abolido por muitos autores⁽¹³⁻¹⁴⁾. Porém, de acordo com o inquérito Nascer no Brasil o procedimento foi realizado em 53,5% dos partos⁽¹⁵⁾. Essas práticas sejam no momento do pré-natal, parturição ou puerperal, foram evidenciadas por acadêmicos de enfermagem, em Teresina⁽¹⁶⁾. Corroborando com os autores citados, as agressões verbais e a episiotomia ainda são frequentes, e foram evidenciadas pelo estudo como as práticas mais realizadas em campo de estágio.

O toque vaginal avalia a dilatação do colo uterino e evidencia a evolução do trabalho de parto. Preconiza-se a realização do procedimento a cada 4 horas durante o primeiro período do parto, sempre após o consentimento da parturiente⁽¹⁷⁾. Porém, o que ocorre é a realização em intervalos menores e por diversos profissionais, expondo a mulher ao procedimento desnecessariamente e sem o consentimento da mesma⁽¹⁸⁾.

Outra forma de VO considerada pelos acadêmicos, porém pouco observada nas maternidades, é a proibição da presença do acompanhante. De acordo com a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, a parturiente tem direito à escolha de um acompanhante, em todo o trabalho de parto e pós-parto⁽¹⁹⁾. Por ter sido assegurado por lei esse direito, qualquer forma de ignorá-lo se configura uma violência. Mesmo após dez anos da vigência da lei, ainda existem locais que privam as mulheres da presença do acompanhante de escolha, seja na fase de trabalho de parto, parto ou puerpério, afirmando "não ser permitido"⁽²⁰⁾. Outros estudos mostram melhor adesão ao direito da mulher, trazendo a presença do acompanhante, como boa prática durante o trabalho de parto^(15,20).

Abordagem de temáticas novas e que estimulem análise crítica refletindo em mudanças de conceitos, comportamentos e práticas, se torna um desafio a ser enfrentado pela universidade. O aprendizado dos acadêmicos, baseado

em evidências, propostas ativas, no holístico e na empatia, pode ser determinante na construção do perfil profissional. Estudos apontam as metodologias ativas como formas de aprendizado eficiente, promoção da autonomia profissional, visão crítica para avaliação clínica e tomada de decisões mais coerentes, o que na obstetrícia deve ser embasado e determinado pela real necessidade do procedimento, para evitar possíveis complicações. As metodologias ativas não se limitam pela busca do conhecimento apenas do acadêmico, mas o conjunto (universidade, professor e aluno) trabalham para que a metodologia seja executada de maneira proveitosa e efetiva. Com essa aplicabilidade, espera-se que mudanças efetivas aconteçam nas atitudes e comportamentos, como no cenário de VO, visto como ações que deixam consequências físicas e psicológicas nas mulheres⁽³⁻⁵⁾. Na prática, a humanização, amplamente discutida desde a década de 80, enfrenta situações que acaba por dificultar a sua total implantação e redução na ocorrência de violência obstétrica⁽²¹⁾. Porém, quando essas mudanças ocorrem, são perceptíveis nas afirmações de mulheres sobre a experiência do parto ser positiva, humana e respeitosa, por meio da assistência integral de equipe multidisciplinar, que acolhe e auxilia todo o processo desde a admissão até a alta hospitalar. Além disso, a forte contribuição para a redução da ansiedade e dos medos oriundos desse momento único na vida de cada mulher⁽²²⁾.

Limitações do estudo

O estudo teve como limitações a dificuldade de aplicação do instrumento com os acadêmicos de medicina, por alguns estarem no período em que as aulas são exclusivamente em ambiente hospitalar, além da dificuldade dos acadêmicos em relatar as próprias vivências sobre violência obstétrica. Apesar disso, foi alcançado a

amostra proposta no estudo. Ressalta-se ainda, a escassez de publicações que referenciem o cenário acadêmico sobre a temática.

Contribuição do estudo para a prática

Espera-se que a pesquisa possa contribuir para reflexão do cenário acadêmico, promover mudanças de postura profissional, do ensino de forma tecnicista e do atual cenário obstétrico. Mudanças fundamentais para melhoria da qualidade da educação, da assistência humanizada e a garantia de direitos da mulher a um parto sem violência.

CONCLUSÃO

Os acadêmicos apresentaram um conhecimento satisfatório sobre VO, seja por vivência nas maternidades e/ou orientações em sala de aula. Porém, houve conhecimentos e compreensões divergentes entre os dois cursos quando questionados sobre assuntos direcionados a alguns procedimentos e condutas vistos como rotinas, não sendo considerados como VO; à inclusão da temática na grade curricular, e à discussão da temática em sala de aula. Nessa conjuntura, percebeu-se a importância da inclusão e discussão da temática na universidade, por meio de metodologias ativas e efetivas, para contemplar e sensibilizar o maior número de acadêmicos possíveis, visando mudanças de conceitos, comportamentos e práticas.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

SNV e MNGV: concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final. BAAV: concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. MAS e LNR: análise e interpretação dos dados, revisão final. ET: revisão crítica, revisão final.

REFERÊNCIAS

- Martins AC, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev Dor* [Internet]. 2016 [cited 2018 June 13]; 17(3): 215-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n3/1806-0013-rdor-17-03-0215.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [cited 2018 Mar 21]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
- Souza AL, Silva LC, Alves RN, Alarcão ANJ. Factors associated with obstetric violence: An integrative review of the literature. *Rev ciênc méd* [Internet]. 2016 [cited 2018 June 15]; 25(3):115-28. Available from: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3641/2486>
- Diniz CSG, Niy DY, Andresso HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. The vagina-school: interdisciplinary seminar on violence against woman in the teaching of the health professions. *Interface comun saúde educ* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 15]; 20(56):253-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0253.pdf>
- Diniz SG, Salgado HO, Andresso HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as

- a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2015 [cited 2018 July 29]; 25(3):377-84. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/19.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 June 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
7. Sposito MP, Souza R, Silva FA. The research on young people in Brazil: setting new challenges from quantitative data. *Educ Pesqui* [Internet]. 2018 [cited 2018 July 18]; 44:e170308. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ep/v44/en_1517-9702-ep-S1678-4634201712170308.pdf
8. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. National Policy of Humanization and education of health care professionals: integrative review.. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 June 18]; 66(1):123-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>
9. Pasche DF, Vilela MEA, Giovanni MD, Almeida PVB, Netto TLF. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulg saúde debate* [Internet]. 2014 [cited 2018 June 15]; (52):58-71. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/15/1.b%20-%20Divulgacao-52.pdf#page=60>
10. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 July 14]; 21(4):1-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf>
11. R10. ebello MTMP, Rodrigues Neto JF. The humanization of childbirth care from the perspective of medical students. *Rev bras educ med* [Internet]. 2012 [cited 2018 June 15]; 36(2):188-97. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>
12. Palma CC, Donelli TMS. Obstetric violence in Brazilian womans. *Rev Psico (Porto Alegre)* [Internet]. 2017 [cited 2018 June 28]; 48(3):216-30. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161/pdf>
13. Santos LM, Santos LMS, Brandão MM, Cerqueira EAC, Ramos MSX, Carvalho ESS. Association between perineorrhaphy and perineal problems, habitual activities and physiological needs affected. *Rev Cuid* [Internet]; 2018 [cited 2018 June 25]; 9(2):2233-44. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/530/964>
14. Costa ML, Pinheiro NM, Santos LFP, Costa SAA, Fernandes AMG. Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. *Carpe Diem* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 22]; 13(1): 173-87. Available from: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/655/pdf>
15. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Nascido no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2018 June 25]. Available from: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascidoBrasil/>
16. Costa FL, Cintra HMP, Azevedo FHC. Perception of Nursing Academics on Obstetric Violence. *Rev Saúde Foco* [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 02]; 4(2):71-103. Available from: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1508/491491504>
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Aug 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
18. Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Obstetrical violence: profile assistance of a state of São Paulo interior maternity school. *CuidArte Enferm* [Internet] 2015 [cited 2018 June 15]; 9(1):18-25. Available from: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>
19. Brasil. Lei 11.108, de 08 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2005 Apr 08 [cited 2018 June 19]; Seção 1. p. 1. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
20. Gonçalves AC, Rocha CM, Gouveia HG, Armellini CJ, Moretto VL, Moraes BA. The companion in the obstetrics centre of a university hospital in southern Brazil. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 July 15]; 36(Spe):159-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/0102-6933-rngen-36-spe-0159.pdf>
21. Pinto LMTR, Carvalho JSN, Correia RM, Lins ESF, Oliveira LLF, Santos AAP. Interfaces entre profissionais de saúde e a humanização da assistência ao parto. *Revista Enfermagem em Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 06]; 9 (3): 53-58. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1195/461>
22. Barros FRB, Accioly LM, Freitas WFM, Andrade LL, Silva BKC, Araújo RO. Percepção das puérperas manauaras frente à assistência de enfermagem no preparo do trabalho de parto e nascimento. *Revista Enfermagem em Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 06]; 9 (1): 76-81 Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1035/432>

RECEBIDO: 04/11/2018
ACEITO: 23/09/2019

FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

Letícia Helbingen Pereira¹

<https://orcid.org/0000-0002-4366-6422>

Andrezza Carlos Costa Rodrigues¹

<https://orcid.org/0000-0003-0226-8484>

Russany Gabrielly Ferreira Cavalcante¹

<https://orcid.org/0000-0002-3047-3496>

Patrícia Tavares dos Santos¹

<https://orcid.org/0000-0002-7375-9785>

Luana Cássia Miranda Ribeiro¹

<https://orcid.org/0000-0002-4254-2030>

Objetivo: Identificar as características da fiscalização do exercício profissional realizadas por quatro conselhos profissionais da área da saúde. **Metodologia:** Estudo documental analítico, no qual foram incluídas leis de criação dos conselhos e resoluções vigentes que regulamentam a fiscalização do exercício profissional da Enfermagem, Medicina, Odontologia e Farmácia. **Resultados:** As profissões analisadas neste estudo possuem lei de criação de seus conselhos. Enfermagem, Medicina e Farmácia possuem resoluções que normatizam o sistema de fiscalização. Não foi identificada resolução que normatize o sistema de fiscalização da Odontologia. Foram identificadas características relacionadas ao processo de trabalho, atribuições dos fiscais e penalidades relacionadas à fiscalização do exercício profissional. **Conclusões:** Os conselhos de classe, à medida que fiscalizam o exercício profissional, possuem papel primordial na assistência à saúde. Além disso, cabe destacar a importância da uniformização da fiscalização no contexto da saúde, tendo em vista a necessidade de realizar uma assistência multi e interprofissional com foco no cliente.

DESCRIPTORES: Regulação e Fiscalização em Saúde; Enfermagem; Medicina; Odontologia; Farmácia.

REGULATION OF THE PROFESSIONAL EXERCISE IN THE HEALTH AREA

Objective: To identify the features of the professional regulation performed by four professional councils in the health sector. **Methodology:** Analytical documentary study. Laws were included for the creation of the councils, likewise the current resolutions that regulate the supervision of the professional practice of Nursing, Medicine, Dentistry and Pharmacy. **Results:** The professions in this study have the law creation of their councils. Nursing, Medicine and Pharmacy have resolutions that standardize the inspection system. The work process characteristics, taxes attributions and penalties related to the supervision of professional practice were identified. **Conclusions:** Professional councils play a key role in patient safety as they monitor professional practice. In addition, it is important to emphasize the importance of standardization of supervision in the context of health, considering the need to carry out a multi and interprofessional assistance focused on the client.

DESCRIPTORS: Health Care Coordination and Monitoring; Nursing; Medicine; Dentistry; Pharmacy.

FISCALIZACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL DEL ÁREA DE SALUD

Objetivo: Identificar las características de la fiscalización del ejercicio profesional realizadas por cuatro consejos profesionales del área de salud. **Metodología:** Estudio documental analítico, en el que fueron incluídas las leyes de creación de los consejos y resoluciones vigentes que regulan la fiscalización del ejercicio profesional de la Enfermería, Medicina, Odontología y Farmacia. **Resultados:** Las profesiones analizadas en este estudio poseen ley de creación de sus consejos. La enfermería, la Medicina y la Farmacia poseen resoluciones que normatizan el sistema de fiscalización. Se identificaron características relacionadas al proceso de trabajo, atribuciones de los fiscales y penalidades relacionadas a la fiscalización del ejercicio profesional, poseen papel primordial en la seguridad del paciente. **Conclusiones:** Los consejos de clase, a medida que fiscalizan el ejercicio profesional, desempeñan un papel primordial en la asistencia a la salud. Además, cabe destacar la importancia de la estandarización de la fiscalización en el contexto de la salud, con vistas a la necesidad de realizar una asistencia multi e interprofesional con foco en el cliente.

DESCRIPTORES: Regulación y Fiscalización en Salud; Enfermería; Medicina; Odontología; Farmacia.

¹Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
Autor Correspondente: Luana Cássia Miranda Ribeiro⁵ - Email: luaufg@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil dispõe em seu art. 5º, inciso XIII que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”⁽¹⁾. A Constituição também prevê que a União deve inspecionar e fiscalizar as profissões. Contudo, essa tarefa foi delegada às associações profissionais, surgindo, nesse contexto, os conselhos profissionais⁽²⁾.

Os conselhos profissionais são órgãos criados por lei para fiscalizar e controlar profissões regulamentadas que, em seu exercício, podem provocar riscos à saúde, à segurança, à integridade física ou causar algum tipo de dano social, estando o interesse coletivo acima do individual, a fim de evitar que quaisquer desses riscos se tornem realidade. Conselhos profissionais são autarquias, considerados pessoa jurídica de direito público, sendo uma ramificação da União com caráter de administração pública indireta e poder de polícia⁽²⁾. Desse modo, a fiscalização exercida pelos conselhos deve garantir que os profissionais detenham as competências técnicas necessárias e de acordo com os preceitos éticos e legais de sua respectiva profissão.

Sua atividade compreende fiscalizar o cumprimento da lei que regulamenta a profissão, o código de ética profissional, o impedimento de contratação de indivíduos que não tenham habilitação e registro profissional, a prática ilegal ou irregular da profissão, além do reconhecimento e devido encaminhamento de casos nos quais há possível infração ética⁽³⁾.

Os conselhos profissionais são dotados de poder de polícia administrativa, ou seja, a eles é permitido realizar ações preventivas a fim de evitar que possíveis danos sejam causados à coletividade ou outrem por comportamento irregular do indivíduo, assegurando assim o interesse público sobre o privado⁽⁴⁾. Portanto, quando são encontradas falhas técnicas ou éticas, que levam à prática irregular ou ilegal da profissão, colocando em risco a saúde dos indivíduos ou coletividade, os conselhos regionais possuem o papel de aplicar sanções aos infratores⁽³⁾.

As quatro grandes profissões da saúde – Enfermagem, Medicina, Odontologia e Farmácia – possuem o mesmo objetivo: zelar pela saúde dos pacientes, atuando na assistência direta e indireta. Essas profissões são importantes em suas especificidades e contribuem, em conjunto, para o bem-estar e a saúde integral da população. É disponibilizado nos endereços eletrônicos dos quatro Conselhos Federais, que a enfermagem compreende um total de 2.091.592 profissionais, 457.757 médicos, 310.581 cirurgiões-dentis-

tas e 221.258 farmacêuticos⁽⁵⁻⁸⁾. Assim, essas quatro profissões são fundamentais no contexto à saúde.

Devido às profissões da área da saúde atuarem diretamente com a vida, faz-se necessário que a fiscalização das atividades, por elas realizadas, aconteça de modo eficaz, garantindo o exercício profissional adequado, ético e seguro aos pacientes⁽⁹⁾. Assim, destaca-se o papel da fiscalização na qualidade da assistência prestada, bem como na segurança do paciente⁽¹⁰⁾.

No mundo, as profissões da saúde também têm seu exercício fiscalizado, seja por meio de conselhos, associações ou federações⁽¹¹⁾, com o foco de garantir a segurança do paciente⁽⁹⁾. Considerando que possuem o mesmo objetivo, que trabalham em equipe multiprofissional, e que há necessidade de interlocução entre as profissões para o adequado atendimento ao paciente, a tendência internacional é de padronizar a fiscalização das profissões da saúde⁽¹¹⁻¹³⁾.

Considerando-se o exposto, após revisão de literatura, observou-se uma lacuna no que se refere à produção científica nessa área em contexto nacional. Mediante a escassez de estudos abordando as características do sistema de fiscalização das principais profissões da saúde, considerou-se a necessidade de realizar o presente estudo que teve como objetivo identificar as características da fiscalização do exercício profissional realizadas por quatro conselhos profissionais da área da saúde.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo documental analítico, o qual permite a utilização de documentos que não passaram por análise científica, de modo a serem usados de acordo com o objetivo da pesquisa^(14,15).

Seleção dos documentos

Foram incluídas as leis de criação dos conselhos, bem como as resoluções vigentes que regulamentam a fiscalização do exercício profissional da Enfermagem, Medicina, Odontologia e Farmácia.

Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio do acesso aos endereços eletrônicos oficiais do Palácio do Planalto – Governo Federal e dos Conselhos Federais das quatro áreas da saúde em estudo, no período de agosto a setembro de 2018. Operacionalmente, ela foi dividida em três etapas: a) busca e determinação dos documentos alvos; b) leitura atenta aos mesmos e extração das informações relevantes para o alcance dos objetivos do

trabalho e c) preenchimento do instrumento de coleta de dados. Esse instrumento, elaborado e validado quanto à forma e conteúdo por expertises na temática, dispunha das seguintes informações: profissão, normas que regem a fiscalização, características do sistema de fiscalização, processo de trabalho do fiscal, atribuições dos fiscais e penalidades.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram tratados, utilizando-se o método de análise de conteúdo⁽¹⁶⁾. As fases de análise se organizaram em torno de três polos cronológicos: 1) a pré-análise, 2) a exploração do material e 3) o tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados.

Os resultados foram dispostos em um quadro síntese

para facilitar a organização dos resultados. Inicialmente foram apresentadas as Leis de Criação dos Conselhos das quatro áreas da saúde, e em seguida, as resoluções acerca da fiscalização do exercício profissional. Cada documento foi identificado de acordo com o ano de publicação, de forma crescente.

RESULTADOS

As profissões abordadas neste estudo possuem leis de criação de seus conselhos. Enfermagem, Medicina e Farmácia possuem resoluções que normatizam o sistema de fiscalização, sendo que duas dessas possuem uma resolução de alteração de redação. Não foi identificada resolução que normatize o sistema de fiscalização da Odontologia. Os resultados estão sintetizados no Quadro a seguir.

Quadro: Características dos sistemas de fiscalização do exercício profissional da Enfermagem, Medicina, Odontologia e Farmácia. Goiânia-GO, Brasil, 2018.

Profissão	Enfermagem	Medicina	Odontologia	Farmácia
Normas que regem a fiscalização	Lei 5.905/1973 ⁽¹⁷⁾ Resolução COFEN 374/2011 ⁽¹⁸⁾ (anexos) Resolução COFEN 518/2016 ⁽¹⁹⁾ (altera a redação)	Lei 3.268/1957 ⁽²⁰⁾ Resolução CFM 2.056/2013 ⁽²¹⁾ (dois anexos) Resolução CFM 2153/2016 ⁽²²⁾ (altera a redação)	Lei 4324/1964 ⁽²³⁾	Lei 3820/1960 ⁽²⁴⁾ Resolução CFF 648/2017 ⁽²⁵⁾ (21 anexos)
Característica do sistema de fiscalização	Processo educativo, de estímulo aos valores éticos e de valorização do processo de trabalho em enfermagem; Combater profissionais e instituições que atuam em desrespeito à legislação pátria; Provocar melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.	Estabelece regras para garantir a segurança da assistência médica à população, bem como os critérios para a prática segura da medicina. Fiscalização do desempenho técnico e ético da Medicina.	Não foi identificada resolução sobre fiscalização do exercício profissional.	Fiscalização das atividades farmacêuticas no âmbito do local de atuação em empresas ou estabelecimentos, sendo necessária a presença do farmacêutico durante o período de funcionamento das atividades.
Processo de trabalho do fiscal	1. Fazer levantamento do número de instituições por municípios da jurisdição que possuem profissionais de Enfermagem. Como fonte de consulta utilizar o CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – e banco de dados do próprio Conselho Regional, bem como outros meios de divulgação; 2. Classificar em Instituições de Saúde; 3. Definir roteiros de inspeção e área de atuação; 4. Fazer plano de ação, contendo o número de inspeções na região metropolitana e interior.	Adoção do Anexo 1, do Anexo 2 (Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil) e dos roteiros de vistoria como orientadores da atividade fiscalizatória.	Idem.	O procedimento de fiscalização dos Conselhos Regionais de Farmácia obedecerá ao disposto nesta resolução, nos termos do anexo I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX e XXI. O CRF deverá adotar Fichas de Fiscalização do Exercício das Atividades Farmacêuticas (FFEAF).

Profissão	Enfermagem	Medicina	Odontologia	Farmácia	
Atribuições dos fiscais	I. Realizar inspeções do exercício profissional na circunscrição do Conselho Regional, de acordo com o planejamento previamente elaborado;				
	II. Atender às determinações da coordenação do departamento;				
	III. Elaborar relatório circunstanciado das verificações, notificações e outros elementos comprobatórios, integrantes do processo de fiscalização;				
	IV. Apresentar de forma sistemática instrumentos referentes às atividades desenvolvidas;				
	V. Esclarecer aos profissionais de enfermagem, e sempre que possível, os dirigentes das instituições de saúde e ensino, a respeito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais;				
	VI. Orientar os profissionais de enfermagem a proceder a sua regularização perante o Conselho Regional, notificar os que estão em exercício irregular e afastar das atividades de enfermagem aqueles que estiverem em exercício ilegal;				
	VII. Participar das reuniões com a coordenação do Departamento de Fiscalização, para apresentação e discussão de relatórios das atividades realizadas e elaboração de novos planos de trabalhos;				
	VIII. Realizar palestras na área de circunscrição do Conselho Regional ou fora dela, quando designado pela coordenação do Departamento de Fiscalização ou diretoria;				
	IX. Prestar esclarecimentos aos profissionais de enfermagem e atender quando necessário ao público de modo geral, bem como, aos profissionais convocados ou outros que necessitem de orientação referente às normatizações do exercício da enfermagem;		I - Verificar se os serviços fiscalizados estão de acordo com a atividade declarada pelo médico na prática privada, no contrato social registrado de pessoas jurídicas e, nos estabelecimentos públicos, o que consta como sua atividade-fim, bem como regularizados no Conselho Regional de Medicina.		I - Participar em conjunto com o supervisor de fiscalização da elaboração do plano de fiscalização anual, que deverá ser aprovado pelo Plenário do CRF, fornecendo dados estatísticos e geográficos do estado;
	X. Auxiliar outros setores dos Conselhos Regionais, quando necessário e/ou solicitado;		II - Lavrar o Termo de Vistoria.	Idem.	II - Participar da estratégia de fiscalização considerando a situação geopolítica e profissional de estado;
	XI. Integrar comissões, quando designado;		III - O Termo de Vistoria especificará as condições encontradas no serviço fiscalizado, podendo utilizar, inclusive, métodos de imagem que confirmem os dados coletados, evitando a identificação de pacientes quando os registros envolverem a imagem de pessoas.		III - Elaborar os relatórios mensais e anual com base nos dados de fiscalização;
	XII. Executar outras tarefas, sempre que necessário ou quando solicitado pelo plenário ou diretoria do Conselho Regional, desde que dentro dos limites de suas atribuições como fiscal e servidor público;		IV - Havendo irregularidades, será lavrado juntamente com o Termo de Vistoria, se necessário, o Termo de Notificação		IV - Fiscalizar a área de jurisdição do regional, cumprindo a legislação profissional, lavrando termo de inspeção em todas as empresas ou estabelecimentos inspecionados, sendo que o termo de intimação ou auto de infração, ambos precedidos de termo de inspeção, deverão ser lavrados nos casos previstos na legislação vigente;
	XIII. Participar de programas de divulgação do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, legislação e Código de Ética;				V - Orientar tecnicamente, na atividade fiscalizada, os farmacêuticos e, se necessário, os demais empregados, nas empresas ou estabelecimentos no momento da fiscalização.
	XIV. Orientar a elaboração e a apresentação de denúncias, visando sua Respectiva fundamentação e proceder aos devidos encaminhamentos;				
	XV. Esclarecer quanto à Certidão de Responsabilidade Técnica - CRT - e Registro de Empresa - RE -, fornecendo requerimentos específicos;				
	XVI. Apoiar o Enfermeiro Responsável Técnico, quanto à organização do serviço e suas atividades.				
	XVII. Solicitar da autoridade policial garantia de acesso às dependências de onde ocorrer o exercício profissional da enfermagem, quando houver impedimentos ou obstáculo da ação de fiscalização.				

Profissão	Enfermagem	Medicina	Odontologia	Farmácia
Penalidades	I - advertência verbal;	a) advertência confidencial;	a) advertência confidencial;	I) de advertência ou censura, aplicada sem publicidade,
	II - multa;	b) censura confidencial;	b) censura confidencial;	II) de multa de Cr\$ 500,00 (quinhentos cruzeiros) a Cr\$ 5.000,00 (cinco mil cruzeiros)
	III - censura;	c) censura pública;	c) censura pública;	III) de suspensão de 3 (três) meses a um ano,
	IV - suspensão do exercício profissional;	d) suspensão do exercício profissional até 30 dias;	d) suspensão do exercício profissional até 30 dias;	IV) de eliminação.
	V - cassação do direito ao exercício profissional.	e) cassação do exercício profissional.	e) cassação do exercício profissional.	

DISCUSSÃO

A União delegou importante papel de fiscalizar o bom cumprimento técnico e ético das profissões por meio da criação de conselhos profissionais. Desse modo, entre as décadas de 1950 e 1970, foram criados os conselhos de Medicina, Farmácia, Odontologia e Enfermagem, respectivamente, com a finalidade de zelar pela qualidade do serviço prestado, oferecendo uma assistência segura. A segurança do paciente deve ser prioridade nas instituições de saúde, constituindo parte de sua cultura organizacional, a fim de reduzir ao máximo possível a ocorrência de eventos adversos por meio de práticas seguras da assistência⁽²⁶⁾. Assim, devem-se conceber ações que promovam o diálogo e atuação multidisciplinar na área na saúde⁽²⁷⁾.

Para consolidar tal função, os conselhos criaram resoluções que regulamentam a fiscalização. Quanto à Odontologia, não foi identificada resolução nesse sentido. Tal fato vai em desconformidade com a tendência internacional, que tem buscado padronizar a fiscalização dos órgãos reguladores⁽¹³⁾. Destaca-se a importância de existir norma nacional para que as 27 unidades federativas cumpram seu papel fiscalizador, a fim de assegurar proteção a toda sociedade e a idoneidade da profissão. A adoção de norma nacional única para a fiscalização na área da saúde poderá evitar divergências nesse processo, além de contribuir para uma atuação multi e interdisciplinar.

As resoluções da Farmácia e Medicina apresentam anexos contendo formulários para seu uso durante as atividades de fiscalização, diferentemente da Enfermagem, que tem seu processo de trabalho orientado pelo Manual de Fiscalização. A elevada quantidade de anexos pode dificultar a compreensão acerca da fiscalização. Cabe ressaltar que a existência de instrumentos é im-

portante para a atividade fiscal visando a sua uniformização. Estudo⁽²⁸⁾ apontou que recursos insuficientes ou inadequados e a falta de uniformização e normatização das atividades de fiscalização constituem fator de sofrimento aos fiscais relacionados às condições e organização do trabalho.

Nesse sentido, compondo o processo de trabalho, os farmacêuticos fiscais possuem definidos, por normativa, a quantidade de estabelecimentos por fiscal, fiscalização mínima e índice de desempenho do conselho e do fiscal; estabelece dedicação exclusiva, necessidade de cursos de capacitação, entre outros. Ainda, é verificado que a inspeção ocorre por meio de visitas e punições, aplicando-se sanções quando constatada alguma irregularidade. A Farmácia possui papel fundamental na produção e distribuição de medicamentos, sendo essencial para a recuperação da saúde do paciente e para o andamento das outras áreas da saúde⁽²⁹⁾. Estudo⁽³⁰⁾ aponta que os farmacêuticos mostram-se descontentes e apontam falhas no seu sistema de fiscalização que se preocupa, principalmente, com multa na ausência do farmacêutico, não observando se as atribuições profissionais são cumpridas adequadamente.

Os sistemas de fiscalização pautados em medidas punitivas podem reduzir a força do profissional à medida que o adentra pelo medo e poder hierárquico do fiscal⁽³¹⁾. Apesar do destaque dado à punição neste sistema de fiscalização, entre as atribuições dos fiscais farmacêuticos, há um item destinado a orientações aos profissionais da categoria.

Nas resoluções da Enfermagem, há preocupação quanto à necessidade de orientar os profissionais sobre a fiscalização e sobre a prática profissional, o que pode ser observado pela descrição das atribuições que estão relacionados a orientar, esclarecer, apoiar e minis-

trar palestras aos profissionais, confirmando seu caráter educativo. Além disso, o Manual dispõe de modelos de capacitação de fiscais, para garantir a acurácia dos serviços prestados. A formação do enfermeiro tem como base princípios da educação, o que se refletem também na normatização da fiscalização. Essa preocupação é relevante, considerando que a educação amparada no diálogo leva à potencialização do pensar e da reflexão; conseqüentemente, há uma mudança efetiva nas ações e discurso das pessoas⁽³²⁾.

Além disso, na norma da Enfermagem, há uma preocupação com a segurança e a saúde da população, à medida que busca melhorar a qualidade de seus atendimentos. A Enfermagem destaca-se ao olhar para o indivíduo como um ser singular, considerando-o em seu todo para proporcionar o cuidado de modo a contemplá-lo em sua integralidade, compreendendo e acolhendo suas necessidades⁽³³⁾.

A Medicina baseia-se principalmente no modelo biomédico, no qual o paciente é assistido, tendo como prioridade a cura da doença⁽³⁴⁾. Na fiscalização, a lógica biomédica gera influências nas atribuições dos fiscais, sendo estas relativas apenas ao processo de inspeção.

Nota-se, com esse modelo, que seu sistema de fiscalização não aborda claramente aspectos voltados à segurança do paciente por meio da fiscalização do exercício médico. Observa-se, no entanto, no decorrer do documento, a preocupação com a valorização e segurança da categoria profissional. Ressalta-se que o foco dos sistemas de fiscalização deve ser garantir e preservar a segurança do paciente⁽⁹⁾.

Na normatização da Medicina, há um documento que descreve a exposição de motivos que levaram à elaboração da resolução da fiscalização. Esse faz menção às dificuldades vivenciadas pelos profissionais, no que tange especialmente às condições de trabalho e reconhecimento da profissão pela sociedade. Além disso, é mencionado como devem ser as anotações de outras categorias profissionais. Tal fato pode ser considerado abusivo, já que cada profissão possui regulamentação própria amparada por lei. Contudo, a hegemonia médica confere status à categoria e supervalorização dos seus conhecimentos, fator que pode dificultar o processo de trabalho multiprofissional⁽³⁵⁾.

Do exposto, foi possível observar pontos de aproximação e divergência entre as legislações estudadas. Apesar de no contexto internacional haverem discussões sobre uniformização da fiscalização^(13,36,37), nacionalmente, esse tema carece de aprofundamento. Contudo, percebe-se ponto de congruência entre a fiscalização das categorias

profissionais aqui abordadas relacionadas à aplicação de penalidades.

Limitações do Estudo

Este estudo teve, como limitações, a dificuldade de localização das normas vigentes nos endereços eletrônicos dos conselhos federais, que não possuem uma parte destinada a fiscalização.

Contribuições para a Prática

As discussões suscitadas neste estudo podem contribuir para que, no Brasil, sejam pensadas iniciativas no sentido de uniformização da fiscalização do exercício profissional na área da saúde, visando o fortalecimento de uma assistência multi e interprofissional, de qualidade e com foco na segurança do paciente.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar características relacionadas ao processo de trabalho, atribuições dos fiscais e penalidades relacionadas à fiscalização do exercício profissional.

Destaca-se a importância da disponibilização de normas nacionais pelos Conselhos, a fim de assegurar a uniformização da fiscalização e garantir a segurança do paciente a partir do exercício legal e regular das profissões. Além disso, a uniformização da fiscalização em saúde é importante para o desenvolvimento das profissões com foco multi e interdisciplinar, princípios basilares da qualidade em saúde na atualidade.

A partir dos dados, verifica-se a preocupação dos Conselhos Profissionais em relação às questões educativas relacionadas à fiscalização do exercício profissional. O processo fiscalizatório pautado na educação dos profissionais é evidenciado de forma enfática nas normas da Enfermagem, citado na Farmácia, não sendo identificado com a mesma ênfase na Medicina. As ações dos conselhos profissionais devem basear-se em trabalho preventivo, tendo como base o processo educativo. Este processo propicia a reflexão crítica do agir e estimula a mudança comportamental, podendo haver melhora nos resultados assistenciais, o que compreende a finalidade da fiscalização.

Contribuições dos Autores

LHP, PTS, LCMR - concepção e desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; ACCR - concepção e desenho do manuscrito, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; RGFC- concepção e desenho do manuscrito, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Internet]. 1988 [cited 2018 Nov 20]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
2. Tribunal de Contas da União (TCU). Orientações para os Conselhos de Fiscalização das Atividades Profissionais. [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/orientacao-para-os-conselhos-de-fiscalizacao-das-atividades-profissionais.htm>
3. Silveira LR. The professional supervision of nursing in Brazil: ethical challenges. Repositório Institucional UFSC [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/160703/337960.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Rangel TLV. O Exercício do Poder de Polícia: Ponderações sobre a Polícia Administrativa. Âmbito Jurídico [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 20];18(135). Available from: http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15928.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em Números. [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
6. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica: Brasil possui médicos ativos com CRM em quantidade suficiente para atender demandas da população. [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27983:2018-11-26-13-05-15&catid=3
7. Conselho Federal de Odontologia. Quantidade Geral de Profissionais e Entidades Ativas. [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://cfo.org.br/website/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>
8. Conselho Federal de Farmácia. Dados 2018. [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]. Available from: <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=801&menu=801&titulo=Dados+2018>
9. Rafii F, Oskouie F, Parvizy S, Mohammadi N, Ghafouri R. Nursing Professional Regulation: Rodgers' evolutionary concept analysis. *Int J Med Res Health Sci* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 20]; 5(9S):436-442. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322715065_Nursing_Professional_Regulation_Rodgers'_evolutionary_concept_analysis.
10. Costa EO, Germano RM, Medeiros SM. The fiscalization of the professional practice in the Nursing Federal Council. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 20]; 18(1): 213-217. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/919>.
11. Benton DC, Catizone CA, Chaudhry HJ. The Changing Dynamics of Professional Regulation: A Perspective from Medicine, Nursing and Pharmacy. *Journal of Medical Regulation* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 20]; 103(4): 32-35. Available from: <http://jmronline.org/doi/full/10.30770/2572-1852-103.4.32>.
12. Wenghofer EF, Kam SM. Evolving Professional Regulation: Keeping up with Health System Evolution. *Healthc Pap* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 20];16(4):30-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28901914>.
13. Nerland M, Karseth B. The knowledge work of professional associations: approaches to standardisation and forms of legitimization. *Journal of Education and Work* [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 20]; 28(1): 1-23. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13639080.2013.802833?scroll=top&needAccess=true>.
14. Cechinel A, Fontana SAP, Della KGP, Pereira AS, Prado SS. Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. *Criar Educação* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 20]; 5(1). Available from: <http://periodicos.unesc.net/criaredu/article/view/2446/2324>.
15. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperriere A, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. *Vozes* [Internet]. 2008 [cited 2018 Nov 20]. Available from: https://www.academia.edu/9238598/ANDR%C3%89_CELLARD_-_A_an%C3%A1lise_documental_p_295-316
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Almedina [Internet]. 1970 [cited 2018 Nov 20]. Available from: https://disciplinas.usp.br/plugin-file.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%2C%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa.%20Edi%C3%A7%C3%B5es%2C%2070%2C%20225..pdf
17. Brasil. Lei n. 5095, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 julho 1973. [cited 2019 jul 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5905.htm
18. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 374/2011. Normatiza o funcionamento do Sistema de Fiscalização do Exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 2011 [cited 2019 jul 15]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-3742011_6590.html
19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 518/2016. Altera o Item XII - "SITUAÇÕES PREVISÍVEIS E CONDUTAS A SEREM ADOTADAS" do Manual de Fiscalização do Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, que passa a chamar-se "Quadro de Irregularidades e Ilegalidades", anexo da Resolução Cofen nº 374/2011 [Internet]. 2016 [cited 2019 jul 15]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05182016_42566.html
20. Brasil. Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 outubro 1957. [cited 2019 jul 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L3268.htm
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2.056/2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos ser-

viços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos. 2013. [cited 2019 jul 15]. Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2056_2013.pdf

22. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 2153/2016. Altera o anexo I da Resolução CFM nº 2.056/2013 e dispõe sobre a nova redação do manual de vistoria e fiscalização da medicina no Brasil. Altera o texto da anexo II –Da anamnese das prescrições e evoluções médicas –da Resolução CFM nº 2.057/2013, publicada no D.O.U. de 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165–171 e revoga o anexo II da Resolução CFM nº 2.056/2013, publicada no D.O.U de 12 de novembro de 2013, Seção I, p. 162–3 e o anexo II da Resolução CFM nº 2073/2014 publicada no D.O.U. de 11 de abril de 2014, Seção I, p. 154. 2016. [cited 2019 jul 15]. Available from: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2153#search=%22aparelhos%20m%C3%A9dicos%22>

23. Brasil. Lei n. 4324, de 14 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 abril 1964. [cited 2019 jul 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L4324.htm

24. Brasil. Lei n. 3820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 novembro 1960. [cited 2019 jul 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3820.htm

25. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF n. 648/2017. Ementa: Regulamenta o procedimento de fiscalização dos Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências. 2017. [cited 2019 jul 15]. Available from: <http://www.crf-ba.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/648.pdf>

26. Andrade LEL, Lopes JM, Souza Filho MCM, Vieira Júnior RF, Farias PC, Santos CCM, et al. Patient safety culture in three brazilian hospitals with different types of management.

Ciênc saúde colet [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 23 (1). Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n1/161-172/pt/>.

27. Araújo MAN, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Souza JC, Barlem ELD, Teixeira NS. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. *Enferm Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 14]; 8 (1): 52–56. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/984/362>

28. Silveira LR, Ramos FRS, Schneider DG, Vargas MAO, Barlem ELD. Moral suffering in nurses of inspection departments in Brazil. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 20]; 29(4):454–62. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&id=S0103-21002016000400454&lng=pt&tlng=pt>.

29. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Guibu IA, Álvares J, et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 20]; 51(suppl.2), 6s. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139748>.

30. Sampaio PS, Sancho LG, Lago RF. Implementation of new regulations for prescribing and dispensing of antibiotics: challenges and possibilities. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2018

[cited 2018 Nov 20]; 26(1): 15–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000100015&lng=en.

31. Almeida DB, Silva GTR, Freitas GF, Ramos FRS, Albuquerque GL, Almeida IFB, et al. Nursing disciplinary resources: a historical and foucauldian study. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 20]; 30(6): 598–606. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000600598&lng=en.

32. Casagrande EA. A filosofia e a disciplinarização do saber: diálogo e poder na escola. *Rev. Espaço Pedagógico* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 20]; 23 (2): 329–343. Available from: www.upf.br/seer/index.php/rep.

33. Stein-Backes D, Stein-Backes M, Lorenzini-Erdmann A, Büscher A, Salazar-Maya AM. Significance of the Nurse's Social Practice with and through the Unified Brazilian Health Care System. *Aquichan* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 20]; 14(4): 560–570. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400010&lng=en.

34. Benedetto MAC, Gallian DMC. The narratives of medicine and nursing students: the concealed curriculum and the dehumanization of health care. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 22(67):1197–1207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000401197&lng=en.

35. Pinho ES, Souza ACS, Esperidião E. Working processes of professionals at Psychosocial Care Centers (CAPS): an integrative review. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 23(1): 141–152. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000100141&lng=en.

36. Leslie K, Nelson S, Deber R, Gilmour J. Policy Tensions In Regulatory Reform: Changes To Regulation of Health Professions in Australia, The United Kingdom, and Ontario, Canada. *Journal of Nursing Regulation* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 8(4): 32–42. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2155825617301801>.

37. Thurtle V. Reforming the regulation of health professionals: Join the consultation. *Journal of Health Visiting* [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 20]; 6(1), 16–17. Available from: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/johv.2018.6.1.16>.

RECEBIDO: 11/04/2019
ACEITO: 10/10/2019

ENSINO DA SAÚDE DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS EM CURSOS DE ENFERMAGEM

Nádile Juliane Costa de Castro¹ <https://orcid.org/0000-0002-7675-5106>

Deisiane da Silva Mesquit² <https://orcid.org/0000-0001-8724-0282>

Karytta Sousa Naka³ <https://orcid.org/0000-0001-9859-0341>

Jéssica Bruna Gomes Teixeira⁴ <https://orcid.org/0000-0001-9585-0814>

Rafael dos Santos Borges⁴ <https://orcid.org/0000-0001-6228-7746>

Objetivo: Analisar a presença de disciplinas sobre Saúde de populações tradicionais nos cursos de graduação em enfermagem da região Centro-Oeste do Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado a partir da consulta na base de dados eletrônica do Ministério da Educação e Cultura (E-MEC) no período de maio a novembro de 2017. **Resultados:** Foram identificadas 89 instituições com cadastro no E-MEC, sendo 16 da rede pública e 73 da privada. **Conclusões:** Constatou-se que apesar dos estados da região Centro-Oeste possuírem populações tradicionais, foi possível identificar um déficit de disciplinas curriculares específicas sobre a saúde de populações tradicionais, bem como falhas pedagógicas com a ausência de informação da matriz curricular em sistemas eletrônicos na região Centro-Oeste. Espera-se que estes dados possam subsidiar novas reflexões aos diversos cursos de graduação em enfermagem no país.

Descritores: Populações vulneráveis; Enfermagem; Ensino; Competência Cultural.

HEALTH EDUCATION OF TRADITIONAL POPULATIONS IN NURSING COURSES

Objective: To analyze the presence of disciplines on Health of traditional populations in nursing undergraduate courses in the Center-West region of Brazil. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study based on the electronic database of the Ministry of Education and Culture (E-MEC) from May to November 2017. **Results:** A total of 89 institutions with registration in the E-MEC, being 16 of the public network and 73 of the private. **Conclusions:** Although the states of the Central-West region have traditional populations, it was possible to identify a deficit of specific curricular subjects on the health of traditional populations, as well as pedagogical failures with the absence of information from the curricular matrix in electronic systems in the Midwest region. It is hoped that this data may support new reflections on the various nursing undergraduate courses in the country.

Descriptors: Vulnerable Populations; Nursing; Teaching; Cultural Competency.

ENSEÑANZA DE LA SALUD DE LAS POBLACIONES TRADICIONALES EN CURSOS DE ENFERMERÍA

Objetivo: Analizar la presencia de disciplinas sobre salud de poblaciones tradicionales en cursos de pregrado de enfermería en la región Centro-Oeste de Brasil. **Método:** Este es un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo basado en la base de datos electrónica del Ministerio de Educación y Cultura (E-MEC) de mayo a noviembre de 2017. **Resultados:** Un total de 89 instituciones con registro en el E-MEC, siendo 16 de la red pública y 73 de la privada. **Conclusiones:** Si bien los estados de la región Centro-Oeste tienen poblaciones tradicionales, fue posible identificar un déficit de temas curriculares específicos sobre la salud de las poblaciones tradicionales, así como fallas pedagógicas con la ausencia de información de la matriz curricular en los sistemas electrónicos. en la región del medio oeste. Se espera que estos datos puedan respaldar nuevas reflexiones sobre los diversos cursos de pregrado de enfermería en el país.

Descriptorios: Poblaciones vulnerables; Enfermería; Educación; Competencia Cultural.

¹Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. Universidade Federal do Pará

²Instituto Evandro Chagas, Pará

³Universidade Federal do Rio de Janeiro

⁴Faculdade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.

Autor Correspondente: Nádile Juliane Costa de Castro - Email: nadiledecastro@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Para alcançar os patamares da integralidade prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso inserir as práticas de saúde no contexto das populações atendidas nos serviços. Mas, sobretudo, é necessário que isso ocorra desde a formação desses profissionais⁽¹⁾. Essa ideia corrobora com a percepção que o conhecimento tradicional está presente na vida social com suas expressões e dinâmicas⁽²⁾. Justamente por esta perspectiva que a formação do profissional de saúde deve permear, pois permite incorporar de modo integral as habilidades profissionais necessárias.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde por meio do SUS, vem implantando diversas políticas de saúde a fim de implementar medidas que diminuam os agravos dessas populações, assim como do alcance de seus objetivos. Entre essas políticas temos: a Lei 9.836/99 que cria o Subsistema Indígena, e as portarias 290/2013, 992/2009, 2866/2011, que, respectivamente, são sobre a garantia de serviços de Unidades Fluviais, Política de atenção à população negra e Política Nacional de Saúde Integral das Populações das Águas, Campos e da Floresta. Há evidentemente uma tendência em se discutir essas políticas de saúde específicas devido a necessidade de implantá-las também na formação do profissional de saúde. Logo, indaga-se: Será que isto está ocorrendo? De que forma ocorre esta formação? As instituições de ensino no Brasil integram nos seus currículos políticas públicas específicas às populações tradicionais?

Desta forma, observa-se a necessidade de cada vez mais as universidades possibilitarem a interdisciplinaridade em seus projetos pedagógicos com a inserção do ensino sobre populações tradicionais, possibilitando habilidades inerentes à formação acadêmica. Esta articulação deve ser construída ao longo das atividades do universo acadêmico e de acordo com a realidade e necessidade regional.

Permite-se aqui iniciar uma reflexão do ensino de saúde às populações tradicionais em uma das regiões mais diversificadas no cenário brasileiro. A região centro-oeste é caracterizada por uma diversidade de seu cenário (Cerrado, Pantanal e Amazônia) e de suas populações, logo, é pertinente identificar fatores que podem melhorar a assistência à saúde e diminuição dos agravos. Além destes fatos, Brasília e Campo Grande, capital nacional e capital de Mato Grosso do Sul, respectivamente, possuem as maiores populações indígenas do Brasil⁽³⁾.

Nesse contexto, as universidades inseridas nesta região têm a responsabilidade de propor articulações acadêmicas para melhorar a assistência a essas populações. Assim como propor discussões de acordo com a realidade

cultural do discente e futuro profissional⁽⁴⁾. Ademais, essas inserções devem inicialmente ocorrer pelo ensino de graduação, podendo alcançar outros patamares. Logo, é necessário conhecer a realidade para então gerar ações estratégicas no ensino de saúde.

Dessa maneira, o estudo tem por objetivo analisar a presença de disciplinas sobre Saúde de populações tradicionais nos cursos de graduação em enfermagem de universidades e faculdades da região Centro-Oeste do Brasil.

MÉTODO

Tipo de Estudo

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

Participantes da pesquisa

Realizado a partir da consulta de dados secundários extraídos da base de dados eletrônica do Ministério da Educação e Cultura (E-MEC), visando a análise de projetos pedagógicos e ementas de cada curso de graduação de Enfermagem da região Centro-Oeste do Brasil. Os critérios de inclusão foram: instituições de ensino superior (IES) dos estados do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás cadastradas no E-MEC com matrizes e projetos pedagógicos disponíveis. Tais dados foram coletados no período entre maio a novembro de 2017.

Local do estudo

Dados obtidos por meio do site oficial do Ministério da Educação e Cultura, E-MEC, a partir do registro de cursos de graduação em Enfermagem da região Centro-Oeste do Brasil. Esta coleta foi realizada no período de maio a novembro de 2017.

Procedimentos de análise dos dados

Como parte do processo de construção e consolidação dos dados, as seguintes variáveis foram coletadas por IES e estado: Tipo de serviço oferecido (público ou privado), modalidade de ensino (à distância ou presencial), ausência ou presença de disciplina sobre o tema do estudo, matriz e projeto pedagógico disponível em site ou mídia compatível. A análise dos dados foi realizada a partir da estatística descritiva e, posteriormente, tabulada em tabela.

Procedimentos éticos

Quanto aos procedimentos éticos, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, visto que foram utilizados dados de acesso livre de fonte

eletrônica disponível pelo Ministério da Educação e Cultura. No mais, ainda por esta condição mantém-se o anonimato das instituições pesquisada, assim como é pontuado na Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011, que determina a divulgação de informações pedagógicas e de dados dos cursos na internet de forma clara e precisa⁽⁵⁾.

RESULTADOS

A região Centro-Oeste tem cadastrada na plataforma do E-MEC 89 IES com cursos de Graduação em Enfermagem, tanto vinculados a instituições públicas quanto da iniciativa privada, com as modalidades presencial e a distância. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos cursos de enfermagem na região estudada. Observou-se um total de 89 cursos de enfermagem na região Centro-Oeste. O Estado de Goiás apresentou 43(48,31%) cursos cadastrados, seguido de Mato Grosso com 27 (30,33%) e Mato Grosso do Sul com 19 (21,34%). Dos 89 cursos, 16 (17,9%) são da rede pública e 73 (82,02%) da rede privada, o que demonstra claramente o interesse deste segmento na formação acadêmica em enfermagem.

Referente à quantidade de cursos ofertados pela iniciativa privada, Mato Grosso do Sul apresentou a maior representatividade nesta modalidade, com 89% (17/19), diferentemente da iniciativa pública, que possuiu maior representatividade no Estado de Mato Grosso com total de 22,2% (6/27).

Tabela 1. Distribuição dos cursos de enfermagem na região Centro-Oeste do Brasil, maio a novembro de 2017.

VARIÁVEIS	ESTADOS			TOTAL
	MT	MS	GO	
Total de instituições cadastradas	27	19*	43*	89
Serviço oferecido				
Público	6	2	8	16
Privado	21	17	35	73
Disciplinas sobre populações tradicionais				
Com disciplinas	1	0	1	2
Sem disciplinas	10	9	29	48
Modalidade de Ensino				
Modalidade Presencial	22	15	39	76
Modalidade à distância	5	5	5	15
Sem informação de matriz NA INTERNET	16	10	14	40

Fonte: E-MEC, 2017

*Instituições com cadastro em dois tipos de modalidade de ensino.

Verificou-se em relação a presença ou não de disciplina sobre saúde de populações tradicionais que ao Estado de Goiás é incluído o Distrito Federal, onde não há divisão e detalhamento das IES. Nessa lógica, a considerar este Estado, é percebido a presença de apenas uma disciplina específica sobre a temática, representando 2,32% (N=1/43) das 43 instituições cadastradas no Estado, semelhante ao Estado de Mato Grosso, representando 3,7% do total (N=1/27) IES com a disciplina. Nada foi encontrado no Estado de Mato Grosso do Sul (Tabela 1).

Ao verificar as matrizes e projetos pedagógicos das IES que possuíam disciplinas com discussão e objetivos sobre a saúde das populações tradicionais, foram identificadas apenas duas da iniciativa pública. Em relação aos projetos políticos pedagógicos indisponível em meio eletrônico, Mato Grosso apresentou 16 (40%, N=16/40), Mato Grosso do Sul 10 (10/40 - 20%) e Goiás 14 (40%, N=14/40). Os 40 cursos sem informação representaram 46,51% dos 86 cursos cadastrados no E-MEC.

No quesito de disciplinas de base dentro do campo estudado, foram identificadas no ciclo básico ou inicial do curso as seguintes disciplinas: antropologia da saúde, saúde coletiva, políticas públicas de saúde, sociologia e práticas integrativas e complementares. Todas estas disciplinas possuem conteúdo para subsidiarem discussões quanto ao estudo da saúde de populações tradicionais, assim como da inserção da assistência de enfermagem em ambientes diferenciados. Não foram identificadas disciplinas no ciclo profissional das matrizes disponíveis.

DISCUSSÃO

O Estado de Goiás e as tendências atuais

A formação de futuros profissionais de saúde é um tema muito discutido, e, apesar dos projetos pedagógicos dos cursos (PPC) de enfermagem estarem direcionados às diretrizes da Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN), é necessário que atendam a demanda da população e do sistema de saúde. Portanto, advém ter um olhar atento a essa questão, pois, o currículo disciplinar é o mais utilizado nas IES, e, representam saberes, práticas e experiências importantes e pertinentes a realidades que auxiliam resolutividades dos problemas sociais⁽⁶⁾.

É interessante que durante a graduação seja ofertada uma formação crítica reflexiva que atenda de forma realista as necessidades de saúde da população conforme as características apresentadas, e assim tenha-se profissionais com formação além dos requisitos exigidos pelo mercado de trabalho⁽⁷⁾. Dessa forma, quando, em sua estrutura de conteúdo não há

associação com a realidade tende a interferir na formação de futuros profissionais.

Em vista dessa problemática as IES de enfermagem do estado de Goiás seguem um currículo generalista e sem pertinências curriculares que tenham direcionamentos à realidade da população local, que é formada historicamente por populações tradicionais. Eis uma questão importante, pois apresentam modo de vida peculiar que interfere no modo assistencial da enfermagem. Essas especificidades devem ser levadas em considerações no cuidado em saúde às populações negras, inclusive algumas são recomendadas pelo Ministério da Saúde, no que se refere ao tratamento de hipertensão arterial com medicamentos básicos⁽⁸⁾. Tais condições devem ser direcionadas durante o percurso à graduação, e das populações tradicionais como um todo, observando também especificidades genéticas, clínicas e sociais.

Em Goiás, incluindo o Distrito Federal, apenas uma IES apresentou a disciplina de populações tradicionais, evidenciando que as outras instituições de ensino de enfermagem no estado abordam a temática na disciplina de Saúde coletiva ou, simplesmente, a omitem de seu projeto pedagógico. Isto possibilita que não esteja sendo desenvolvidas competências e habilidades que visem dar assistência à população local.

Em se tratando do Estado em questão, que apresenta uma formação histórica marcada por descoberta de minérios, é destaque os milhares de negros escravizados que foram trazidos à Goiás para trabalharem na extração de ouro, o que culminou para instauração de quilombos. Deveras, essas questões são relevantes para entender o contexto que são organizadas as populações locais e a dada importância de inserir estes constructos na formação acadêmica.

Outros fatores, porém, podem criar barreiras para o pleito dessas questões: o alto índice de faculdades de ensino privado que mantém um currículo engessado e generalista, que não contextualiza a realidade. Isso se acentua cada vez com a tendência de compra dos pequenos grupos de ensino superior por empreendimentos e/ou grupos nacionais e internacionais de educação, os quais apresentam o mesmo modelo de ensino e projeto pedagógico para todas as unidades. Essa situação é, portanto, um desafio quando se pensa nas especificidades regionais.

Além dessa problemática, o ensino à distância (EAD) nos cursos de enfermagem se encontra em expansão. Apesar do conselho federal de enfermagem repudiar essa modalidade de ensino, conforme o projeto de Lei 2891/2015, que prevê a regulamentação do exercício da profissão e obriga a formação exclusivamente presencial, no estado de Goiás a realidade

de não é diferente. No entanto, hoje o que prevalece é o interesse de grandes grupos de ensino que tendem a aumentar os cursos EAD de enfermagem.

No que tange a modalidade de ensino a distância há maior impulso para o distanciamento da realidade assistencial em especial de necessidades específicas locais, devido matrizes nacionais não interdisciplinares⁽⁹⁾.

O Estado de Mato Grosso e populações tradicionais

Historicamente a região considerada como a Amazônia Mato-Grossense, na região norte do Mato Grosso, foi amplamente povoada por populações tradicionais indígenas, tendo esta configuração modificada pelos empreendimentos e reorganizações espaciais realizadas na região nos últimos 60 anos⁽¹⁰⁾. Isto é resultado da política de desenvolvimento dos países em desenvolvimento da América latina e vem sendo uma questão bem discutida, principalmente por envolver diversos setores, inclusive as questões socioculturais⁽¹¹⁾.

São identificadas no estado 45 etnias localizadas em 78 terras indígenas. Estes povos têm lutado pela demarcação destas terras, assim como pela preservação do ambiente e diversidades culturais, mas, sobretudo, a emergência de construção de políticas públicas direcionadas a estes territórios⁽¹²⁾.

É notória a importância das instituições acadêmicas reconhecerem a manifestação de atividades que englobem a dinâmica destes grupos e, principalmente, as diversidades étnicas regionais, devendo ser considerada na construção das habilidades acadêmicas. Afirma-se isto, pois, há demandas de atendimentos à saúde de indígenas fora das aldeias, porém, há barreiras organizacionais, culturais, e até mesmo de acesso, em virtude das dificuldades de deslocamento geográfico, no que remete aos serviços de média e alta complexidade⁽¹³⁾.

A apresentação de apenas 3,7% de IES com disciplina sobre a temática é preocupante, porque a academia deveria ser um espaço de construção de conceitos e ampliação do fortalecimento das diretrizes do SUS, permitindo a instigação dos alunos por uma formação que proponha mudanças na assistência à saúde de modo a trazer qualidade ao serviço⁽¹⁴⁾.

É reconhecido, portanto, os esforços destas instituições de realizar pesquisas e ações pedagógicas direcionadas as pesquisas encontradas sobre indicadores e agravos à saúde das populações indígenas^(15,4). Contudo é necessário apontar outras situações a serem discutidas, como as comunidades inseridas neste contexto e as (re)organizações dos outros níveis de ensino para inclusão deste tema, bem como a assertiva que há uma cultura que vai além da cultura dos usuários, a cultura profissional da formação em enfermagem^(16,5), onde sua condução dever perceber as necessidades regionais.

Nesse cenário também estão inseridas as comunidades quilombolas e a própria formação de professores atuantes

em outros níveis educacionais com esse direcionamento⁽¹⁷⁾. Nessas ações pedagógicas são registrados estudos de campo para a própria identificação das necessidades locais que, posteriormente, foram consideradas na formação acadêmica. Experiências como estas revelam a necessidade de desenvolvimento de habilidades nestes grupos, porque, segundo a Fundação Palmares, existem 69 comunidades certificadas nesta região.

Assim, é necessário apreender que a formação histórica social da região é constituída por populações tradicionais e isto representa parte da identidade regional, indicando a necessidade de direcionamentos em formação em saúde que identifiquem estas especificidades na assistência. Contudo, os resultados encontrados não revelam essa direção.

Observando o ensino EAD, não há nada de diferente dos outros estados desta região, apresentado a mesma tendência e interesse. Igualmente em referência ao déficit de informações disponíveis nos meios eletrônicos, assim como o Estado de Goiás, o Estado do Mato Grosso apresentou 40% de ausência, o que deixa uma lacuna grande sobre os processos pedagógicos da região.

O Estado do Mato Grosso do Sul e breves reflexões

É um Estado com menor número de cursos de formação em Enfermagem, porém é o Estado com dados alarmantes de violência à população indígena conforme o Conselho indigenista missionário⁽¹⁸⁾. Assim como há registrado 22 comunidades quilombolas, divididas em região urbana e rural, localizadas em 16 municípios^(19,18).

Evidentemente que dados como estes são condicionantes para reflexões sobre agravos gerados a estas populações. A violência é pertinente entre esses povos conforme a pesquisa citada. Não obstante a isso, há uma considerável população remanescente quilombola nesta região. Ressalta-se que são dados que devem ser trabalhados em sala de aula como reflexões direcionadas a estas populações, seja para a assistência ou gestão. Isto promove além de sensibilidades com o tema, a instrução direcionada ao controle destes agravos.

Não foi encontrado nenhum registro sobre disciplinas que fomentem a temática de populações tradicionais de acordo com os dados analisados. Assim como os demais estados, é também uma revelação preocupante. Problemas de informação e acesso às matrizes curriculares das IES foram identificados e, além disso, não houve registro de cargas horárias direcionadas, assim como não foi possível analisar as demais disciplinas curriculares, objetivando observar e refletir sobre seu campo de atuação. Ademais,

temos também os diversos cursos EAD e o contínuo crescimento da formação privada de forma acentuada nos cursos de enfermagem do Estado.

Neste sentido, é necessário implementar tais temáticas já desde a academia de modo a potencializar dentro da formação a necessidade dentro processo de trabalho de atividades que descrevam as peculiaridades regionais, mas sobretudo, que a equipe de enfermagem que venha a atuar com este público desenvolva atividades dignas que seguidos dos aspectos culturais de diferentes etnias e que desenvolvam um olhar transcultural^(20,21).

CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA

Considera-se que este estudo apresenta fundamentos para discussão quanto a construção das matrizes curriculares de enfermagem de regiões do Brasil onde há um número significativos de povos e populações tradicionais, o que vem ser positivo quanto a formação político social e para orientação de práticas de enfermagem que considerem as peculiaridades regionais.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A ausência de projetos pedagógicos em plataformas digitais ou de informações quanto a composição das matrizes por semestre foi um dos fatores limitantes para essa pesquisa.

CONCLUSÕES

Constatou-se no estudo que apesar dos estados da região Centro-Oeste possuírem populações tradicionais até a atualidade, como os indígenas e remanescentes quilombolas, os cursos de graduação em enfermagem apresentam um déficit de disciplinas curriculares específicas sobre a saúde de populações tradicionais, bem como falhas pedagógicas com a ausência de informação da matriz curricular em sistemas eletrônicos. Ressalta-se que os dados observados não querem dizer que tal tema não esteja sendo trabalhado com uma carga horária reduzida dentro de outras disciplinas afins.

Espera-se que estes dados possam subsidiar novas reflexões aos diversos cursos de graduação em enfermagem no país, visando aprimorar o conhecimento e assistência à saúde dos futuros profissionais de enfermagem, além de considerar as necessidades e especificidades regionais.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: NJCC, DSM, KSN. Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados: JBG, RSB.

REFERÊNCIAS

1. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [cited 2017 nov 20]; 31(1): 20-31. Available from: http://carvasan.jpg.medicina.ufg.br/up/148/o/FORMACAO_DE_PROFISIONAIS_DE_SAU-DE_NA_PERSPECTIVA_DA_INTEGRALIDADE.pdf
2. Neto C, Germano JW, Furtado LG. O diálogo entre o saber tradicional e o saber médico-científico em uma comunidade tradicional de pescadores no litoral da Amazônia. [Internet] 2016 [cited 2017 nov 20];1(1):1-13. Available from: <https://www.uniara.com.br/arquivos/file/eventos/2016/vii-simposio-reforma-agraria-questoes-rurais/sessao4/dialogo-saber-tradicional-saber-medico-cientifico.pdf>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE.Censo 2010. Disponível em:<https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>. Available from: 10/02/2018
4. Bradshaw M, Hultquist BL. *Innovative teaching strategies in nursing and related health professions*. Jones & Bartlett Publishers, 2016.
- Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Available from: 13 de abril 2017.
5. Albuquerque SA, Batista RS, Tanji S, Moço ETM. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. *Interface*. [Internet] 2009 [cited 2018 jul 20]; 13 (31): 261-272. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13n31/261-272/pt>
6. Garanhani ML, Vannuchi MTO, Pinto AC, Simões TR, Guariente MHDM et al. *Integrated Nursing Curriculum in Brazil: a 13-Year Experience*. *Creative Education, USA*. 2015Dec;4(12):66-74. Doi: 10.4236/ce.2013.412A2010
7. Vargas IVD, Cardosos RLS. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra do Maranhão: problema e Desafios. *Saúde, soc. São Paulo*. [Internet] 2016 [cited 2018 jul 20]; 25(3):664-671. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/664-671/pt>
8. Castro NJC, Cavalcante IMS, Palheta ASE, Santos DNS. Inclusão de disciplinas em graduação de enfermagem sobre populações tradicionais na Amazônia. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2017; 22 (2): e49730. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.49730>
9. Silva R, Sato M. Territórios e identidades: mapeamento dos grupos sociais do Estado de Mato Grosso-Brasil. *Ambiente & Sociedade*. [Internet] 2010 [cited from 2018 nov 13]; 13(2):261-281. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v13n2/v13n2a04>
10. Recanses VA. La crisis del desarrollismo y el surgimiento de la antropología del desarrollo. In: _____ (Org.) *Antropología del desarrollo*. Barcelona. Paidós. 2000; 9-64.
11. Ricardo B, Ricardo F. *Povos indígenas no Brasil, 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.
12. Lanari RAO, Moreira MG, Ferreira L. A paisagem cultural do norte do estado do mato grosso: construindo a memória do rio teles pires (Dossiê: Gestão, Educação e Patrimônio Cultural). e-hum. [Internet] 2015 [cited from 2018 12]; 7(2):53-77. Available from: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38145014/ArtigoDossiePrimeiro_revistalaynew.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_PAISAGEM_CULTURAL_DO_NORTE_DO_ESTADO_D.pdf&X-Amz-Algorithm=AW4S-HMAC-SH256A&X-Amz-Credential-AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190613%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190613T203028TZ&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=65e7a593981199e730421242a6cbab29b59609f4eb0b69e64-5792d505e684e67](https://s3.amazo-naws.com/academia.edu.documents/38145014/ArtigoDossiePrimeiro_revistalaynew.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_PAISAGEM_CULTURAL_DO_NORTE_DO_ESTADO_D.pdf&X-Amz-Algorithm=AW4S-HMAC-SH256A&X-Amz-Credential-AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190613%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190613T203028TZ&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=65e7a593981199e730421242a6cbab29b59609f4eb0b69e64-5792d505e684e67)
13. Gonçalves CB, Luz NSA, Barbosa ICFJ. Projeto de vivências e estágios na saúde pública: perspectiva de acadêmicos de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPI*. [Internet] 2016 [cited 2018 jul 23]; 5(4): 80-84. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5276/pdf>
14. Pereira NOM, Santos RV, Coimbra Jr CE, Souza LG. Construção de indicadores de saúde para os indígenas a partir do Censo Demográfico 2000: Reflexões a partir do caso dos Xavante de Mato Grosso. In *Anais da XVI Encontro de estudos populacionais*. Anais, p. 1-18 2016. Available from: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1853/1812>
15. Strouse SM, Nickerson CJ. Professional culture brokers: Nursing faculty perceptions of nursing culture and their role in student formation. *Nurse education in practice*. [Internet] 2016 [cited 2018 jul 30]; 18 (1): 10-15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595316000305>
16. Costa CS, Dias MHT, Dos Santos ZF. Educação escolar quilombola: experiência sobre formação de professores em Mato Grosso (Brasil). *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*. 2016, 8(18):90-106. Available from:<http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/44/41>
17. Conselho Indigenista Missionário.CIMI. Available from: <https://www.cimi.org.br/2018/01/combate-ao-suicidio-indigena-depende-de-politicas-de-prevencao-da-vida-e-da-cultura-dos-povos/>.
18. Magalhaes Filho FJC, Paulo PL. Abastecimento de água, esgotamento doméstico e aspectos de saúde em comunidades Quilombolas no Estado de Mato Grosso do Sul. *Interações (Campo Grande), Campo Grande*. [Internet] 2017 [cited 2018 jul 18]; 18(2):103-116. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/inter/v18n2/1518-7012-inter-18-02-0103.pdf>
19. Louzada J, Neto DL. Abordagem Crítica. Interpretativa das fragilidades e potencialidades do trabalho de enfermagem aos ianomâmis, Amazonas. *Enferm em foco*. [Internet] 2010 [cited 2019 13 jul]; 1(2):42-45. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/12/13>
20. Furtado BA, Neto DL, Scopel D, Dias Scopel RP. Percepção de indígenas Munduruku e equipe multidisciplinar de saúde indígena sobre resolutividade na atenção à saúde. *Enfer. em foco*. [Internet] 2016 [cited 2019 jul 13]. 7(3/4): 71-74. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/920/350>

RECEBIDO: 03/04/2019 – ACEITO: 08/07/2019

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL DO ENFERMEIRO DURANTE O EXAME FÍSICO: FATORES QUE INTERFEREM NESTA COMPETÊNCIA

Ana Elise Lopes Pontes¹ <https://orcid.org/0000-0001-6523-2994>
Francine da Costa Alves² <https://orcid.org/0000-0002-3768-9476>
Thais Josgrillberg Pereira³ <https://orcid.org/0000-0001-7806-5398>
Ana Claudia Giesbrecht Puggina⁴ <https://orcid.org/0000-0001-8095-6560>

Objetivo: avaliar quais fatores sociodemográficos e profissionais interferem na competência em comunicação interpessoal do enfermeiro durante o exame físico. **Metodologia:** Estudo analítico, transversal, quantitativo realizado com enfermeiros assistenciais. Foi utilizada a “Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes”. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 171 enfermeiros com média de idade 33,93 anos ($\pm 7,14\%$), a maioria do sexo feminino (87,7%) e com companheiro estável (63,1%). O escore médio total foi de 47,7 ($\pm 5,1$). Houve diferença estatística na comparação entre a cor autorreferida com o fator sinceridade nas relações ($p=0,04$) e na comparação entre a idade e o fator habilidade interpessoal ($p=0,05$). **Conclusões:** Os enfermeiros percebem-se com moderado a alto profissionalismo e competentes na relação enfermeiro-paciente. Os fatores que interferiram na comunicação interpessoal e profissionalismo do enfermeiro foram: idade, cor autorreferida, tempo de formação, escolaridade, religião, sexo e unidade de atuação.

Descritores: Enfermagem; Exame Físico; Comunicação; Relações Enfermeiro-Paciente.

INTERPERSONAL COMMUNICATION OF THE NURSE DURING THE PHYSICAL EXAMINATION: FACTORS THAT INTERFERE IN THIS COMPETENCE

Objective: to evaluate which sociodemographic and professional factors interfere in nurses' competence in interpersonal communication during physical examination. **Methodology:** Quantitative, cross-sectional, analytical study performed with nursing assistants. The “Self-Assessment Scale on Professionalism and Interpersonal Communication between Nurses and Patients” was used. **Results:** The sample consisted of 171 nurses with a mean age of 33.93 ($\pm 7.14\%$), the majority of whom were female (87.7%) and had a stable partner (63.1%). The mean total score was 47.7 (± 5.1). There was a statistical difference in the comparison between the self-reported color and the sincerity factor in the relationships ($p = 0.04$) and in the comparison between age and the interpersonal ability factor ($p = 0.05$). **Conclusions:** Nurses perceive themselves with moderate to high professionalism and competent in the nurse-patient relationship. The factors that interfered in the interpersonal communication and professionalism of the nurse were: age, self-referenced color, training time, schooling, religion, sex and unit of performance.

Descriptors: Nursing; Physical Examination; Communication; Nurse-Patient Relations.

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL DEL ENFERMERO DURANTE EL EXAMEN FÍSICO: FACTORES QUE INTERFEREN EN ESTA COMPETENCIA

Objetivo: evaluar qué factores sociodemográficos y profesionales interfieren en la competencia en comunicación interpersonal del enfermero durante el examen físico. **Metodología:** Estudio analítico, transversal, cuantitativo realizado con enfermeros asistenciales. Se utilizó la “Escala de Autoevaluación sobre Profesionalismo y Comunicación Interpessoal entre Enfermeros y Pacientes”. **Resultados:** La muestra se constituyó de 171 enfermeros con promedio de edad 33,93 años ($\pm 7,14\%$), la mayoría del sexo femenino (87,7%) y con compañero estable (63,1%). La puntuación media total fue de 47,7 ($\pm 5,1$). Se observó una diferencia estadística en la comparación entre el color autorreferido con el factor sinceridad en las relaciones ($p = 0,04$) y en la comparación entre la edad y el factor habilidad interpersonal ($p = 0,05$). **Conclusiones:** Los enfermeros se perciben con moderado a alto profesionalismo y competentes en la relación enfermero-paciente. Los factores que interfirieron en la comunicación interpersonal y profesionalismo del enfermero fueron: edad, color autorreferido, tiempo de formación, escolaridad, religión, sexo y unidad de actuación.

Descriptorios: Enfermería; Examen Físico; Comunicación; Relaciones Enfermero-Paciente.

¹Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP, SP

²Universidade de Taubaté - UNITAU, SP

³Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena - FAEV, RO

⁴Faculdade de Medicina de Jundiá - FMJ, SP

Autor correspondente: Ana Claudia Giesbrecht Puggina - E-mail: claudiagpuggina@gmail.com

INTRODUÇÃO

Comunicação é o processo de compreender e compartilhar ideias, uma importante necessidade humana, por meio da qual os indivíduos partilham sentimentos, crenças, valores, atitudes e comportamentos. É a forma de interação humana por meio da qual iniciam-se as relações interpessoais, entre duas pessoas, e há a tentativa de entender o outro e de se fazer compreendido⁽¹⁻²⁾.

Para comunicar-se o indivíduo usa basicamente dois tipos de comunicação, a verbal e a não verbal. A linguagem verbal relaciona-se diretamente as palavras, podendo ser escrita ou falada, e a não verbal caracteriza-se por informações/mensagens emitidas ou recebidas por gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, tom e ritmo da voz, organização dos objetos no espaço e até mesmo pela relação de proximidade e distância entre as pessoas⁽¹⁾.

A comunicação é um instrumento básico do cuidar e nas atividades do enfermeiro ela é um elemento por meio da qual se estabelece a relação profissional-paciente; ambos se conhecem, descobrem-se, se percebem, ensinam e aprendem um com outro, cada um com o seu contexto e suas experiências, sendo assim, com essa troca, é possível a prática do cuidar⁽³⁾.

As etapas do cuidar são fenômenos comunicativos entre enfermeiro e paciente sendo essencial que o profissional possua habilidades de comunicação necessárias tanto para transmitir informações claras e compreensíveis para o paciente, quanto para ouvir, escutar, observar e interpretar o outro na sua complexidade⁽³⁾.

O cuidar requer ação interativa e envolvimento. Essa ação está alicerçada em valores morais e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado é capaz de ativar comportamentos de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem-estar do paciente, manter sua integridade moral e dignidade como pessoa⁽⁴⁾.

A anamnese e o exame físico talvez representem os momentos de maior interação enfermeiro-paciente. É o momento em que o enfermeiro inicia o processo de um cuidado individualizado, holístico, humanizado, com embasamento científico e centrado no paciente, portanto negligenciar essa etapa do cuidado, tanto do ponto de vista comunicacional quanto técnico-científico, pode impactar negativamente na assistência de enfermagem.

A contextualização e a identificação correta dos problemas apresentados pelos pacientes são fundamentais para o desenvolvimento das ações do enfermeiro para prevenir, promover, proteger, recuperar e manter a saúde dos

pacientes⁽⁵⁾. Sem dúvida, a comunicação fundamenta todo esse processo e pode promover uma atuação mais adequada, criteriosa e efetiva do cuidar.

Considerando a importância da comunicação enfermeiro-paciente para o cuidado de enfermagem, o objetivo deste estudo foi avaliar quais fatores sociodemográficos e profissionais interferem na competência em comunicação interpessoal do enfermeiro durante o exame físico.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo analítico, transversal, sob abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

Foram incluídos no estudo enfermeiros assistenciais convidados a participar da pesquisa por meio de recrutamento indireto no ambiente virtual por meio da rede social Facebook® e que atuavam nas áreas hospitalar, ambulatorial ou da atenção básica.

Para confirmar que o participante era enfermeiro foi solicitado a identificação com o nome completo e número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), e posteriormente foi conferido nos sites dos conselhos regionais esta informação. Os participantes que não eram enfermeiros e que não atendiam aos critérios de inclusão, bem como profissionais que responderam mais de uma vez foram excluídos da amostra.

Foram excluídos enfermeiros que estavam atuando em cargos administrativos, tais como coordenadores e gerentes, por, em geral, não realizarem ou realizar menos frequentemente exame físico nos pacientes e também foram excluídos enfermeiros assistenciais com atuação em unidades pediátricas e neonatais, pois a assistência e a comunicação com a criança e sua família difere muito do adulto, contexto proposto pelo instrumento utilizado neste estudo. Essas exclusões foram feitas mediante respostas dos participantes em relação a atuação no momento da pesquisa.

O cálculo amostral foi determinado pela média e desvio padrão obtidos no estudo de validação da “Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes”⁽⁶⁾. Considerando o escore médio (47,8), o desvio padrão ($\pm 3,99$), o erro máximo da estimativa correspondente a 15% do desvio padrão (0,598) e fixando o nível de significância em 5%, o tamanho amostral estimado para aplicação deste instrumento foi de 171 participantes.

Local do estudo

O estudo foi realizado exclusivamente em ambiente virtual, na rede social Facebook®. Um link foi publicado na linha do tempo dos grupos “Enfermagem”, “Grupo de Estudo Enfermagem”, “Enfermagem nota 10”, “Enfermagem Atualizada e Reciclada”, no perfil dos pesquisadores ou foi enviado por mensagem para enfermeiros que faziam parte da rede social com perfis pessoais vinculados aos pesquisadores.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2016. Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: um instrumento de caracterização e a “Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes”. Para isso, um questionário online foi construído com a ferramenta digital do Google Drive®. Esta ferramenta possibilitou que as respostas ficassem automaticamente disponíveis aos pesquisadores em uma planilha Excel®.

O instrumento de caracterização dos participantes continha as seguintes variáveis: idade, sexo, naturalidade, estado matrimonial, cor autorreferida, escolaridade, unidade de atuação, tempo de atuação e renda individual.

A “Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes” é um instrumento que mede a comunicação interpessoal do enfermeiro durante o exame físico e configura-se em uma autoavaliação da maneira que, em geral, o profissional se comporta nessa situação⁽⁶⁾.

Esta escala é composta por 11 itens distribuídos em 4 fatores, mensurados por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos que varia de “nunca” a “sempre”. O escore total varia de 11 a 55 e quanto maior o escore, maior a autoavaliação e competência em comunicação interpessoal. O item 11, mensura o nível de profissionalismo com uma escala tipo Likert que difere dos demais itens: 1 baixo; 2 baixo a moderado; 3 moderado; 4 moderado a baixo e 5 alto⁽⁶⁾.

O primeiro fator “Habilidade Interpessoal” é definido como a capacidade do indivíduo em reagir da melhor forma possível a presença do outro incluindo gestos utilizados, tratamento a outra pessoa, escuta e interesse pelo outro, e constitui-se por 4 itens (2, 3, 4, 5). O fator “Troca de informações” define a capacidade do profissional em transmitir e receber informações pertinentes durante o exame físico, e é composto por 3 itens (6, 7, 8). O fator “Sinceridade na relação” envolve a relação profissional entre enfermeiro e paciente, necessidade de falar ao paciente o que for pertinente, saber em cada momento durante o acompanha-

mento de saúde e possui 2 itens (1, 9). O fator “Profissionalismo” define a capacidade do profissional em classificar o seu profissionalismo e isso é avaliado em 2 itens (10 e 11)⁽⁶⁾.

Procedimentos de análise dos dados

Foram realizadas análises descritiva (média, desvio-padrão e mediana) e comparativa, por meio de testes estatísticos pelo software IBM SPSS® versão 16. A análise comparativa bivariada foi feita por meio de testes estatísticos não paramétricos (teste de Mann-Whitney para dois grupos e teste de Kruskal-Wallis para três ou mais grupos). O nível de significância adotado foi $\leq 5\%$ e uma tendência de significância $\leq 12\%$ foi também assumida pelos pesquisadores nas análises comparativas. Foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson para avaliar a correlação entre os fatores da escala e as variáveis numéricas.

Procedimentos éticos

Ao clicar no link, a primeira tela continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o consentimento do participante do estudo foi obtido por meio de aceite eletrônico, ou seja, o participante tinha que clicar em “aceito participar da pesquisa” para prosseguir, os que clicavam em “não aceito participar da pesquisa” eram direcionados a uma página com agradecimentos dos pesquisadores e o acesso era encerrado.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o Parecer N° 1.532.127.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi de 171 enfermeiros, com média de idade igual a 33,93 anos ($\pm 7,14$) e renda média de 4,26 ($\pm 1,58$) salários mínimos. A maioria era do sexo feminino, com companheiro estável, católicos e brancos. Em relação as características profissionais, o tempo médio de formação igual a 6,78 ($\pm 5,4$) anos. A maioria eram provenientes da Região Sudeste e maiores frequências foram observadas de profissionais com especialização e atuando em unidades de internação (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das características dos participantes da pesquisa. Jundiaí, SP, 2016.

Características	n	%	Características	n	%
Sexo			Naturalidade		
Feminino	150	87,7	Sudeste	137	80,1
Masculino	21	12,3	Centro oeste	13	7,6

Estado Matrimonial			Sul		9		5,3	
Com companheiro estável	108	63,2	Norte	6	3,5			
Sem companheiro estável	63	36,8	Nordeste	5	2,9			
Religião			Outra	1	0,6			
Católico	99	57,9	Unidade de atuação					
Evangélico	39	22,2	Unidade de Internação	69	40,4			
Espírita	19	11,1	Pronto Socorro	43	25,1			
Outras*	14	8,0	UTI ou Semi Intensiva	35	20,5			
Cor Autorreferida**			Ambulatório	14	8,2			
Branca	134	78,4	Unidade Básica de Saúde	10	5,8			
Parda	31	18,1	Escolaridade					
Preta	5	2,9	Ensino Superior	80	46,8			
Sem declaração	1	0,6	Especialização	81	47,4			
			Mestrado	10	5,8			
Total	171	100,0	Total	171	100,0			

*Outras religiões: Adventista (n=2), Umbandista (n=1), Testemunha de Jeová (n=1), Mórmon (n=1), Sem religião (n=7), Outras (n=2). **Cor auto autorreferida: os grupos raciais foram classificados segundo IBGE Censo 2010. UTI: Unidade de Terapia Intensa.

O escore médio total das respostas dos participantes em relação a "Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes" foi de 47,7 (±5,1); esse dado mostra que os profissionais apresentam uma percepção geral moderada a alta sobre seu profissionalismo e comunicação interpessoal (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição do escore total e por fator da "Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes". Jundiaí, SP,

2016.					
	Nº de itens	Variação do escore	Média	Desvio-padrão	Mediana
Habilidade Interpessoal	4	4 - 20	18,0	2,2	19,0
Troca de informações	3	3 - 15	12,2	2,2	13,0
Sinceridade na relação	2	2 - 10	8,2	1,2	8,00
Profissionalismo	2	2 - 10	8,7	0,8	9,00
TOTAL	11	11 - 55	47,0	5,1	39,0

A análise descritiva das respostas dos enfermeiros frente a "Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes" mostrou que estes, na maioria das vezes, responderam "sempre" nos itens 2, 3, 4, 5 e 10 (Figura 1). A maioria dos enfermeiros (64,9%) classificou seu nível de profissionalismo como de moderado a alto (Tabela 3).

Tabela 3. Análise descritiva das respostas dos participantes em cada item da "Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes". Jundiaí, SP, 2016.

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	2	1,2	8	4,7	36	21,1	73	42,7	52	30,4
2	1	0,6	2	1,2	7	4,1	46	26,9	115	67,3
3	6	3,5	-	-	2	1,2	42	24,6	121	70,8
4	2	1,2	3	1,8	15	8,8	73	42,7	78	45,6
5	-	-	4	2,3	5	2,9	58	33,9	104	60,8
6	-	-	3	1,8	18	10,5	57	33,3	93	54,4
7	6	3,5	16	9,4	38	22,2	71	41,5	40	23,4
8	3	1,8	8	4,7	22	12,9	74	43,3	64	37,4
9	-	-	2	1,2	24	14,0	66	38,6	79	46,2
10	-	-	2	1,2	2	1,2	41	24,0	126	73,7
	Baixo		Baixo a Moderado		Moderado		Moderado a Alto		Alto	
11	-	-	-	-	23	13,5	111	64,9	37	21,6

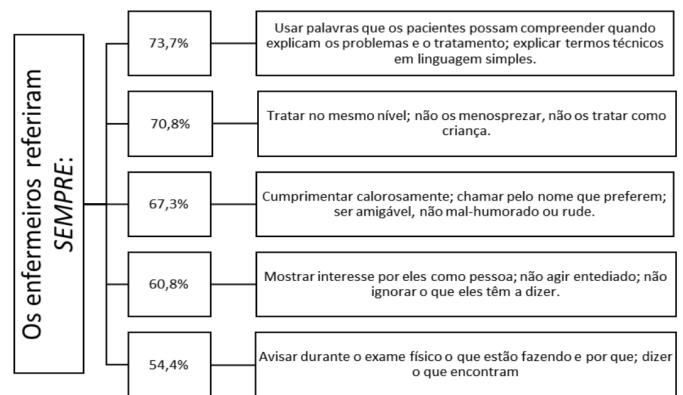


Figura 1. Representação gráfica dos itens respondidos "sempre" pelos enfermeiros. Jundiaí, SP, 2016.

Na correlação entre os fatores da “Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes” e as variáveis numéricas tempo de formação, idade e renda em salários mínimos, encontrou-se diferença estatisticamente significativa na comparação do fator Habilidade Interpessoal com a idade ($p=0,05$). A correlação foi positiva e fraca (r entre 0,10 a 0,30) e quanto maior a idade, melhor a autoavaliação do enfermeiro em relação a habilidade interpessoal (Tabela 4).

Encontrou-se uma tendência de significância na correlação do tempo de formação com o profissionalismo ($p=0,10$). A correlação foi positiva e fraca e quanto maior o tempo de formação, melhor a autoavaliação do profissional em relação ao seu profissionalismo.

Tabela 4. Correlação entre os fatores da “Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes” e as variáveis numéricas tempo de formação, idade e renda em salários mínimos. Jundiá, SP, 2016.

	Habilidade Interpessoal		Troca de informações		Sinceridade na relação		Profissionalismo	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Tempo de formação	0,03	0,70	0,04	0,63	0,11	0,14	0,13	0,10
Idade	0,15	0,05	0,04	0,54	0,04	0,65	0,05	0,49
Renda	-0,07	0,35	-0,10	0,22	-0,05	0,55	0,01	0,87

Na associação das variáveis sociodemográficas com os fatores da “Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes”, houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre o fator sinceridade nas relações e a cor autorreferida ($p=0,04$), mostrando que os participantes que se declararam como pardos ou negros se percebem mais sinceros na relação com os pacientes (Tabela 5).

Encontrou-se tendências de significância nas associações do fator habilidade interpessoal com a escolaridade ($p=0,12$), do fator troca de informação com a religião ($p=0,12$), do fator sinceridade na relação com sexo ($p=0,08$), unidade de atuação ($p=0,11$) e religião ($p=0,11$), do fator profissionalismo com a escolaridade ($p=0,12$). Esses dados mostram que enfermeiros com mestrado se sentem mais habilidosos na relação interpessoal com o paciente e mais profissionais, enfermeiros sem religião ou sem

religiões tradicionais sentem-se que transmitem e recebem melhor as informações durante o exame físico, consideram-se mais sinceros na relação os profissionais do sexo feminino, que atuam em unidade básica de saúde e católicos.

Tabela 5. Associação das características da amostra com os fatores da “Escala de Autoavaliação sobre Profissionalismo e Comunicação Interpessoal entre Enfermeiros e Pacientes”. Jundiá, SP, 2016.

Kruskal-Wallis/ *Mann-Whitney	Habilidade Interpessoal			Troca de Informação			Sinceridade na relação			Profissionalismo		
	Mé-dia	Dp	P-valor	Mé-dia	Dp	P-valor	Mé-dia	Dp	p-valor	Mé-dia	Dp	P-valor
Sexo*			0,23			0,14			0,08			0,53
Feminino	18,08	2,23		12,30	2,19		8,32	1,28		8,79	0,84	
Masculino	17,47	2,60		11,66	2,26		7,80	1,16		8,71	0,78	
Estado civil			0,14			0,26			0,18			0,58
Com companheiro estável	18,05	2,53		12,30	2,35		8,35	1,34		8,75	0,88	
Sem companheiro estável	17,93	1,78		12,07	1,93		8,11	1,13		8,84	0,74	
Escolaridade			0,12			0,55			0,27			0,12
Ensino Superior	17,65	2,57		12,01	2,25		8,10	1,26		8,70	0,90	
Especialização	18,28	1,98		12,38	2,18		8,41	1,26		8,80	0,73	
Mestrado	18,70	1,63		12,60	1,89		8,30	1,41		9,30	0,94	
Naturalidade			0,96			0,68			0,72			0,89
Religião Suísta	17,99	2,32		12,21	2,15		8,23	1,30		8,76	0,85	

Outras Regiões	18,03	2,11	12,25	2,44	8,34	1,18	8,84	0,72
Unidade de atuação		0,25		0,23		0,11		0,67
Ambulatório	18,28	2,23	12,28	1,97	8,28	1,32	8,71	0,72
Cuidados Intensivos	17,48	2,71	11,54	2,40	7,77	1,19	8,71	1,04
Enfermaria	18,31	2,16	12,47	1,92	8,40	1,28	8,89	0,76
Pronto Socorro	17,74	2,11	12,11	2,54	8,32	1,26	8,69	0,83
Unidade Básica de Saúde	18,50	2,06	13,20	1,61	8,70	1,25	8,70	0,67
Cor autorreferida		0,82		0,35		0,04		0,47
Branca	18,01	2,19	12,14	2,23	8,17	1,27	8,75	0,87
Parada/Negra	18,00	2,64	12,52	2,13	8,63	1,22	8,88	0,70
Religião		0,39		0,12		0,11		0,81
Católico	18,04	2,37	12,40	2,42	8,45	1,20	8,77	0,85
Espírita	17,63	1,89	11,52	2,16	7,68	1,49	8,68	1,05
Evangélico	17,89	2,48	11,94	1,85	8,10	1,26	8,78	0,66
Outra/Sem religião	18,60	1,45	12,60	1,18	8,13	1,30	8,93	0,88

DISCUSSÃO

Encontrou-se neste estudo que os enfermeiros se perceberam com moderado a alto profissionalismo e competentes na comunicação profissional-paciente; para discutir esse dado é necessário discursar sobre autoavaliação, percepção e fundamentos da comunicação. A autoavaliação da comunicação interpessoal do enfermeiro é um processo bem complexo, importante e uma etapa necessária de sensibilização e percepção para uma posterior intervenção ou aperfeiçoamento do profissional; entretanto possui alguns desafios e limitações.

Quando os indivíduos usam gestos para ilustrar a fala, posam para fotografias ou selecionam a vestimenta do dia, geralmente há um alto nível de consciência e controle nessas ações. Entretanto, maneirismos nervosos, dilatação da pupila e comportamentos imitativos de um parceiro de interação são exemplos de comportamentos que muitas vezes acontecem fora da consciência e do controle das pessoas. Além das expressões, a decodificação dos comportamentos não-verbais dos outros também é realizada em vários graus de consciência⁽⁷⁾. Essas são características importantes do processo de comunicação que dificultam a autoavaliação, pois é necessário o desenvolvimento da habilidade de perceber-se e perceber o outro.

A escala utilizada neste estudo aborda alguns comportamentos que podem acontecer de maneira automática no dia-a-dia do profissional e na esfera inconsciente. Um exemplo de um comportamento que frequentemente é realizado no automático e, portanto, precisa de treino para identificação correta, é o resultado que 73,7% dos enfermeiros afirmaram “sempre” utilizar palavras adequadas e compreensíveis com os pacientes. Essa habilidade comunicacional não é tão simples quanto parece, para uma avaliação mais real dessa adequação, o enfermeiro deve estar atento ao feedback não verbal do paciente, principalmente para expressões de dúvida e satisfação, além de validar as informações dadas solicitando que o paciente verbalize o que foi informado/aprendido.

Percepção exige treino, conhecimento dos fundamentos da comunicação humana, autoconhecimento e autoaceitação das dificuldades e das fortalezas para uma visão das relações interpessoais mais próxima do

real⁽²⁾. Frente a isso, é imprescindível que a autoavaliação seja uma prática constante nas instituições de saúde, favorecendo a reflexão do profissional sobre seus avanços e dificuldades acerca de seu profissionalismo⁽⁸⁾. Trabalhar a autoavaliação do profissional é fundamental. É importante que o profissional constantemente analise criticamente o próprio trabalho, compare os resultados alcançados com os esperados e pense em novas estratégias⁽⁹⁾.

Um estudo realizado com membros da equipe de enfermagem por meio da observação e problematização, constatou que houve uma deficiência na autocritica dos participantes e que houve uma tendência em apontar os outros como não colaborativos, e não a si próprio, e propor soluções e mudanças de comportamento para os outros e nunca para si⁽¹⁰⁾.

Aprender a aprender é um processo longo e essencial para profissionais que se propõem a cuidar do outro. Pesquisadores⁽¹¹⁾ relatam que os profissionais que lidam com momentos difíceis de risco de morte do paciente devem desenvolver a sensibilidade de reconhecer a necessidade de cada paciente e que isso requer respeito pela condição humana e preparo contínuo. Ao adotarem um modo de agir mais empático, os profissionais da saúde ampliam a receptividade e a disponibilidade para escutar, tocar e dialogar.

Os enfermeiros durante sua formação devem adquirir conhecimentos necessários para sua atuação profissional com foco na garantia de uma atenção integral e humanizada aos seus pacientes promovendo qualidade e segurança na assistência. Maneiras interativas de ensino, diferentes das convencionais, inclusive com simulação da prática, vídeos e jogos educativos, podem resultar em uma aprendizagem mais significativa de conceitos essenciais para o enfermeiro⁽¹²⁾.

Além do que foi discutido, neste estudo foi encontrado que quanto maior a idade, o tempo de formação e a escolaridade do enfermeiro melhor foi a autoavaliação em relação a competência em comunicação interpessoal. Esse dado reflete a importância tanto da formação, da educação continuada e da atualização quanto do aprendizado com as experiências vivenciadas ao longo dos anos para uma melhor assistência do enfermeiro. Aprender com as oportunidades e com as experiências também se relaciona com a etapa inicial de perceber o outro e perceber-se,

o que reforça a importância deste estudo: estimular a autoavaliação do enfermeiro.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo consistem na seleção não aleatória dos participantes e na natureza transversal do estudo, por meio do qual são possíveis apenas associações. Tendências de significância produzem inferências fracas, mas são necessárias em estudos novos, com instrumentos inéditos, com amostras pequenas e quando tem-se a intenção de direcionar posicionamentos e realizar outros estudos sobre o tema.

Contribuição do estudo para a prática

Os resultados encontrados favorecem a avaliação e a reflexão sobre a complexidade e importância do desenvolvimento da competência em comunicação interpessoal do enfermeiro durante o exame físico. Reflexões geram ações e melhoram a qualidade da assistência do pensar, fazer e agir do enfermeiro. É importante também ressaltar a contribuição deste estudo na valorização da escolaridade e da experiência do enfermeiro para melhorar sua competência em comunicação.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros, em geral, perceberam-se com moderado a alto profissionalismo e competentes na comunicação interpessoal com o paciente durante o exame físico. Relataram que durante o exame físico com o paciente utilizam palavras adequadas e compreensíveis usando uma linguagem simples, trata-os no mesmo nível, chama-os pelo nome que preferem, são amigáveis, bem-humorados, mostram interesse por eles, não ignoram o que falam, não agem entediados, e avisam o que estão fazendo e o porquê, e o que encontram.

Os fatores que interferiram na competência em comunicação interpessoal e profissionalismo do enfermeiro foram: idade, cor autorreferida, tempo de formação, escolaridade, religião, sexo e unidade de atuação; sendo assim, ao conhecer quais fatores se relacionam com a comunicação interpessoal, os profissionais poderão trabalhar seu autoconhecimento, reconhecer suas limitações, buscar alternativas para melhorá-las

e finalmente, transpor essas melhorias para sua prática assistencial.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos

dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: AELP, ACP. Análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica: FCA, TJP.

Conflito de Interesse: não há.

REFERÊNCIAS

1. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações Interpessoais em saúde. 10ª ed. São Paulo: Loyola; 2015.
2. Moscovici F. Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo. 23ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2015.
3. Puggina AC, Silva MJ. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. Rev Min Enferm [Internet]. 2009 [cited 2019 Abr 4];13(4):599-605. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/229>
4. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [cited 2019 Abr 4];64(2):355-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>
5. Pereira TJ, Puggina AC. Validation of the self-assessment of communication skills and professionalism for nurses. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 Abr 4];70(3):588-94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0133>
6. Knapp ML, Hall JA. Nonverbal communication in human interaction. 7ª ed. Belmont: Wadsworth Publishing; 2009.
7. Ribeiro EAG, Souza NA. A auto-avaliação no curso de pedagogia: do real ao desejável. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2007.
8. Ribeiro EAG, Punhagui GC, Souza NA. Autoavaliação x Autonotação – aproximação e afastamentos na formação de professores autorregulados. Educação. 2014;39(2):403-14.
9. Bergamin MD, Prado C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. Rev Bras Enf [Internet]. 2013 [cited 2019 Abr 4];66(1):134-7. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100021>
10. Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2005 [cited 2019 Abr 4];14(esp):125-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000500016>
11. Lira ALBC, Fernandes MICD, Costa IA, Silva RSC. Estratégia de aprimoramento do ensino do exame físico. Enfem. Foco [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 04];6(1/4):57-61. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/578/260>

RECEBIDO: 04/04/2019

ACEITO: 25/7/2019

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA*

Márcia Schelb¹

<https://orcid.org/0000-0003-1976-9138>

Maria Liz de Oliveira Cunha²

<https://orcid.org/0000-0002-5945-1987>

Leila Bernarda Donato Gottens¹

<https://orcid.org/0000-0002-2675-8085>

Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione²

<https://orcid.org/0000-0001-8627-3736>

Objetivo: Descrever o processo de construção de um folder educativo sobre violência contra a mulher, destinada a promoção da saúde de mulheres. **Metodologia:** Pesquisa descritiva que utilizando o referencial da pesquisa-ação, a construção do folder contemplou quatro etapas: identificação do problema; preparação do conteúdo, baseado na literatura científica; construção gráfica do folder e revisão do material por pares. **Resultados:** O trabalho resultou na produção **Discussão:** A participação ativa dos profissionais e das mulheres vítimas de violência, com o uso de estratégia dialógica e coletiva, permeou o processo de construção do folder. As opiniões das mulheres e dos peritos, consideraram o folder como recurso adicional das atividades educativas, realizadas em serviços de atenção a mulher. **Conclusão:** O folder é um suporte aos profissionais e às mulheres, nas dificuldades que permeiam o processo de reconhecimento da violência.

Descritores: Educação em saúde; Promoção de saúde; Enfermagem; Mulheres; Violência.

THE PROCESS OF CONSTRUCTING EDUCATIONAL MATERIAL FOR WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE

Objective: Decrease the process of building an educational folder on violence against women, aimed at promoting the health of women. **Methodology:** Using the action research model, the folder construction included four steps: problem identification; content preparation, based on scientific literature; graphical construction of the folder and review of the material in pairs. **Results:** The work resulted in the production of the final version of the material in a folder format, entitled "Violence against women". **Discussion:** The active participation of professionals and women victims of violence, through the use of dialogic and collective strategies, permeated the process of building the folder. The opinions of women and experts, considered the folder as an additional resource of educational activities, held in any women's service. **Conclusions:** The folder is a support to professionals and women, in the difficulties that permeate the process of recognition of violence.

Descriptors: Health education; Health promotion; Nursing; Women; Violence.

EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

RESUMEN

Objetivo: Decrever el proceso de construcción de un folder educativo sobre violencia contra la mujer, destinada a la promoción de la salud de las mujeres. **Metodología:** Utilizando el modelo de la investigación-acción, la construcción del folder contempló cuatro etapas: identificación del problema; preparación del contenido, basado en la literatura científica; construcción gráfica del folder y revisión del material por pares. **Resultados:** El trabajo resultó en la producción de la versión final del material en formato de un folder, titulado "Violencia contra la mujer". **Discusión:** La participación activa de los profesionales y de las mujeres víctimas de violencia, con el uso de estrategia dialógica y colectiva, permeó el proceso de construcción del folder. Las opiniones de las mujeres y de los expertos, consideraron el folder como recurso adicional de las actividades educativas, realizadas en cualquier servicio de atención a la mujer. **Conclusión:** El folder es un soporte a los profesionales ya las mujeres, en las dificultades que permean el proceso de reconocimiento de la violencia.

Descriptorios: Educación en salud; Promoción de la salud; enfermería; las mujeres; Violencia.

¹Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

²Universidade Católica de Brasília

Autor Correspondente: Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione - Email: ichariglione@gmail.com

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres caracteriza-se por “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”^{1,2}. Está presente em todo o mundo e atinge mulheres de todas as idades, classes sociais, raças e credos, com prejuízos psicológicos, físicos e sociais³. Os atos violentos ocorrem principalmente dentro do lar e são comumente praticados por alguém da família, em especial o próprio companheiro^{4,5}. Devido a essa relação íntima com o agressor ser tão frequente, a abordagem dos casos de violência contra a mulher requer atenção especial.

No cotidiano do trabalho com mulheres vítimas de queimaduras, muitos relatos apresentam-se suspeitos e até incompatíveis com a história acidental normalmente relatada. A exploração do tema “agressão” com as pacientes durante o atendimento médico em uma unidade de queimados mostrou-se delicado, pois envolve uma miscelânea de sentimentos. Muitas apresentam dificuldades em reconhecer a presença de comportamentos abusivos no ambiente doméstico e acabam por calar-se por medo, insegurança ou vergonha³.

No âmbito hospitalar, a ausência de suspeição por parte dos profissionais de saúde de que a queixa da paciente (muitas vezes inespecífica, mascarada ou incompatível) seja resultado de violência também contribui para a perpetuação da situação e a não orientação da paciente acerca do que fazer⁵⁻⁷.

Durante o processo de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), a comunicação e a troca de informações, especialmente na questão da violência contra a mulher, é fundamental uma vez que todo o caminho do cuidado às paciente vítimas de abuso não depende exclusivamente de procedimentos e medicamentos, mas também do desenvolvimento de habilidades de prevenção, reconhecimento e enfrentamento das situações violentas⁷.

Em todas as profissões de saúde existem como prática comum a construção e a utilização de materiais educativos. São consideradas ferramentas de grande utilidade e praticidade no intuito de informar e capacitar pessoas, uniformizar orientações e condutas e estimular a atuação profissional. Além disso, podem atuar tanto no público alvo quanto junto aos familiares e demais contatos sociais, ampliando a rede de informação e apoio^{8,9}.

A produção e a oferta de informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis nas diversas estruturas do Estado por meio de materiais educativos tem sido apontadas como ferramentas importantes pelo Ministério da Saúde nos diferentes níveis de atenção¹⁰. Dentro dessa perspectiva, esses materiais constituem estratégia importantíssima para a promoção da saúde e o desenvolvimento de responsabilidades dos indivíduos e da coletividade¹¹.

A elaboração de material educativo segue um processo sistemático: identificação do problema, busca da literatura científica especializada e redação das informações selecionadas, propondo atividades e orientações que tenham como objetivo prevenir, recuperar, desenvolver ou reforçar atitudes e condutas com reflexos nas capacidades física, mental e social dos indivíduos ou da coletividade^{12,13}.

A partir desse ponto, foi pensada uma maneira de se construir uma ferramenta que auxiliasse, de forma simples e rápida, tanto no diagnóstico da situação abusiva quanto na conduta a ser tomada. Portanto, a ideia para a elaboração desse material partiu da observação no serviço de que as mulheres vítimas de violência por queimadura relataram dificuldades para reconhecer as situações de abuso e de tomar atitudes após essa constatação. Este trabalho foi realizado considerando-se a importância desses aspectos e a ausência de um material educativo simples para as mulheres vítimas de violência no Distrito Federal, Brasil. Seguindo essa perspectiva, o estudo objetivou descrever as etapas envolvidas no processo de construção de um folder para mulheres que sofrem violência e são atendidas no SUS - DF.

METODOLOGIA

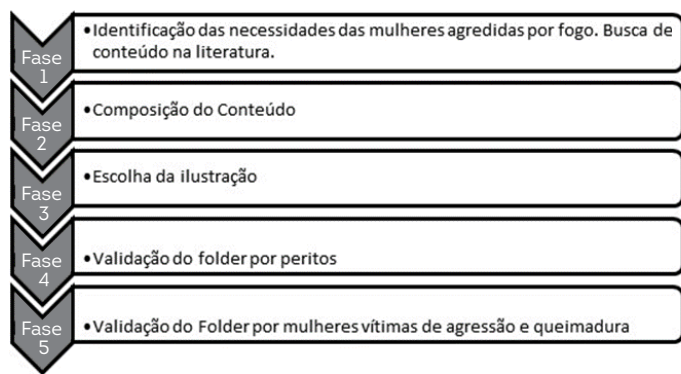
Para o desenvolvimento do folder, utilizou-se a pesquisa-ação como modelo. O principal pressuposto desse método é a construção do conhecimento de maneira coletiva e participativa, buscando identificar soluções para um problema que necessita ser estudado. A solução encontrada pode produzir reflexos positivos para as pessoas, a comunidade e a sociedade¹⁴.

A “pesquisa-ação é um processo de interação entre pesquisadores e população interessada, para gerar possíveis soluções aos problemas detectados. Os resultados da pesquisa-ação se verificam nos modos de resolução de problemas concretos encontrados no decorrer

da realização do projeto. A dimensão “participação” é fundamental em pesquisa-ação e em todos os métodos componentes das metodologias participativas^{14,15}.

O processo contemplou cinco fases (Figura 1), conduzido no período de julho de 2017 a abril de 2018.

FIGURA 1 – O processo de construção do folder



A primeira fase foi baseada nas necessidades das das mulheres agredidas por fogo. Esses dados foram obtidos quando os pesquisadores conduziram nove reuniões com o grupo de mulheres queimadas (entre julho de 2014 a julho de 2015). A coleta preliminar de dados aconteceu no setor ambulatorial de um hospital do DF. As mulheres foram convidadas pela enfermeira a participar do grupo. Na primeira reunião, os participantes eram solicitados a expressar suas dúvidas e necessidades educacionais, bem como suas preferências em relação à forma de condução das reuniões. No final das reuniões, os participantes avaliavam os conteúdos abordados e os métodos educativos utilizados na reunião anterior. O uso desses recursos permitiu a identificação das expectativas dos próprios participantes e promoveu a contribuição ativa na elaboração dos conteúdos e na escolha de estratégias a serem utilizadas na reunião seguinte. Todas as reuniões eram gravadas e transcritas literalmente. Esses dados transcritos foram utilizados para direcionar a elaboração dos tópicos do folder e de seus conteúdos principais (dúvidas e dificuldades) que referiam-se as necessidades apresentadas por essas mulheres.

Na elaboração do conteúdo (ainda na fase 1), foram realizadas pesquisas gerais e da literatura científica nos últimos 10 anos, para garantir a fidedignidade das informações. Foram utilizados termos como “violência contra as mulheres” e “violência doméstica”, além da busca de textos relacionados à legislação pertinente.

Na segunda fase, livros e imagens de websites foram

acessados para encontrar as melhores ilustrações. Imagens didáticas foram selecionadas e usadas como base para a elaboração das ilustrações por um profissional especializado. Algumas informações relacionadas a serviços públicos disponíveis às mulheres foram incluídas no folder, e a exatidão desses dados foi confirmada por telefone ou e-mail (fase 2).

Na terceira fase, o conteúdo preliminar foi desenvolvido com atenção dada à informação considerada essencial. Esse conteúdo foi submetido ao trabalho de edição e diagramação. As informações foram dispostas em folha única frente e verso e com duas dobras. Optou-se, considerando a sensibilidade das situações envolvidas no tema do folder, por não utilizar imagens reais nem estilizadas relacionadas com violência, incluindo apenas um desenho de capa que representasse a mulher e o feminino. O critério estabelecido previamente para todo o processo de construção do folder, isto é, facilidade de leitura e clareza do conteúdo.

Após a conclusão gráfica do folder, este foi submetido para avaliação por pares, sendo estes dois médicos, dois enfermeiros e dois psicólogos (fase 4). Para cada tópico, os profissionais avaliaram a adequação e a apresentação das informações, considerando a perspectiva dos leitores. Em relação à linguagem, eles avaliaram coerência textual, conveniência na utilização das palavras, facilidade de compreensão e se os conceitos mais importantes foram abordados com vocabulário claro e objetivo. Os pares analisaram separadamente, apontaram os melhoramentos, e depois, conjuntamente trabalharam até a versão final com 100% de concordância para com o material produzido.

Na quinta fase, as mulheres vítimas de agressão por queimadura foram convidadas a participar do estudo, enquanto esperavam pela consulta para realização do curativo, no ambulatório do hospital de referência do DF. Os critérios adotados para a inclusão das participantes foram: estar em acompanhamento pela plástica, ser alfabetizada, isto é, saber ler e escrever. Elas foram solicitadas a ler o folder e analisá-lo em termos de entendimento do vocabulário, bem como adequação das ilustrações (ilustração, ao padrão de cores e à distribuição das informações pelo corpo do folder, foram avaliados atratividade e organização do texto, adequação da composição visual características da ilustração de capa). Também foram solicitadas a indicar os termos estranhos ou difíceis, e a sugerir outros

termos para substituição, que considerassem fáceis e compreensíveis.

No final da validação, esses profissionais forneceram opiniões gerais sobre o material (por meio de questionários disponibilizados para os mesmos) e suas recomendações foram integralmente aceitas e incorporadas, sendo relevantes destacar o cuidado desde as cores utilizadas até o tipo de linguagem utilizada para o público alvo. Posteriormente, a nova versão do folder foi submetida a outro processo de edição, revisão e diagramação.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa parecer nº 1.504.214, sob o CAAE nº 55002616.0.0000.5553. Todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após serem informadas sobre seus objetivos e procedimentos.

RESULTADOS

O estudo foi realizado por 13 colaboradoras, sendo 7 profissionais e 6 mulheres vítimas de violência. A equipe de profissionais foi composta por duas enfermeiras, dois médicos cirurgião plástico e oftalmologista, uma psicóloga, uma técnica de enfermagem e um enfermeiro com experiência em promoção da saúde. Seis deles tinham o título de especialista, dois mestrandos e três tinham doutorado. Sete estavam trabalhando em uma Unidade de Saúde (US), três eram professores e pesquisadores. Foram contratados para a execução do projeto gráfico do folder um profissional da comunicação e um desenhista.

As mulheres tinham entre 25 e 35 anos de idade. As ocupações destas eram: estudantes (3), do lar (2), caixa de supermercado (1) e desempregada (1). A escolaridade variou entre o primeiro grau e o ensino superior.

O folder era composto por uma folha A4, com informações em frente e verso e duas dobraduras, constituindo seis nichos. Com as respectivas dobras e após a abertura, os espaços apresentaram-se na seguinte sequência: capa, desenvolvimento (composto por quatro partes) e a contracapa.

A primeira versão do folder estava impresso nas cores verde e laranja. No processo de validação por peritos, as sugestões relacionadas à cor, ilustração, informação, à linguagem e ao vocabulário foram fornecidas. As principais sugestões dos peritos para a inclusão de informações estão indicadas na Quadro 1.

Quadro 1 – Sugestões feitas por peritos para inclusão de informações no folder.

Assunto	Sugestão
Cores	Lilás e roxo pois são as cores do feminino
	Roxo e vermelho
Ilustração	Colocar um desenho artístico sem usar imagens da internet.
	Não pegar da internet a ilustração
Informação	Relacionar outras formas de violência
	Colocar o site da mulher do GDF
	Colocar o telefone da delegacia de atendimento a mulher de Brasília

As sugestões foram incluídas e submetidas às equipes editorial, de diagramação e de arte-final. Para a capa, a partir das orientações fornecidas pelos peritos, foi produzida uma figura artística de traços fluidos representando o rosto de uma mulher de perfil (Figura 2). O padrão de cores do folder foi escolhido dentro dos matizes do lilás e do rosa, em referência ao feminino e às políticas públicas relacionadas ao tema, remetendo como metáfora às marcas da violência no corpo das mulheres¹⁶.

FIGURA 2 – Folder – Violência contra a mulher (Face 1)



Todos os peritos fizeram avaliação positiva do folder. A linguagem foi considerada fácil para o entendimento e esse aspecto foi destacado como vital para promover os interesses das mulheres agredidas.

Em relação ao conteúdo, as informações foram dispostas na sequência em que seriam utilizadas pelo leitor. Inicialmente foram incluídas definições básicas sobre os tipos de violência, em linguagem coloquial: violências físicas, psicológica, sexual, moral e patrimonial.

A partir de então, foi incluído um pequeno questionário, em linguagem de simples acesso e mimetizando uma conversa, onde a marcação de apenas um item já indicaria a existência de situação de abuso na relação familiar.

No desenvolvimento, os quatro espaços do folder, foram preenchidos com as informações consideradas pertinentes ao tema, obtidas a partir da bibliografia consultada. A primeira página do folder, também chamada de página interna, contém as três primeiras partes do desenvolvimento.

Na primeira parte foi feito um resumo do que seria a “violência contra as mulheres” e os tipos de violências (Figura 3). Como era necessário passar a mensagem adequada e sem dupla interpretação, a linguagem utilizada foi a mais coloquial possível sem, no entanto, excluir alguns termos mais complexos fundamentais para o entendimento das definições apresentadas.

Na segunda parte do desenvolvimento (Figura 3), com o intuito de simplificar ainda mais a compreensão das informações, foram feitas exemplificações sobre o que seriam as formas de violência, além das agressões físicas e das sexuais (as mais conhecidas), como xingamentos, humilhações, ameaças, restrição da liberdade, destruição ou subtração de bens, entre outros. A distribuição dessas informações foi feita a partir de uma sequência de informações onde a leitora poderia assinalar um ou mais itens, auxiliando no diagnóstico da existência de uma situação de abuso ou violência em seu meio.

Na terceira parte (Figura 3) são apresentadas as condutas a serem tomadas em caso de o leitor enquadrar a situação em questão dentro de alguma forma de violência. Essas condutas abrangem tanto a mulher quanto os filhos e sugerem o que fazer em caso de emergências, contendo também os contatos de órgãos do governo relacionados à prevenção, condução e combate à violência contra as mulheres e a capa.

Na quarta parte do desenvolvimento, são apresentadas informações sobre a Lei Maria da Penha, de maneira simples e resumida, como mecanismo de proteção da mulher frente à violência doméstica. Em seguida são citadas outras formas de violência contra a mulher, que podem ou não estar relacionadas ao convívio doméstico, como o assédio moral e sexual, o feminicídio e a violência contra a mulher lésbica, e transexual.

Por fim, são apresentados os números de telefones e site de órgãos do Estado responsáveis pelo atendimento de emergência das mulheres em situação de violência doméstica, com destaque para a DEAM (Delegacia de Atendimento à Mulher).

FIGURA 3 – Folder – Violência contra a mulher (Face 2)

<p>O que é a violência contra a mulher? Qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, ou morte, à mulher. Está presente em todo o mundo e atinge mulheres de todas as idades, classes sociais, raças e religiões.</p>	<p>Como saber se há violência doméstica? O entendimento da existência da violência doméstica contra a mulher pode ser confuso. Se um ou mais dos seguintes quesitos estiver presente na relação familiar, a ajuda deve ser procurada imediatamente!</p>	<p>Você sofre violência doméstica? O que fazer?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evite ficar sozinha com o agressor; • Encontre locais perto da sua casa onde possa se abrigar em segurança até conseguir ajuda; • Converse sobre a sua situação com pessoas amigas e combine uma forma de se comunicar em caso de necessidade; • Oriente as crianças a se afastar em caso de evento violento e a procurar ajuda; • Mantenha cópia dos documentos pessoais e algum dinheiro em local seguro para eventual emergência; • Procure atendimento médico de emergência em caso de agressão; • Procure a delegacia de polícia mais próxima ou a DEAM (Delegacia de Atendimento à Mulher) para medidas legais e protetivas. Apresente objetos, documentos e roupas relacionados à violência, pois podem servir como prova. • Se você não tiver um local seguro para ficar, pode ser encaminhada para a Casa Abrigo, juntamente com seus filhos menores de 12 anos, por intermédio da DEAM. • Se você já registrou a ocorrência e o agressor não cumprir a ordem judicial ou continuar violento, procure novamente a mesma delegacia e comunique o fato. Pode ser o caso de prisão preventiva.
<p>Quais são os tipos de violência? Violência física: qualquer tipo de agressão.</p>	<p>Violência Física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tapas, socos, chutes, empurrões <input type="checkbox"/> Puxões de cabelo <input type="checkbox"/> Mordidas <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Tentativas de enforcamento 	
<p>Violência psicológica: dênisas com resultados emocionais, ameaças, vigilância constante, chantagem, ridicularização, diminuição da autoestima, humilhação, isolamento e limitação do direito de ir e vir, entre outros.</p>	<p>Violência Psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Humilhações <input type="checkbox"/> Xingamentos <input type="checkbox"/> Impedimento de sair de casa <input type="checkbox"/> Impedimento de ver e falar com familiares <input type="checkbox"/> Ameaças ou agressões a animais de estimação <input type="checkbox"/> Ameaças de agressão à mulher ou a pessoas queridas <input type="checkbox"/> Ameaças de morte à mulher ou às pessoas queridas 	
<p>Violência sexual: expressões verbais ou corporais desagradáveis, participação sem consentimento em pornografia ou prostituição e até relações sexuais forçadas.</p>	<p>Violência patrimonial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dinheiro praticado e objeto querido <input type="checkbox"/> Destruição de fotos ou documentos 	
<p>Violência moral: xingamentos ou qualquer agressão à honra e à intimidade (injúria, calúnia ou difamação).</p>	<p>Sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Toques não desejados <input type="checkbox"/> Expressões verbais ou corporais que não são do agrado <input type="checkbox"/> Tirar fotos ou forçada <input type="checkbox"/> Relações sexuais forçadas <input type="checkbox"/> Prostituição forçada 	

DISCUSSÃO

A violência contra as mulheres é um dos temas que mais preocupa as análises sobre o feminino e tem sido objeto de cada vez mais estudos e programas de governo. Apesar de ser uma questão muito presente no cotidiano, mostra-se subavaliada nos serviços de saúde, onde representa causa associada em importante parcela dos atendimentos hospitalares⁷

Dentre as estratégias, considera-se que o acesso à informação é uma das ações fundamentais para o empoderamento, a autonomia e o protagonismo das pessoas, tanto pacientes quanto profissionais e gestores, dentro do sistema de saúde¹¹. Nesse sentido, o processo de construção de recursos educativos, é recomendada a interação entre as pessoas envolvidas¹⁷. Essa interação, associada ao comprometimento da participação para a educação em saúde, é premissa importante da metodologia da pesquisa-ação.

A utilização e construção de materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no SUS e representa ferramenta indispensável para compartilhamento de conhecimento e uniformização de condutas^{10,11}. Manuais de cuidado em saúde, folders e cartilhas, por exemplo, são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas¹⁸.

Para a construção de materiais educativos, deve-se sempre ter em mente a otimização do acesso à informação, como linguagem de fácil compreensão e recursos de imagem, facilitando a comunicação entre emis-

sor e receptor. O material precisa ser também atrativo, despertando o interesse na leitura e estimulando a compreensão do texto¹⁹. Em consonância, neste estudo, observou-se que o material educativo elaborado se apresenta de fácil entendimento e com informações importantes que permitem o reconhecimento rápido das situações de violência contra a mulher, principalmente a doméstica, ao mesmo tempo em que orienta de forma objetiva o que fazer a partir dessa constatação. A avaliação do folder pelas mulheres que viveram a violência demonstrou que seu conteúdo foi escrito de acordo com a realidade de vida delas, considerando-se a avaliação positiva que fizeram do material.

As atividades dos profissionais de saúde tornam-se mais ricas com a incorporação de materiais educativos, marcando a importância prática dos assuntos abordados, e facilitando o processo de orientação em saúde. Como as mulheres vítimas de algum tipo de violência procuram mais os serviços de saúde, muitas vezes omitindo as situações pelas quais estão passando, os materiais educativos aparecem como ferramentas importantes na atuação prática dos profissionais relacionados ao atendimento². Representam fontes rápidas de orientação e conduta frente ao problema, unificando a linguagem, bem como proporcionando a integralidade e a multidisciplinaridade do cuidado, conforme preconiza o SUS^{11,12}.

A comunicação adequada, clara e acolhedora, dos profissionais de saúde entre si e entre esses e a comunidade atendida, proporciona melhores resultados nos atendimentos²⁰⁻²². Nesse sentido, o folder produzido neste trabalho representa importante instrumento de

interação entre os atores dentro do processo de atendimento à mulher vítima de violência, possibilitando de modo objetivo a transmissão de informações.

Não podemos negar a existência de inúmeros folders sobre o tema o que constitui um fator limitante, porém, não evidenciamos na literatura artigos que relatem a construção de um folder como o método usado nesta prática. O perfil destas mulheres vítimas de violência por fogo, adultas e jovens não influenciou no conteúdo do folder. Este foi concebido para todo e qualquer tipo de violência, não apareceu uma especificidade alusiva ao fogo, mesmo sendo estas participantes vítimas deste tipo de violência.

CONCLUSÃO

A principal proposta da criação deste folder foi a de ampliar o potencial da da mulher vítima de violência e da sua família, e promover a condição de saúde. O folder é um suporte aos profissionais e às mulheres, para que superem dúvidas e dificuldades que permeiam o processo de reconhecimento da violência.

A versão online deste folder está disponível ao público no site da FEPECS (<https://mestradoprofescs.wixsite.com/mestradoprofissional>) é importante para o acesso dos leitores, mas não é suficiente para representar como recurso amplamente utilizado pelos usuários do SUS, tornando-se necessário disponibilizá-la na versão impressa para as instituições públicas de saúde.

FINANCIAMENTO: Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal – FEPECS.

REFERÊNCIAS

1. Organização dos Estados Americanos. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher [Internet]. Belém do Pará, 1994 [acesso em 06 ago 2016]. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>
2. Cordeiro N. Ação governamental e direitos das mulheres: abrigo para mulheres ameaçadas de morte no Brasil. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* [online]. 2017, n.23 [cited 2018-11-18], pp.259-294. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522017000200259&lng=en&nrm=iso. ISSN 2178-4884. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220172308>.
3. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidade de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 05

ago 2017]; 46(2): 351-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018.

4. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 06 de agosto de 2015]; 24(11): 2551-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/10.pdf>.

5. Paiva LML; Sabadell AL. O crime de estupro à luz da epistemologia feminista: um estudo de casos no stf. *DELICTAE: Revista de Estudos Interdisciplinares sobre o Delito*, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 110-155, jul. 2018. ISSN 2526-5180. Disponível em: <http://delictae.com.br/index.php/revista/article/view/64>. Acesso em: 18 nov. 2018. <https://doi.org/10.24861/2526-5180.v3i4.64>.

6. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 17 out 2018]; 29(6): 1230-40. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2013001000019&script=sci_arttext.
7. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc.* [Internet]. 2011 [acesso 02 nov 2018]; 20(1): 124-35. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902011000100015&script=sci_arttext.
8. Pimentel PP, Toldrá RC. Desenvolvimento de manual para orientações básicas do dia a dia para pessoas com esclerose múltipla. *Cad Ter Ocup UFSCar* [Internet]. 2017 [acesso 23 out 2018]; 25(1): 67-74. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1483/815>.
9. Oliveira, MLC. Vozes em sintonia: Educação Popular sobre DST via rádio comunitária. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, suppl.2 [cited 2018-11-18], pp.1523-1528. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601523&lng=en&nrm=iso. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0567>.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 25 abr 2012 [acesso 19 out 2018]; Seção 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília, 2014 [acesso 19 out 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf.
12. Zombini EV, Pelicioni MCF. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum* [Internet]. 2011 [acesso 19 out 2018]; 21(1): 51-8. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/jhgd/article/view/19995/22081>.
13. Lima ACMACC, Bezerra KC, Sousa DMN, Rocha JF, Oriá MOB. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 01 nov 2018]; 30(2):181-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000200181&script=sci_arttext.
14. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 14ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.
15. Thiollent, M.; Silva MG. Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais RECIIS, v.1, n.1, p.93-100,2007.
16. Daron, VLP. Um grito lilás: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres [Internet]. 2009 [acesso 01 nov 2018]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/sev/coordenacao-geral-de-aco-es-preventivas-e-garantia-de-direitos/enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-do-campo-e-da-floresta/documentos/um%20grito%20lilas.pdf/@download/file/um%20grito%20lilas.pdf>.
17. Carvalho, M.A.P. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.91-102.
18. Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso 03 nov 2018]; 20(1):[8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14.
19. Castro ANP, Lima Júnior EM. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2014 [acesso 03 nov 2018]; 13(2): 103-13. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/content/imagebank/pdf/v13n2.pdf#page=55>.
20. Coriolano-Marinus MWL, Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde Soc São Paulo* [Internet]. 2014 [acesso 07 nov 2018]; 23(4): 1356-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1356.pdf>.
21. Oliveira L, Leal S. (2016). Mulheres em situação de violência a que buscaram apoio no Centro de Referência Geny Lehnen/RS. *Enfermagem em Foco*, 7(2). [acesso 14 jun 2019]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/800/325>. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.800>
22. André SR et al. Responsabilidade técnica em enfermagem: conhecendo sua importância para o exercício profissional. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 10, n. 1, fev. 2019. ISSN 2357-707X. [acesso 14 jun 2019]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1512/492>. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1512>.

RECEBIDO: 16/05/2019

ACEITO: 08/07/2019

CONTRIBUIÇÕES DE UMA RESIDÊNCIA EM PSQUIATRIA E SAÚDE MENTAL NA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS EGRESSOS

John Victor dos Santos Silva¹ <https://orcid.org/0000-0003-4671-102X>

Thyara Maia Brandão¹ <http://orcid.org/0000-0003-4630-6956>

Objetivo: conhecer as contribuições de um programa de residência em psiquiatria e saúde mental na formação dos enfermeiros egressos. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada com 10 enfermeiros egressos. A produção de dados foi através de entrevista semiestruturada e gravação de áudio, analisados à luz da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Categorial, proposta por Bardin. **Resultados:** das falas dos participantes, emergiram as seguintes categorias: contribuições na formação em saúde mental; contribuições como profissional de enfermagem; e contribuições na vida pessoal. **Conclusão:** As contribuições foram tanto no desenvolvimento de habilidades para a assistência em saúde mental como na profissão de enfermeiros, para atuar em todos os níveis de saúde. Houve, também, contribuições na vida pessoal, promovendo o amadurecimento para o enfrentamento das dificuldades e situações mais diversas no trabalho e na vida.

Descritores: Enfermagem; Psiquiatria; Saúde mental; Internato não médico.

CONTRIBUTIONS OF A RESIDENCE IN PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH IN THE FORMATION OF NURSES.

ABSTRACT

Objective: to know the contributions of a residency program in psychiatry and mental health in the training of registered nurses. **Methods:** it is a qualitative, exploratory research carried out with 10 registered nurses. The data production was through semi-structured interview and audio recording, analyzed in light of the Content Analysis technique, in the category Categorical Analysis modality, proposed by Bardin. **Results:** the following categories emerged from the participants' speeches: contributions in mental health training; contributions as a nursing professional; and contributions in personal life. **Conclusion:** The contributions were both in the development of skills for mental health care as in the profession of nurses, to act at all levels of health. There were also contributions in the personal life, promoting the maturity to face the difficulties and most diverse situations in work and life.

Descriptors: Nursing; Psychiatry; Mental Health; Internship, Nonmedical.

CONTRIBUCIONES DE UNA RESIDENCIA EN PSQUIATRÍA Y SALUD MENTAL EN LA FORMACIÓN DE LOS ENFERMEROS EGRESOS.

Objetivo: conocer las contribuciones de un programa de residencia en psiquiatria y salud mental en la formación de los enfermeros egresados. **Métodos:** Es una investigación cualitativa, exploratoria realizada con 10 enfermeras registradas. La producción de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada y una grabación de audio, analizada a la luz de la técnica de Análisis de contenido, en la categoría Modalidad de análisis categórico, propuesta por Bardin. **Resultados:** de las palabras de los participantes surgieron las siguientes categorías: contribuciones en la formación en salud mental; contribuciones como profesional de enfermería; y contribuciones en la vida personal. **Conclusión:** Las contribuciones fueron tanto en el desarrollo de habilidades para la asistencia en salud mental como en la profesión de enfermeros, para actuar en todos los niveles de salud. También hubo contribuciones en la vida personal, promoviendo la maduración para el enfrentamiento de las dificultades y situaciones más diversas en el trabajo y en la vida.

Descritores: Enfermería; Psiquiatria; Salud Mental; Internado no Medico.

¹Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)

Autor Correspondente: John Victor dos Santos Silva - Email: john.setedejulho@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência em Saúde são modalidades de pós-graduação Lato Sensu, mediante as quais o enfermeiro pode obter o título de especialista em determinada área de conhecimento, ofertadas por instituições de ensino ou de saúde públicas e privadas. A Residência tem como principal característica o desenvolvimento de habilidades técnico-científicas através de práticas nos serviços de saúde.⁽¹⁾

Esses programas são regulamentados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) que avalia e qualifica os programas no Brasil. A estrutura das residências compreende uma carga horária de 60 horas semanais, durante dois anos, onde o residente é remunerado, não podendo ter vínculo empregatício.⁽²⁾

Os programas seguem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e permitem a experiência da integração ensino-serviço-comunidade, norteados as ações de educação e trabalho baseados nas necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades em que o programa estiver inserido.⁽²⁾

As Residências são alternativas existentes também para especialização em saúde mental; bastante procuradas principalmente pelos enfermeiros recém-formados como opção de qualificação profissional. Essa modalidade de pós-graduação proporciona, ao enfermeiro, o desenvolvimento de competências assistenciais e gerenciais.⁽³⁾ Com o crescente número de serviços de saúde mental existentes no Brasil, as residências são excelentes estratégias de qualificação profissional para vivenciar a assistência às pessoas com sofrimento mental nos próprios serviços, o que contribui para formar enfermeiros especialistas para o trabalho em saúde mental.⁽⁴⁾

O programa de residência de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental, objeto deste estudo, é ofertado por uma universidade pública do nordeste do Brasil, cujo início ocorreu no ano de 2007, ofertando duas vagas anualmente para enfermeiros. O candidato realiza prova objetiva e de títulos para ingressar no programa, recebendo formação através do ensino e trabalho em um Hospital Psiquiátrico (HP) e em serviços substitutivos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado, formando, até o momento, mais de 20 enfermeiros especialistas.

Desta forma, percebe-se a necessidade de conhecer de que forma os programas de residência em saúde mental contribuem para a formação dos profissionais na perspectiva da saúde pública e através das práticas nos serviços. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo conhecer as contribuições de um programa de residência em psiquiatria e saúde mental na formação dos enfermeiros egressos.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo exploratório com abordagem qualitativa. A escolha pela abordagem qualitativa ocorreu pela possibilidade do aprofundamento nas subjetividades dos sujeitos, extraindo, de suas percepções, os significados sobre as questões da vida em geral⁽⁵⁾. O estudo exploratório, por sua vez, permite essa aproximação do pesquisador com o objeto pesquisado, da forma como ele se apresenta e dentro do seu contexto social.⁽⁶⁾

Participantes da pesquisa

O estudo foi realizado com os enfermeiros egressos do programa de Residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental de uma universidade pública, localizada no nordeste do Brasil. Participaram da pesquisa 10 enfermeiros egressos. A amostra inicial seguiu os preceitos da pesquisa qualitativa que não se limita ao número de sujeitos, mas às subjetividades e contribuições de cada um⁽⁵⁾. Já o número final da amostra foi estabelecido pelo critério de saturação que determina a interrupção dos sujeitos quando os dados produzidos se tornam repetitivos⁽⁷⁾. Os critérios de inclusão foi ter concluído o programa de residência até março de 2018, sendo excluídos os que estavam de férias ou de licença.

Cenário do estudo

O cenário do estudo foi bastante diversificado, sendo utilizadas as dependências de universidades e também os locais de trabalho dos participantes. Esses locais foram acordados entre os participantes e os pesquisadores de forma a alterar minimamente a rotina dos egressos.

Coleta de dados

A coleta de dados compreendeu o período de Abril a Agosto de 2018. Foi realizada busca ativa para o recrutamento dos participantes, após contato com a Supervisão de Pós-Graduação Lato Sensu da universidade. A abordagem aos participantes foi feita de forma individual.

Para a produção dos dados foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada com roteiro produzido pelos pesquisadores de acordo com os objetivos da pesquisa. O roteiro contou com 10 perguntas abertas permitindo a melhor exploração da percepção dos participantes; a duração média das entrevistas foi de 30 minutos. Foi realizado também gravação de áudio da entrevista, com o consentimento dos participantes.

Análise dos dados

Todo o material produzido foi transcrito na íntegra e anali-

sado à luz da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Categorical. A análise categorial permite que os pesquisadores extraiam categorias que emergem a partir das unidades das falas dos sujeitos, dos sentidos que eles oferecem para cada questão relacionada aos objetivos da pesquisa.⁽⁸⁾

A Análise seguiu três passos fundamentais: o primeiro passo foi fazer uma leitura flutuante prévia das falas transcritas, no intuito de começar a identificar as unidades das falas. O segundo passo foi atribuir categorias as unidades das falas dos sujeitos, através dos sentidos expressados. No terceiro e último passo, foi realizado o tratamento dos dados, quando os pesquisadores fizeram os agrupamentos das unidades das falas a partir das categorias que emergiram.⁽⁵⁾

Procedimentos éticos

Para garantir o anonimato dos participantes, os pesquisadores adotaram o termo “Egresso” para nomeá-los, seguidos de um número. Este estudo seguiu os preceitos éticos da resolução nº. 466/12 do Ministério da Saúde, sendo submetido ao Comitê De Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado sob o CAAE nº 84575418.5.0000.5011. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A maioria dos enfermeiros egressos entrevistados eram mulheres e haviam entrado no programa logo após o término da graduação. Todos escolheram a residência de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental por ter vivenciado alguma experiência satisfatória durante a graduação.

Das falas dos participantes, emergiram as seguintes categorias: contribuições na formação em saúde mental; contribuições na profissão de enfermeiro; e contribuições na vida pessoal.

Contribuições na formação em saúde mental

A primeira contribuição, segundo os relatos dos egressos, foi justamente o aprendizado sobre as questões que envolvem a saúde mental, desde a reforma psiquiátrica até as políticas e os serviços de saúde mental, pois a residência lhes foi uma experiência rica e intensa.

Segundo os egressos, a experiência do programa permitiu uma vivência na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado a nível municipal ou estadual, possibilitando, aos egressos, desenvolverem habilidades para o trabalho na saúde mental, aperfeiçoando-os cada vez mais para uma assistência mais completa e eficaz:

“É uma experiência muito diversificada. Na residência, a gente tem a oportunidade de conhecer a rede, de conhe-

cer as pessoas que estão nessa rede, de poder conhecer um pouco a gestão e conhecer a ponta e saber que existem problemas lá na ponta que dependem da gestão e questões da gestão que dependem também da atuação desse profissional lá na ponta. [...] Nós realmente temos o conhecimento do todo, né, da oportunidade de conhecer, por exemplo, o fluxo de como acontece o funcionamento dos serviços e que são pontos positivos que nos preparam para trabalhar em qualquer ponto da rede de saúde mental” (Egresso 4).

Essa aproximação direta com toda a RAPS, segundo os egressos, possibilitou uma compreensão maior, principalmente, sobre a organização, funcionamento e financiamento de toda a rede. Os egressos relatam que existem questões na saúde mental que só foi possível conhecerem através da residência, e que em outro curso de qualificação profissional ou especialização, mesmo ofertando o mesmo título, de especialista em saúde mental, não lhes seria oportunizada toda a compreensão da administração pública com relação à rede.

Os egressos trazem ainda que esse contato com a gestão capacitou-os para o trabalho na direção de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, favorecendo a experiência de atuar gerindo as dificuldades apresentadas nos serviços em qualquer esfera de trabalho, público ou privada:

“Foi uma experiência muito rica de conhecer a área de planejamento, como é que se dá a atuação dos gestores na secretaria municipal de saúde, na secretaria estadual. Houve impasses que acontecem desde a questão mesmo dos recursos financeiros, dos projetos e isso me ajudou a entender melhor também a minha atuação no serviço, porque muitas vezes a gente questiona porque que as coisas não acontecem da forma que deveria ser e aí por ter esse contato na rede, na residência tanto na assistência como na gestão, a gente consegue entender melhor os processos” (Egresso 9).

Os egressos falam que se sentem mais capacitados para o trabalho em qualquer nível de atenção, seja na assistência ou gestão, pelo desenvolvimento dessas habilidades durante a experiência que tiveram na residência.

Contribuições na profissão de enfermeiro

Todo o processo de formação, durante o período em que estiveram no programa de residência em saúde mental, contribuiu, de forma significativa, não apenas na formação de profissional da saúde mental, mas também como enfermeiros generalistas.

Nas falas, o aprendizado contribuiu para aperfeiçoar suas habilidades terapêuticas, permitindo que assumam cargos e funções diversificadas na assistência, no ensino e gestão. Assumir a responsabilidade como profissional, durante a residência, possibilitou uma evolução na autonomia desses profissionais, pois, para a maioria, foi sua primeira experiência como profissional:

“Com o que eu aprendi na residência eu me sinto preparada pra trabalhar em qualquer lugar. Tanto na gestão como nos serviços, porque eu aprendi a analisar as situações, ponderar, pensar, pensar naquela pessoa que está sendo cuidada. E acredito que a experiência da residência me proporcionou mais essa mudança de atitude, de julgamento, de conhecimento também e a prática, tanto na saúde mental, como na enfermagem” (Egresso 6).

Os egressos relataram que durante o tempo que estava no programa não eram vistos como estudantes, mas como enfermeiros e que faziam parte do trabalho, o que contribuiu para que pudessem amadurecer nos serviços. Eles mesmos não se sentiam mais como estudantes, mas como profissionais com a responsabilidade de exercer a função de enfermeiro, pois as demandas lhes exigiam e lhes cobravam isso:

“A forma como cobram aquilo de você, você acaba se deparando com a responsabilidade de enfermeira. E aí? E esse remédio? Então, eles cobram de você uma coisa que você acaba também se cobrando. Porque independente de qualquer coisa você é enfermeira” (Egresso 2).

A residência em saúde mental, segundo os egressos, demanda um contato e vínculo muito estreito com os usuários e o desenvolvimento de habilidades, como a escuta qualificada, comunicação terapêutica, acolhimento, cuidados referente ao emocional dos sujeitos, o que aprenderam a ampliar de forma mais eficiente, em todos os serviços de saúde nos quais trabalham, sejam eles de saúde mental ou não, mudando suas posturas completamente:

“Hoje eu converso com o paciente de forma muito mais tranquila, né. Me deu segurança em identificar alguns sintomas, sinais, em relação a alguns diagnósticos, então me aproximou a alguns transtornos que eu não tinha contato antes, os casos graves eu consigo perceber e acompanhar, né, ver a evolução disso, assim eu consigo valorizar de forma melhor as questões subjetivas dos pacientes” (Egresso 5).

Contribuições na vida pessoal

Uma questão bastante interessante que emergiu das falas dos egressos foi a contribuição na vida pessoal, principalmente no que diz respeito ao amadurecimento, relatado como algo inerente ao processo de formação da residência. Os egressos dizem que os reflexos desse amadurecimento são vistos até os dias de hoje em tudo o que fazem.

“A gente desenvolve também maturidade, né. Num tem aquele ditado que diz que a gente aprende mais com a dor do que com o amor? Então! Assim... É tudo tão árduo, tão intenso, que a gente acaba desenvolvendo uma maturidade. E o legal é que essa maturidade nos ajuda a lidar com tudo na vida. A gente aprende a lidar com amigos, familiares, colegas de trabalho, com as dificuldades, com tudo mesmo” (Egresso 8).

Esse amadurecimento que a residência proporcionou aos egressos trouxe ganhos também na forma como vêem e percebem o mundo e, principalmente, as relações interpessoais. O fato de estar constantemente trabalhando com o sofrimento mental dos usuários durante a passagem nos serviços de saúde mental de Alagoas fez com que compreendessem questões subjetivas da vida de outra forma, permitindo-lhes uma melhor posição diante das dificuldades:

“Acho que hoje se eu sou o que sou foi graças à residência também, porque querendo ou não lidar direto com o sofrimento do outro isso te transforma. Eu acho que eu hoje tenho um olhar diferenciado em relação às pessoas que eu convivo por conta disso. Por estar ali sempre e vendo as necessidades do outro, o sofrimento intenso do outro, eu acho que isso me mudou enquanto pessoa” (Egresso 7).

Segundo os egressos, a experiência de vivenciar a residência durante os dois anos de programa é tão intenso que eles relatam que sua vida é transformada. A transformação aconteceu na sua percepção de mundo, em suas atitudes, comportamentos, responsabilidades, disciplina frente aos seus compromissos:

“Eu posso dizer que eu era uma pessoa quando eu entrei na residência e que quando eu saí me tornei outra” (Egresso 3).

DISCUSSÃO

A Enfermagem é uma profissão historicamente exercida por mulheres, o que justifica a maioria dos egressos serem mulheres⁽⁹⁾. Os enfermeiros recém-formados são os que mais

procuram pela residência por ser uma opção de adquirir experiência profissional. Já para os enfermeiros com mais tempo de formação a residência se torna desinteressante, porque a maioria já está com estabilidade profissional no mercado.⁽³⁾

A disciplina de saúde mental é obrigatória na grade curricular do curso de graduação em enfermagem, mas são poucos estudantes que possuem afinidade com a área, o que justifica sua pouca procura frente aos demais programas de residência para enfermagem.⁽¹⁰⁾

A formação em saúde mental não é uma exclusividade dos programas de residências. Existem outros cursos na modalidade *latu sensu* para adquirir conhecimento teórico sobre o trabalho, porém poucos são os que oferecem uma parte prática para os profissionais.⁽¹¹⁾

A contribuição na formação em saúde mental é rica, pois possibilita experiência profissional através de contínua prática nos serviços. Os residentes são direcionados para os principais dispositivos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial, onde 80% da carga horária é destinada para a prática nos serviços e os outros 20% destinados a formação teórica.⁽¹²⁾

Essa contínua prática nos serviços capacita os profissionais para trabalhar na assistência direta às pessoas em sofrimento mental em todos os níveis de atenção, sejam nos ambulatorios, nos CAPS, na urgência e emergências em saúde mental, na atenção básica, entre outros. Os residentes são capacitados para prestar cuidados em muitas circunstâncias e situações, tendo a prática sempre alinhada com a teoria constantemente.⁽¹³⁾

A passagem pela gestão é outro ponto bastante importante da residência. Conhecer a estruturação e organização da rede permite uma visão mais ampliada sobre a saúde mental, facilitando a compreensão sobre os aspectos necessários para o funcionamento dos serviços. Essa experiência capacita para a gestão dos demais serviços de saúde.⁽¹⁴⁾

A contribuição para a profissão do enfermeiro é perceptível no desenvolvimento de habilidades para o trabalho de enfermagem em diversos serviços de saúde, pois é uma contribuição direta para a capacitação dos enfermeiros; em alguns dispositivos de saúde mental, porém, o trabalho se distancia um pouco das características dos serviços hospitalares.⁽¹⁵⁾

Apesar de estudantes, eles possuem atribuições e devem desempenhar suas atividades como profissionais do serviço, o que lhes pode causar certa insegurança e medo, especialmente no seu início, pela pouca experiência e grandes responsabilidades que lhes são impostas. Com frequentes práticas, esses residentes vão se aperfeiçoando e desenvolvendo competências necessárias para a segurança durante a execu-

ção de suas tarefas.⁽¹¹⁾

As habilidades mais desenvolvidas pelos residentes, nos serviços de saúde mental, são as tecnologias leves, como a escuta qualificada, comunicação terapêutica, acolhimento, principais instrumentos utilizados nos serviços de saúde mental. O perfil do público de cada serviço define quais estratégias serão mais utilizadas durante esse processo de formação.⁽¹²⁾

As contribuições na vida pessoal do enfermeiro são bastante evidentes, especialmente a partir das relações interpessoais, pois os serviços que percorrem exigem isso. Desta forma, é impossível não ser modificado e amadurecer com as constantes relações e vínculos estabelecidos durante os dois anos de programa, em todos os serviços que passam.⁽¹⁶⁾

O processo de formação nos programas de residências é bastante intenso e a cobrança é muito grande, promovendo o desenvolvimento de maturidade para a vida. Existe um ganho muito grande com relação à mudança de comportamento, atitude, a disciplina no desenvolvimento de suas atividades, tanto na profissão como na vida pessoal.⁽¹⁷⁾

Os programas de residência são considerados pelos profissionais e pelo mercado de trabalho como o padrão ouro para a formação de qualquer profissional, por todas as vantagens apresentadas. O residente egresso, em comparação aos demais profissionais, consegue se destacar em cargos superiores mais rapidamente que os demais profissionais.⁽¹⁴⁾

Essa realidade ocorre pelo reconhecimento dos serviços de saúde da extensiva e duradoura prática que os enfermeiros exercem durante o programa. O mercado de trabalho nota o diferencial desses profissionais, valorizando o profissional que já tem experiência com os serviços da rede em saúde mental.⁽¹²⁾

Limitações do estudo

A principal limitação do estudo está relacionada à dificuldade de contatar os egressos para participarem do estudo, além de trazer apenas a visão dos egressos, não sendo possível conhecer a percepção dos demais personagens que compõem o programa, como preceptores, coordenadores, dentre outros.

Contribuições para a prática

Este estudo facilita a compreensão por parte dos profissionais, gestores e usuários da importância do programa de residência em saúde mental e da relevância da inserção dos enfermeiros residentes nos serviços de saúde mental, possibilitando que esses futuros profissionais atuem na área de uma forma mais completa e fundamentada nas reais práticas realizadas no trabalho em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho retrata parte das contribuições de

um programa de residência de psiquiatria e saúde mental na formação dos enfermeiros egressos, que, na sua maioria, são mulheres e ingressaram no programa logo após a formação.

As contribuições do programa ocorrem tanto na formação como profissionais da saúde mental, desenvolvendo habilidades para a gestão e assistência à pessoa em sofrimento mental, como no exercício da profissão de enfermeiros, o que lhes proporcionou o desenvolvimento profissional para atuar em todos os níveis de saúde. Houve, também, contribuições na vida pessoal, promovendo o amadurecimento para o enfrentamento das dificuldades e situações mais diversas no trabalho e na vida, além de melhorar as relações interpessoais. Embora seja uma vivência

apenas de dois anos, percebe-se que as contribuições são bastante significativas e superaram as dificuldades durante o percurso.

Sugere-se que sejam realizados novos estudos para conhecer os demais programas de residência que existem no Brasil, possibilitando conhecer se as contribuições aqui apresentadas também corroboram aos egressos dos demais programas.

Contribuições dos autores:

JVSS: concepção e desenho, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. TMB: concepção e desenho, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução nº 0459 de 21 de Agosto de 2014. Estabelece os requisitos mínimos para o registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Brasília: COFEN. 2014 [cited 2018 Nov 13]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04592014_26170.html.
2. Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Gabinete do Ministro. 2009 [cited 2018 Nov 13]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192.
3. Evangelista ALP, Frota AC, Torres RBS, Barreto ICHC. Residência integrada em saúde mental: cuidado à rede de atenção psicossocial. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018 [cited 2019 Jun 21];31(4):1-11. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8774/pdf>.
4. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*. 2017 [cited 2018 Nov 13];26(1):155-170. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Malvezzi CD, Gerhardinger HC, Santos LLP, Toledo VP, Garcia APRF. Adherence to treatment by the staff of a mental health service: an exploratory study. *Online braz j nurs [internet]* 2016 Jun [cited 2019 Jun 21];15(2):177-187. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5201>.
7. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017 [cited 2019 Jun 21];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Machado MH (Coord), Aguiar WF, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enfermagem em Foco*. 2016 [cited 2018 Nov 13];7(esp):9-14. [acesso em: 13 nov. 2018] Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>.
10. Vargas D, Maciel MED, Bittencourt MN, Lenate JS, Pereira CF. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil: análise curricular da graduação. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2018 [cited 2018 Nov 13];27(2): e2610016. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e2610016.pdf>.
11. Onocko-Campos R, Emerich BF, Ricci EC. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface (Botucatu)*. 2019 [cited 2019 Jun 21];23:e170813. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2019.v23/e170813/pt>.
12. Ponte Neto OA, Silva MMS, Saraiva MJG, Dias MSA, Vasconcelos MIO, Cavalcante ASP, Parente JRF. Auto avaliação como estratégia educativa no contexto do programa de residência multiprofissional em saúde da família e saúde mental. *Tempus, actas de saúde colet, Brasília*. 2016 [cited 2019 Jun 21];10(4):247-263. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2363/1721>.
13. Souza RAF, Caçador BS, Cruz DT, Andrade BMLG, Santos AGL, Veiga AKO. A experiência do trabalho interdisciplinar da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. *JMPHC*. 2016 [cited 2018 Nov 13];7(1):133-133. Available from: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/473/A%20experiencia>.
14. Magnabosco G, Haddad MCL, Vannuchi MTO, Rossaneis MA, Silva LGC. Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015 [cited 2018 Nov 13];36(1Supl):73-80. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19019/16991>.
15. Oliveira EB, Carvalho RAC, Teixeira E, Zeitoune RCG, Sabóia VM, Gallasch CH. Fatores intervenientes na formação de enfermeiros residentes: visão de egressos de um programa de residência. *REME rev. min. Enferm*. 2017 [cited 2018 Nov 13];21:e-1064. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1202>.
16. Santos AS, Castro LMC, Fagundes NC, Vieira DFVB. Análise do processo formativo de uma residência de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2017 [cited 2018 Nov 13];31(4):e22771. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22771/15399>.
17. Reis TLR, Quadros JS. Programa de residência em enfermagem obstétrica: reflexões a partir da vivência das residentes. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2017 [cited 2018 Nov 13];7(3):527-538. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21259/pdf>.

RECEBIDO: 26/05/2019 – ACEITO: 10/07/2019

EXPANSÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL ENTRE 2004 E 2017

Letícia Katiane Martins¹

<https://orcid.org/0000-0002-8484-6040>

Rosa Maria Rodrigues¹

<https://orcid.org/0000-0002-7047-037X>

Raphael Klein de Souza²

<https://orcid.org/0000-0002-6896-4135>

Solange de Fátima Reis Conterno¹

<https://orcid.org/0000-0003-2493-8071>

Mateus Souza da Luz¹

<https://orcid.org/0000-0003-2405-0152>

Resumo: Objetivou-se analisar o desenvolvimento e a expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil no período de 2004 a 2017. Estudo exploratório, de caráter quantitativo através de dados documentais disponibilizados pelo Inep. A expansão se deu primordialmente pela esfera privada com a região Sudeste responsável pela maioria dos cursos. A expansão foi estimulada por programas federais de apoio ao acesso e permanência. Houve ampliação de cursos nas regiões Norte e Nordeste, o que não se observa no restante do território brasileiro, onde há desaceleração da expansão e extinção de cursos. Identificou-se a educação a distância como realidade na área. Conclui-se que permanece a expansão de cursos majoritariamente privados, com tendência a desaceleração, e extinção nas regiões Sul e Sudeste.

Descritores: Educação; Educação Superior; Enfermagem

EXPANSION OF GRADUATION COURSES IN NURSING IN BRAZIL BETWEEN 2004 AND 2017

Abstract: The objective of this study was to analyze the development and expansion of undergraduate nursing courses in Brazil from 2004 to 2017. This is an exploratory study of quantitative nature through documentary data provided by Inep. The expansion took place primarily in the private sphere with the Southeast region responsible for most courses. The expansion was stimulated by federal programs to support access and permanence. There has been expansion of courses in the North and Northeast regions, which is not observed in the rest of Brazil, where there is a slowdown in the expansion and extinction of courses. Distance education was identified as a reality in the area. It is concluded that the expansion of courses mostly private, with a tendency to deceleration, and extinction in the South and Southeast regions.

Descriptors: Education; College education; Nursing.

EXPANSIÓN DE LOS CURSOS DE GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA EN BRASIL ENTRE 2004 Y 2017

Resumen: Se objetivó analizar el desarrollo y la expansión de los cursos de graduación en enfermería en Brasil en el periodo de 2004 a 2017. Estudio exploratorio, de carácter cuantitativo a través de datos documentales disponibilizados por el Inep. La expansión se dio primordialmente por la esfera privada con la región Sudeste responsable de la mayoría de los cursos. La expansión fue estimulada por programas federales de apoyo al acceso y permanencia. Se ha ampliado los cursos en las regiones Norte y Nordeste, lo que no se observa en el resto del territorio brasileño, donde hay desaceleración de la expansión y extinción de cursos. Se identificó la educación a distancia como realidad en el área. Se concluye que permanece la expansión de cursos mayoritariamente privados, con tendencia a desaceleración, y extinción en las regiones Sur y Sudeste.

Descriptorios: La educación; Educación universitaria; Enfermería

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel, Paraná,

²Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, Toledo, Paraná

Autor correspondente: Letícia Katiane Martins - Email: E-mail: leticiakmartins2@gmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve aumento progressivo dos cursos, vagas e ingressantes em todas as áreas do conhecimento, inclusive na Enfermagem, principalmente na região Sudeste. Essa ampliação deveria ser acompanhada da discussão sobre o seu papel social e da força política para reduzir a precarização do mundo do trabalho⁽¹⁾. A expansão pode parecer positiva para a defesa da democratização do ensino superior, mas é preciso que seja pensada, planejada e regulada de acordo com as exigências do mercado de trabalho e de cada região, que é o destino dos futuros profissionais⁽²⁾.

Comprovando esse processo de expansão, observou-se que desde 1922 até 1964 abriram-se 39 cursos de enfermagem no Brasil. Em 1991 esse número passou para 106, em 2004, 415 e em 2011, eram 826 cursos⁽³⁾.

Após esse crescimento, percebe-se empiricamente, que há um movimento de desaceleração da expansão dos cursos no estado do Paraná através da desativação de alguns cursos, o que pode estar ocorrendo em nível nacional. Assim, após a expansão dos cursos de enfermagem no Brasil, questiona-se como se encontra a distribuição dos cursos de enfermagem no Brasil, especialmente entre os anos de 2004 a 2017? O objetivo do estudo foi sistematizar e analisar o desenvolvimento e a expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil no período de 2004 a 2017.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, documental, de caráter quantitativo. Os dados foram acessados no banco de dados do censo da educação superior produzidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).

Fonte, procedimentos e período para coleta dos dados

O acesso ao banco de dados completo com as informações sobre a evolução dos cursos de graduação em enfermagem foi realizado no ano de 2017, através de solicitação no Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão disponível no endereço: <<https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx?ReturnUrl=%2fsistema%2fPedido%2fDetalhePedido.aspx%3fid%3dJY8dPLsmCB0%3d&iid=JY8dPLsmCB0=>>⁽⁴⁾, no qual solicitou-se os dados exclusivos da graduação em enfermagem, que foram enviados em planilhas do Microsoft Excel, de forma que pudessem ser sistematizados. Os dados disponíveis e recebidos foram

do ano de 1991 a 2016. Os dados de 2017 foram acessados por consulta direta ao sistema e-MEC do Ministério da Educação, em setembro de 2017 que disponibiliza estatísticas relativas a educação superior: <<http://emec.mec.gov.br/>>⁽⁵⁾. Os dados utilizados são de domínio público, não necessitando de envio de projeto para apreciação ética, conforme Resolução CNS 510/2016.

Análise dos dados

Os dados foram sistematizados com auxílio do Microsoft Excel considerando as seguintes variáveis: localização regional, definição do curso, organização acadêmica, modalidade de ensino, formas de oferta. Foram distribuídos em tabelas e gráficos de frequências absolutas e relativas, analisados e discutidos baseando-se na produção teórica sobre educação superior e expansão do ensino em enfermagem no Brasil.

RESULTADOS

Estavam em atividade em 2016, 983 cursos de enfermagem e, em 2017, 1.256 cursos, dos quais, em 2016, quase a metade era da região Sudeste (43,7%) (tabela 1). A região Nordeste se destaca pelo percentual de criação de cursos no período. A região Norte teve um crescimento de 57 cursos, correspondendo a uma variação de 271,4%. Apesar deste percentual de variação importante, esta região responde pelo menor número de cursos no Brasil, em 2016.

A região Sudeste teve percentual de expansão baixo (95,5%), em relação às demais regiões, porém em números absolutos, continua a responder pelo maior quantitativo, com 430 cursos no ano de 2016. A região contava com 43,19% dos cursos de enfermagem do país, sendo que 22,28% localizavam-se em São Paulo.

Observa-se que, além de haver uma discrepância intra-regional, há uma desproporção no interior dos estados, evidenciado pelo percentual na capital de São Paulo, contemplando quase metade dos cursos.

Por fim, na região Sul, o estado que mais expandiu foi Rio Grande do Sul, enquanto o que menos expandiu foi Santa Catarina.

Em estados como Alagoas, Amapá e Roraima observavam-se aumentos percentuais que podem não significar cobertura homogênea de cursos quando comparado a estados de outras regiões. Estima-se que essa característica seja resultado das diferenças sociais e econômicas e populacionais entre uma região e outra configurando a desigualdade na distribuição dos cursos no Brasil.

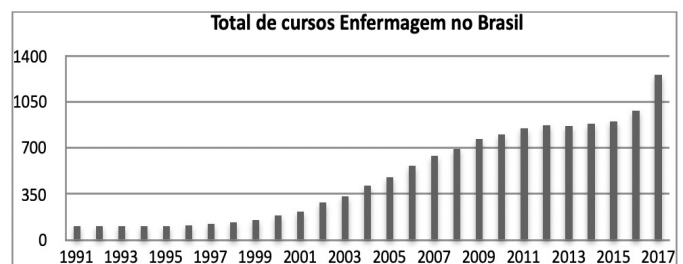
Tabela 1. Relação entre os anos de 2004 e 2016 do total de cursos de graduação em enfermagem no Brasil, por Unidade Federativa.

Região Geográfica	Unidade Federativa	2004		2016		Variação 2004 - 2016	
		N	%	N	%	N	%
Nordeste	Alagoas	2	0,5	14	1,4	12	600,0
	Pernambuco	7	1,7	29	3,0	22	314,3
	Ceará	7	1,7	30	3,1	23	328,6
	Bahia	15	3,6	66	6,7	51	340,0
	Rio Grande do Norte	4	1,0	17	1,7	13	325,0
	Maranhão	8	1,9	27	2,7	19	237,5
	Sergipe	3	0,7	11	1,1	8	266,7
	Paraíba	7	1,7	20	2,0	13	185,7
	Piauí	8	1,9	21	2,1	13	162,5
	Subtotal	61	14,7	235	23,9	174	285,2
Norte	Amapá	1	0,24	5	0,51	4	400,0
	Pará	5	1,20	26	2,64	21	320,0
	Acre	1	0,24	4	0,41	3	300,0
	Rondônia	4	0,96	17	1,73	13	275,0
	Tocantins	4	0,96	11	1,12	7	150,0
	Amazonas	6	1,45	11	1,12	5	100,0
	Roraima	0	0,00	4	0,41	4	--
	Subtotal	21	5,06	78	7,93	57	271,4
Centro-Oeste	Mato Grosso	5	1,20	27	2,75	22	440,0
	Distrito Federal	7	1,69	25	2,54	18	257,1
	Goiás	11	2,65	36	3,66	25	227,3
	Mato Grosso do Sul	6	1,45	15	1,53	9	150,0
	Subtotal	29	6,99	103	10,48	74	255,2
Sudeste	Rio de Janeiro	38	9,2	80	8,14	42	110,5
	Minas Gerais	62	14,94	114	11,60	52	83,9
	São Paulo	109	26,27	219	22,28	110	100,9
	Espirito Santo	11	2,65	17	1,73	6	54,5
	Subtotal	220	53,01	430	43,7	210	95,5
Sul	Paraná	35	8,43	56	5,70	21	60,0
	Rio Grande do Sul	31	7,47	53	5,39	22	71,0
	Santa Catarina	18	4,34	28	2,85	10	55,6
	Subtotal	84	20,24	137	13,94	53	63,1
TOTAL	415	100	983	100	568	136,9	

Fonte: Inep (2017).

O gráfico 1 apresenta a expansão anual dos cursos de enfermagem, desde o ano de 1991 até 2017. Nota-se que há homogeneidade no período, quando se observa a contínua expansão da criação de cursos, mais significativa dos anos de 2004 até 2009, quando foram criados 354 cursos em cinco anos, enquanto criaram-se 98 cursos nos cinco anos entre 2009 até 2015. Após 2015, criaram-se 80 novos cursos no período de um ano, totalizando 178 novos cursos entre 2009 a 2016. Já o período de 1991 até 2004 (13 anos) criaram-se 309 cursos.

Gráfico 1. Cursos de graduação em enfermagem por ano no Brasil, 1991 - 2017.



Fonte: Inep (2017).

A tabela 2 traz a distribuição dos cursos de acordo com a sua definição, organização acadêmica e categoria administrativa persistindo denominações como Enfermagem em obstetria ou Enfermagem em Saúde Pública, que deveriam ser alterados após 1994 quando o curso passou a ser denominado "enfermagem".

Predominam em 2004, as universidades, seguidas das faculdades. Em 2016 há a expansão das faculdades em 307,8%, maior percentual dentre as outras categorias, e as universidades o menor com 59,7%. Observa-se um aumento significativo dos centros universitários (112,9%).

Destaca-se o crescimento das instituições privadas em doze anos, totalizando 82,6% do total de cursos enfermagem disponíveis, ofertando 812 cursos no ano de 2016, enquanto as instituições públicas ofertavam 171 cursos. As instituições federais, estaduais e municipais totalizam 17,4%, mostrando a disparidade entre as instituições de ensino superior, uma vez que o ensino privado em enfermagem expandiu 152,2% no período, enquanto o público, 83,9%.

Tabela 2. Distribuição dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil, de 2004 a 2016.

DEFINIÇÃO DO CURSO			
Definição	2004	2016	Varição %
Enfermagem	381	974	155,6
Enfermagem de saúde pública	1	0	--
Enfermagem e obstetrícia	29	6	(383,3)
Formação de professor de			
enfermagem	4	0	--
Gerontologia	0	2	--
Obstetrícia	0	1	--
Total	415	983	136,9
ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA			
Modalidade	2004	2016	Varição %
Universidade	238	380	59,7
Centro Universitário	62	132	112,9
Instituto Federal de Ed. Tecnologia	0	2	--
Faculdade	115	469	307,8
Total	415	983	136,9

Fonte: Inep (2017).

Conforme a tabela 3, até 2004, não havia nenhum curso na modalidade à distância, enquanto na presencial havia 415. Em 2016 havia 100 cursos à distância, com 77.322 mil vagas autorizadas, das quais havia 8.138 matrículas, correspondendo a 10,52% de vagas preenchidas. Todas as vagas na educação à distância são privadas.

Tabela 3. Cursos de graduação em enfermagem na modalidade presencial e à distância no Brasil de 2004 a 2016.

Modalidade de Ensino			
Modalidade	2004	2016	Varição %
Graduação presencial	415	883	112,8
Graduação à distância	0	100	--
Total	415	983	136,9

Fonte: Inep (2017).

Vale destacar que a região Norte é a que menor apresenta instituições presenciais, mas está em segundo lugar em maior quantidade de cursos à distância, atrás da região Nordeste à frente do Sudeste. Isso remete ao questionamento de quais fatores estão sendo considerados para a abertura de cursos à distância nessas regiões, tão carentes de cursos presenciais. Pensa-se que essa disseminação de polos na região possa estar relacionada a um acesso mais fácil, especialmente em regiões mais precárias.

A tendência de expansão dos cursos se manteve principalmente nas regiões Nordeste e Norte. No que tange à extinção dos cursos, evidenciou-se a nível nacional, que foram desligados 41 cursos de enfermagem, com maior tendência à extinção nas regiões Sul e Sudeste, onde 32 cursos estão em processo de desligamento enquanto quatro já estavam extintos, em setembro de 2017.

DISCUSSÃO

A partir dos anos de 1990, a tendência à diversificação do sistema educacional superior não parou de se aprofundar, respaldado na afirmação do fracasso da educação pública pelo seu alto custo, baixa eficiência, distância do mercado. Um ano depois, pelo Decreto nº 2.306 de 19 de agosto de 1997, revogado, posteriormente, pelo Decreto nº 3.860 de 9 de julho de 2001, foi definida, para o sistema nacional de ensino, a organização acadêmica das instituições de ensino superior de forma que o sistema universitário vem se transformando rumo a um sistema pós-secundário, amplamente diversificado, com múltiplos arranjos institucionais, influenciados por entidades internacionais, com a criação de novos tipos de instituições de ensino superior (IES), como a universidade especializada e os centros universitários⁽⁶⁾.

Em 1995, início do primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), registrava-se a oferta de 39,8% das matrículas de educação superior em instituições públicas e 60,2% nas privadas. Em 2002, no final de seu mandato, a tendência privatizante intensificou-se, com 30,8% das matrículas em instituições públicas para 69,2% nas privadas. Em 2010, no final do segundo governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, o crescimento da rede privada permaneceu como tendência, chegando-se a 25,8% de matrículas nas IES públicas e 74,2% nas privadas. Em 2013, quase ao final do primeiro governo de Dilma Rousseff, permaneceu a primazia de matrículas nas IES privadas, mas verifica-se decréscimo passando a 73%, em função principalmente, da implantação do programa governamental de "Reestruturação e Expansão das Universidades Federais"⁽⁷⁾.

Na graduação em enfermagem destacam-se cursos na rede privada, a partir de 1997, quando existiam 45 cursos privados e, em 2004 eles eram 322, ou seja, um aumento de 837,77%. Em relação à oferta de vagas, em 1991 existiam 3.835, e em 2004 eram 5.597 na rede pública, uma ampliação de 45,99%. Concomitantemente, a rede privada mostrou um aumento de 1.687,66% de 1991 a 2004, sendo que em 1991 havia 3.625 e, em 2004, 64.803 matrículas⁽⁸⁾.

No decênio de 2001 a 2011, foi observada elevação de 393% do número de cursos nas instituições privadas, e 122% na rede pública. Nesta comparação, o número de cursos de

graduação em enfermagem no Brasil, em 2011 era de 826, dos quais 160 em Instituição de Ensino Superior (IES) públicas e 666 em IES privadas. Em 2012, esse número foi de 838 cursos e, em 2013, o número de cursos atingiu 888^(3,9).

A fase que abrangeu os mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso e o início do primeiro mandato do governo Lula é marcada pela edição de inúmeras legislações, que impactaram significativamente as IES, relacionadas à pesquisa aplicada, cursos rápidos, apoiados em novas tecnologias de informação e comunicação; processos avaliativos ou de regulação focados em resultados. Destaca-se a progressiva perda da autonomia universitária, diretamente relacionada à emergência de uma heteronomia de gestão e de uma nova relação entre a universidade e o setor empresarial, que começa a ter curso⁽¹⁰⁾.

A partir de 2003, programas foram implementados para colaborar com a democratização da Educação Superior no país, lançadas, desde o primeiro mandato do presidente Lula, até parte do governo de Dilma Rousseff, programas estes que mudaram as instituições e colaboraram para a expansão do ensino superior brasileiro, como o de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais; o incremento à EaD, em especial com a criação do sistema Universidade Aberta do Brasil e a proliferação de cursos "tecnológicos". Quanto à rede privada, a adaptação do Fies (Fundo de Financiamento Estudantil) e a generalização das isenções fiscais, previdenciárias e de renúncia fiscal pelo ProUni foram as principais iniciativas, cobertas com fundo público, que podem ser responsabilizadas pela expansão^(10,11).

Neste modelo de expansão, o Estado transferiu a responsabilidade da educação superior para a livre-iniciativa, sob a justificativa de autonomia que, por um lado, favorece a iniciativa privada para a abertura indiscriminada de cursos e vagas, e, por outro, desfavorece a expansão do ensino público por meio da regulação dos recursos financeiros⁽¹²⁾. Há carência de estudos avaliativos do impacto deste movimento quanto ao ingresso e permanência de alunos com dificuldades financeiras e que não lograram entrar em instituições públicas. Estudo mostrou dificuldades na vivência universitária, desde a "conquista" da bolsa, vista como benefício do Estado até os preconceitos pela forma de inserção⁽¹³⁾.

O aumento dos cursos, principalmente entre os anos de 2004 a 2009, decorre das políticas de governo que, ao passo que expandiram o número de cursos, criaram medidas para oportunizar o ingresso de estudantes em instituições privadas. Se a expansão foi iniciada e ampliada nos governos de Fernando Henrique Cardoso elas ganharam fôlego nos gover-

nos de Luiz Inácio Lula da Silva para continuar nos governos da presidente Dilma Rousseff.

A expansão e distribuição de cursos é dispare, pois algumas regiões permanecem com poucos cursos, evidenciado pelo crescimento lento em relação a outras regiões. A região que melhor equilibra a oferta de cursos relacionados à localização é a Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste predomina a concentração de oferta nas capitais, sendo que a região Norte abriga o menor número de IES⁽¹⁴⁾.

Em 2010 o cenário era semelhante, com a expansão ocorrendo predominantemente na região Sudeste, que absorvia 43% do total de cursos de graduação em enfermagem, seguida da região Nordeste, que passou a dispor de 24,12%, a região Sul, com 14,61%, Centro-Oeste com 10,96%, e região Norte, que abrigava 7,3% dos cursos⁽¹⁵⁾.

Vale destacar que a desigualdade na oferta de cursos se faz presente não apenas entre as regiões, mas também no interior das mesmas. Pode-se citar como exemplo a região Sudeste, que em 2010 contava com 43% de cursos funcionantes, e desses, 36,7% estavam no estado de São Paulo. Observa-se uma enorme concentração de investimentos públicos onde a capacidade instalada de recursos humanos qualificados e de infraestrutura preexistentes já é consideravelmente elevada⁽¹⁵⁾.

A região Sudeste destaca-se por ser a que mais expandiu, enquanto em último lugar está a região Norte, sendo que o estado que menos obteve ampliação foi Roraima, que partiu da ausência de cursos em 2004 para três cursos em 2015 corroborando com alguns estudos sobre a desproporção inter-regional dos cursos^(7,15).

Com esse aumento progressivo dos cursos de enfermagem, principalmente na região Sudeste mostra que a profissão predomina nos centros urbanos, e que pode ser resultado de alguns fatores, tais como as necessidades de saúde da população, relação enfermeiro por habitante e a sustentação do modelo de atenção atual do país. A ampliação do número de vagas e cursos deveria ser acompanhada da ampliação da discussão sobre o seu papel social e de força política para reduzir a precarização do mundo do trabalho⁽¹⁾.

Observou-se aumento das faculdades após o ano de 2004 diretamente ligadas com a expansão do ensino superior privado, não associado a projetos de ensino, pesquisa e extensão e não exigindo professor em tempo integral com mestrado e doutorado. Por isso, pode estar ocorrendo a expansão de ensino dissociada da qualidade, evidenciada pela desobrigação dessas instituições das atividades de pesquisa e extensão e a não exigência de docentes qualificados.

Após a publicação da LDB de 1996⁽¹⁶⁾, que estabeleceu

as prerrogativas de autonomia dos centros universitários, sem a obrigatoriedade de associação com ensino, pesquisa e extensão, e com menores exigências em termos de percentual de docentes em tempo integral do que as universidades, o interesse entre as IES privadas particulares pela criação e manutenção de universidades diminuiu, enquanto o interesse pela criação e manutenção de centros universitários cresceu, já que as exigências para os centros são menores que para as universidades⁽¹⁷⁾.

Outra estratégia para a expansão da educação superior foi a abertura de cursos à distância. Ao longo dos anos, as instituições à distância públicas e privadas se inseriram de maneira distinta, sendo que até o final de 2002, no governo de FHC, as instituições que ofertavam ensino à distância eram do setor público e, a partir de 2003 houve aumento crescente da participação do setor privado nesta categoria. No ano de 2004, a iniciativa privada ultrapassava o setor público em relação ao número de matrículas em cursos à distância. Em 2010, do total de 748.577 das matrículas (80,48%) eram provenientes de EaD privadas, enquanto 181.602 eram matrículas (19,52%) públicas⁽¹⁸⁾.

Considerando que a LDB regulamentou a criação de cursos à distância em 1996, dados sobre essa modalidade só aparecem nas estatísticas no ano 2000, mas o curso de enfermagem ainda não havia aderido. Como se observa 100% das matrículas à distância, em 2016 eram ofertadas em IES privadas, estando as instituições públicas sem nenhuma vaga para o curso⁽⁶⁾. A maior concentração de cursos à distância em enfermagem encontra-se na região Nordeste e Norte, no ano de 2017, com 52,83%, enquanto as demais regiões contavam com 47,16%, conforme dados disponibilizados no e-Mec.

As entidades de saúde têm se posicionado contrariamente a educação superior à distância em consonância com a premissa da impossibilidade de se constituir profissionais de saúde em cursos à distância, tema que requer articulação para forçar o seu fechamento^(19,20). Visitas in loco identificaram que as condições de oferta da graduação em enfermagem à distância são precárias, sem laboratórios, biblioteca ou condições mínimas de apoio; a maioria dos polos não oferece condições para a prática de estágio supervisionado. As aulas práticas correspondem a 7,79% da carga horária total dos cursos EaD, contrariando o preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem⁽¹⁹⁾.

Na área da saúde, especialmente na formação inicial são imperativos os diálogos entre professores e colegas, para discussão e problematização de diversos temas, saberes e práticas. É crucial que o aluno vivencie a realidade prática e presencial, realizando estágios, vivências clínicas em ambientes reais de cuidado, mediadas pelo professor. A formação em enfermagem deve articular técnica, ciência,

ética, relação humana e pensamento crítico e, para tanto, a relação entre os autores do processo ensino aprendizagem (professor, aluno, pessoa cuidada, família, grupos, comunidades) é condição para que a formação seja vivenciada e possa contribuir com a construção de sujeitos comprometidos com o SUS.

Revela-se que a expansão da enfermagem se deu, primordialmente em espaços privados, explicitando o processo de mercantilização do ensino. Isso pode resultar em um ensino descomprometido com as necessidades de saúde, pois o maior investimento não é em qualidade de ensino e capacitação profissional, mas sim em comercializar a educação superior, já que essa evolução também se dá sem a avaliação das necessidades regionais.

Limitações do estudo

O estudo limita-se por contemplar uma série histórica em tempo reduzido, e por ser exclusivamente quantitativo, não permitindo dimensionar a qualidade do ensino ofertado.

Contribuições para a prática

Contribui para a divulgação do panorama de expansão dos cursos de graduação em enfermagem; para voltar o olhar para a formação do enfermeiro, no que diz respeito à qualidade de ensino que, necessariamente passa pela qualidade das instituições que ofertam os cursos que pode ser objeto de estudos futuros. Reconhecer como se encontra o cenário da graduação em enfermagem é condição para a organização da categoria e proposição de alternativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que as regiões Norte e Nordeste se destacaram pela expansão nos cursos de graduação em enfermagem, em continuidade à década passada, quando a ampliação dos cursos se deu primordialmente em instituições privadas. Em contrapartida, nas demais regiões foi constatado o fenômeno de extinção e desaceleração da criação dos cursos, sendo evidenciado neste estudo, as regiões Sul e Sudeste.

Todavia, afirma-se que há discrepância da expansão nas diferentes regiões do país, ou seja, o crescimento, em números absolutos é maior na região Sudeste se comparado às outras regiões. Porém, proporcionalmente, as regiões Norte e Nordeste se destacaram pela contínua expansão.

Contribuições dos autores:

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados: LKM, RMR, RKS. Redação do artigo, revisão final, revisão crítica: LKM, RMR, RKS, SFRC, MSL.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães SS. et al. Expansão do ensino de enfermagem no Brasil: evidências históricas e perspectivas da prática. *Enferm Foco* [Internet] 2013 [cited 2017 out 24]; 4(3/4):167-170. 2013. Available from: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/542/225>>.
2. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Gandra EC, Silveira MR. Expansão dos cursos de Graduação em Enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*, [Internet] 2013 [cited 2017 ago 10]; 47(5):1219-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1211.pdf>
3. Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, Silva KL, Rocha MEMO, Lima RJO. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Enferm*, [Internet] 2013 [cited 18 jan 2018] 66(n. esp):102-10. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspeal4.pdf>>
4. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). [Internet] Dados sobre a graduação em enfermagem de 1991 a 2004 [cited 2017 fev 10] Sistema de informação ao Cidadão do Governo Federal, 2017. Available from: <<https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx?ReturnUrl=%2f%sistema%2fPedido%2fDetalhePedido.aspx%3fid%3dJY8dPLsmCB0%3d&id=JY-8dPLsmCB0=>>>.
5. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Sistema E-MEC. [Internet] 2017 [cited 2017 set 11]. Consulta avançada. Available from: <<http://emec.mec.gov.br/>>.
6. Mancebo D, Assis LM, Lima DCBP. Expansão da educação superior: balanço, perspectivas e desafios. *Editorial. RBPAE*. [Internet] 2016 [cited 2018 fev 11] 32(3):64-652. Available from: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/rbpaee/article/view/70261/39674>>.
7. Mancebo D, Vale AA, Martins TB. Políticas de expansão da educação superior no Brasil 1995-2010. *Rev Bras Educ*, [Internet] 2015 [cited 2017 ago 17]; 20(60):31-50. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v20n60/1413-2478-rbedu-20-60-0031.pdf>>.
8. Teixeira E, Vale EG, Fernandes JD, De Sordi MRL. Trajetória e tendências dos Cursos de Enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2006 jul-ago [cited 2018 jan 18] 59(4): 479-87. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a02v59n4.pdf>>.
9. Cabral IE, Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, Silva, KL, Rocha MEMO, Lima RJ. Panorama da educação em enfermagem no Brasil. In: *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem 17, 3 5. Anais. Natal: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Rio Grande do Norte* [Internet] 2013 [cited 2017 fev 14]. Available from: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/9011me.pdf>.
10. Mancebo D. Crise político-econômica no Brasil: breve análise da educação superior. *Educ. Soc., Campinas* [Internet] 2017 [cited 2018 8 fev] 38(141): 875-892. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v38n141/1678-4626-es-es0101-73302017176927.pdf>>.
11. Barros ASX. Expansão da educação superior no Brasil: limites e possibilidades. *Educ. Soc., Campinas*. [Internet] 2015 [cited 2018 ago 19] 36(131): 361-390. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v36n131/1678-4626-es-36-131-00361.pdf>>.
12. Galleguillos TGB, Catani AM. Avaliação da educação superior no Brasil e a expansão da educação superior em enfermagem. *Educ. Pesqui.*, [Internet] 2011 [cited 2018 fev 8]; 37(4): 843-860. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v37n4/a11v37n4.pdf>>.
13. Fontenele TLL, Crisóstomo VL. PROUNI-pontos controversos sob a análise de alunos bolsistas. *Avaliação, Campinas* [Internet] 2016 [cited 2017 jan 24]; 21(3):739-765. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/aval/v21n3/1982-5765-aval-21-03-00739.pdf>>.
14. Santos CA, Ferreira S. O Plano Nacional de Educação e os desafios da expansão da educação superior. In: *SOUZA, J. V. Expansão e Avaliação da Educação Superior Brasileira: formatos, desafios e novas configurações*. Belo Horizonte, MG: Fino Traço/Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, p. 55-72.
15. Erdmann AL, Fernandes JD, Teixeira GA. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. *Enferm foco* [Internet] 2011 [cited 2017 ago 30]; 2(supl):89-93. Available from: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/91/76>>
16. Brasil. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. [Internet] Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. [cited 2017 jan 22]. Brasília, DF, 1996. Available from: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>.
17. Sguissardi V. Estudo diagnóstico da política de expansão da (e acesso à) educação superior no Brasil 2002 – 2012. 2014. mimeo.
18. Mancebo D, Martins TB. Expansão do ensino à distância: pressupostos para sua análise e marcos regulatórios. In: *Mancebo D, Silva Júnior JR. Trabalho docente e expansão da educação superior brasileira*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012, p. 117-146.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). [Internet] Resolução Nº 515, de 07 de outubro de 2016. [cited 2017 set 22] Brasília, 2016. Available from: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso515.pdf>>.
20. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Cofen propõe projeto de lei proibindo EaD na Enfermagem, 2015. Available from: <http://www.cofen.gov.br/cofen-propoe-projeto-de-lei-proibindo-ead-na-enfermagem_34001.html>.

RECEBIDO: 03/06/2019
ACEITO: 08/07/2019

ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE ESTRESSE ENTRE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Maria da Conceição Coelho Brito¹

<https://orcid.org/0000-0002-3484-9876>

Renara Maria Bandeira Vieira Araújo²

<https://orcid.org/0000-0002-8034-3016>

Maria Socorro de Araújo Dias²

<https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>

Lielma Carla Chagas da Silva²

<https://orcid.org/0000-0002-2688-9309>

Paloma de Vasconcelos Rodrigues²

<https://orcid.org/0000-0003-0066-1485>

Marina Pereira Moita²

<https://orcid.org/0000-0002-1920-480X>

Objetivo: analisar a ocorrência de estresse com discentes de enfermagem inseridos em vivências práticas na modalidade de internato em uma Escola de Enfermagem. **Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo, quantitativo, com 96 internos de enfermagem. Utilizou-se para coleta: questionário sociodemográfico e acadêmico, e instrumento para averiguação de ocorrência de estresse. Dados tabulados no software Epi Info e apresentados em tabelas. **Resultados:** O resultado prevalente sobre a ocorrência de estresse foi "sentir-se pouco estressado com as situações propostas", 36 (37,5%) dos discentes. A presença de estresse no cotidiano é um dado preocupante, visto que pode inferir no exercício da profissão ou ainda na vida acadêmica. **Conclusão:** O estudo permitiu uma reflexão sobre as dificuldades encontradas no ambiente universitário e que sujeitam os discentes a situações estressoras, reconhecendo a necessidade de um melhor cuidado de si e do outro.

Descritores: Estudantes de Enfermagem; Saúde Mental; Internato não médico; Educação Superior.

ANALYSIS OF THE OCCURRENCE OF STRESS AMONG NURSING STUDENTS

Objective: to analyze the occurrence of stress with nursing students enrolled in practical experiences in the modality of boarding school in a Nursing School. **Methodology:** Exploratory-descriptive, quantitative study with 96 nursing interns. It was used to collect: sociodemographic and academic questionnaire, and instrument to investigate the occurrence of stress. Data tabulated in the Epi Info software and presented in tables. **Results:** The prevalent result on the occurrence of stress was "feeling little stressed with the proposed situations", 36 (37.5%) of the students. The presence of daily stress is a cause for concern, since it can be inferred in the exercise of the profession or even in the academic life. **Conclusion:** The study allowed a reflection on the difficulties found in the university environment and which subjects students to stressful situations, recognizing the need for better care of themselves and the other.

Descriptors: Nursing students; Mental Health; Internship nonmedical; Education Higher.

ANÁLISIS DE LA OCURRENCIA DE ESTRÉS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Objetivo: analizar la ocurrencia de estrés con discentes de enfermería insertados en vivencias prácticas en la modalidad de internado en una Escuela de Enfermería. **Metodología:** Estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo, con 96 internos de enfermería. Se utilizó para coleta: cuestionario sociodemográfico y académico, e instrumento para averiguación de ocurrencia de estrés. Datos tabulados en el software Epi Info y presentados en tablas. **Resultados:** El resultado prevalente sobre la ocurrencia de estrés fue "sentirse poco estresado con las situaciones propuestas", 36 (37,5%) de los discentes. La presencia de estrés en el cotidiano es un dato preocupante, ya que puede inferir en el ejercicio de la profesión o aún en la vida académica. **Conclusión:** El estudio permitió una reflexión sobre las dificultades encontradas en el ambiente universitario y que sujeta a los discentes a situaciones estresantes, reconociendo la necesidad de un mejor cuidado de sí y del otro.

Descriptorios: Estudiantes de Enfermería; Salud mental; Internado no médico; Educación universitaria.

¹Universidade Estadual do Ceará (UECE), CE

²Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE

Autor correspondente: Maria da Conceição Coelho Brito - Email: marycey@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As concepções, exigências e inovações tecnológicas no mercado de trabalho têm provocado a busca por profissionais altamente competentes com vistas ao aumento da produtividade⁽¹⁾. Isso torna o mercado de trabalho mais competitivo e, conseqüentemente, os indivíduos anseiam qualificações cada vez maiores.

Desse modo, a busca por uma formação universitária se torna ascendente, aspecto que influencia na expansão de vagas ofertadas e ampliação das universidades, democratizando mais o acesso à educação. Informações do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) apresentam que, em 2010, foram ofertadas 3.120.192 vagas em Instituições de Ensino Superior (IES). No ano de 2017, esse número passou para mais de 10,7 milhões de vagas em cursos de graduação⁽²⁾.

O exposto tem influência em razão do ambiente acadêmico ser responsável pela construção de conhecimentos e oferta de vivências práticas para formação profissional. Contudo, também pode ser fator desencadeante de estresse, devido momentos de mudança, desenvolvimento, frustração e dúvidas relacionadas ao curso⁽³⁾, e pelas exigências crescentes impostas pelo mercado de trabalho.

A vivência acadêmica é imprescindível para o desenvolvimento do futuro profissional. Vários desafios são enfrentados, tanto de ordem pessoal, social e acadêmica, contudo, a principal delas é preparação para o mercado de trabalho⁽⁴⁾. O internato de enfermagem é uma etapa fundamental para formação e desenvolvimento de competências para a prática da profissão, porém, há desafios relacionados a sua efetivação em razão da articulação do serviço e a universidade, o que dificulta a avaliação e acompanhamento pedagógico e psicológico ao interno no serviço de saúde⁽⁵⁾.

Durante o internato, configurado como uma etapa de alto desempenho, os estudantes tendem a camuflar os sentimentos de estresse vivenciados durante os momentos de prática. Ademais, essa etapa é formada por diversas alterações que ocorrem no âmbito familiar, social e pessoal, em razão do novo meio e da nova rotina, e da necessidade de dedicar seu tempo aos estudos, a integração com novos colegas, profissionais da equipe de saúde, professores e adquirir novos hábitos⁽⁶⁾.

Tensão emocional, desgaste físico e psicológico estão presentes no curso da vida dos indivíduos. O estresse na vida universitária vem se tornando cada vez mais evidente. No entanto, há uma restrição de pesquisas internacionais, conseqüentemente pouca discussão na realidade brasileira, em especial, com estudantes de enfermagem. A discus-

são do presente tema tem importância para as ciências do comportamento e repercute na qualidade de vida dos estudantes e futuros profissionais.

Compreende-se que o estresse apresenta relação direta com o processo de adaptação do indivíduo às demandas internas e externas, ocasionando a redução da sua capacidade física e mental, e diminuição da resistência às doenças. E que diante desse fenômeno, pode levar o indivíduo a fase de esgotamento, sendo manifestado por sintomas físicos ou psicológicos, o que pode resultar na vulnerabilidade do organismo a doenças⁽⁷⁾. O estudo, então, traz como objetivo analisar a ocorrência de estresse em discentes de enfermagem inseridos em vivências práticas na modalidade de internato em uma Escola de Enfermagem.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo exploratório-descritivo, de caráter quantitativo, desenvolvido no ano 2016.

Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram discentes regularmente matriculados nas vivências práticas do internato, contabilizando 97 discentes, sendo 30 do Internato I (Atenção Básica), 36 do Internato II (Atenção Especializada) e 31 no Internato III (Atenção Hospitalar). A intenção do estudo era que a totalidade dos discentes participassem, contudo, 01 (um) matriculado no Internato I não participou por estar afastado do curso devido tratamento de saúde no período da coleta de dados. Assim, o estudo teve como participantes 96 discentes, o que correspondeu a 99,0% do total.

Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma Escola de Enfermagem brasileira, que conta com três (03) módulos de internatos que acontecem no 8º, 9º e 10º semestres do curso, com inserção nos serviços de atenção básica, especializada e hospitalar, respectivamente.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2016 e utilizou dois instrumentos aplicados presencialmente com os discentes. Um instrumento composto por questionário sociodemográfico e itens de cunho acadêmico⁽⁸⁾, e outro para a avaliação da ocorrência de estresse, o instrumento Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem – AEEE⁽⁹⁾.

O instrumento de AEEE é por 30 itens distribuídos em seis domínios, que são: realização das atividades práticas;

comunicação profissional; gerenciamento do tempo; ambiente; formação profissional e atividades teóricas. Há uma definição de valores que variam de zero a três de acordo com a escala de Likert, que identifica possíveis situações de estresse vivenciadas pelos discentes. Na escala, o zero está ligado ao fato de os discentes não vivenciarem a situação. A opção um significa que o mesmo não se sente estressado com a situação. Ao optar pelo dois o mesmo afirma sentir-se pouco estressado com a situação. E o número três está relacionado a situações muito estressantes. Com isso, as experiências vivenciadas pelos discentes são classificadas de zero (valor mínimo) a três (valor máximo) ⁽⁹⁾.

Análise de dados

Os dados coletados foram tabulados no software Epi Info versão 7 e apresentadas em tabelas para realização de análise e interpretações. Realizaram-se inferências a partir dos resultados e diálogos com a literatura na perspectiva de provocar reflexões sobre situações estressantes com discentes de enfermagem.

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer Nº 1.590.511/2016. Salienta-se que todos os participantes deram anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os 96 discentes participantes do estudo estão, assim, distribuídos: 29 (30,2%) no internato I, 36 (37,5%) no internato II e 31 (32,3%) no internato III. Há um predomínio da faixa etária de 20 a 24 anos com 73 (76%) discentes, sendo predominantemente do sexo feminino, 76 (79,2%), e dos que referem ser solteiros, sendo 79 (82,4%).

Quanto a possuírem filhos, 84 (87,5%) participantes afirmam não ter. Sobre a moradia, 49 (51%) discentes referem morar com a família, 40 (41,7%) moram com amigos/colegas e apenas 7 (7,3%) moram sozinhos. Entre os discentes, 67 (69,8%) não praticam esportes e 70 (72,9%) realizam atividades de lazer.

Os dados referentes aos itens de cunho acadêmico expressam que 88 (91,7%) discentes referem estar satisfeitos com o curso, sendo a maior ocorrência de satisfação no internato II, com 35 (36,5%) participantes. Quanto à participação em grupos de estudo e pesquisa, 67 (69,9%) declararam não participar. Verificou-se que 39 (40,6%) discentes recebem algum tipo de bolsa. A maioria, representada por 71 (74,0%) discentes, não desenvolve atividades de trabalho, 70 (72,9%) referiram que não possuem experiência pro-

fissional na área da saúde e 86 (89,6%) relataram não ter outro nível superior. Em relação a intenção de desistir do curso de enfermagem, 54 (56,3%) afirmaram já terem pensado.

Da aplicação do instrumento de AEEE, verificaram-se, na Tabela 1, dados significativos para a ocorrência de estresse. No domínio "Realização das atividades práticas", houve prevalência da situação "ter medo de cometer erros durante a assistência ao paciente", expressado por 37 (38,5%), sendo essa situação mais manifesta no internato II, com 18 (50%) discentes.

Tabela 1- Distribuição dos domínios "Realização das atividades práticas", "comunicação profissional" e "gerência do tempo" por internato. Sobral-CE, 2017.

Domínio - Realização das Atividades Práticas							
Itens		Realizar procedimentos assistenciais de modo geral	As novas situações que poderá vivenciar na prática clínica	O ambiente da unidade clínica de estágio	Medo de cometer erros durante a assistência ao paciente	Executar determinados procedimentos assistenciais	Sentir que adquiriu pouco conhecimento para fazer a prova prática
Internato I*							
0	N	2	1	2	1	2	1
	%	6,9	3,4	6,9	3,4	6,9	3,4
1	N	17	11	20	7	15	5
	%	58,6	38	69	24,1	51,7	17,2
2	N	8	10	5	9	7	11
	%	27,6	34,5	17,2	31	24,1	38
3	N	2	7	2	12	5	12
	%	6,9	24,1	6,9	41,4	17,2	41,4
Internato II**							
0	N	0	0	2	0	0	1
	%	0	0	5,6	0	0	2,8
1	N	19	14	18	5	14	8
	%	52,8	38,9	50	13,9	38,9	22,2
2	N	13	14	9	13	19	11
	%	36,1	38,9	25	36,1	52,8	30,6
3	N	4	8	7	18	3	16
	%	11,1	22,2	19,4	50	8,3	44,4
Internato III***							
0	N	2	1	2	0	1	3
	%	6,4	3,2	6,5	0	3,2	9,7
1	N	18	9	18	6	13	10
	%	58,1	29	58,1	19,4	41,9	32,3

2	N	7	14	10	18	13	13
	%	22,6	45,2	32,3	58	41,9	41,9
3	N	4	7	1	7	4	5
	%	12,9	22,6	3,2	22,6	13	16,1

Domínio - Comunicação Profissional

Itens	Comunicação com os demais profissionais da unidade de estágio		Comunicação com os profissionais de outros setores no local de serviço		Perceber as dificuldades que envolvem o relacionamento com outros profissionais da área		Observar atitudes conflitantes com outros profissionais	
	N	%	N	%	N	%	N	%

Internato I*							
0	N	2	1	2	2		
	%	6,9	3,4	6,9	6,9		
1	N	24	26	13	6		
	%	82,8	98,7	44,8	20,7		

2	N	1	2	11	15		
	%	3,4	6,9	38	51,7		
3	N	2	0	3	6		
	%	6,9	0	10,3	20,7		

2	N	1	2	11	15		
	%	3,4	6,9	38	51,7		

Internato II**							
0	N	2	1	0	0		
	%	5,6	2,8	0	0		
1	N	21	20	14	10		
	%	58,3	55,5	38,9	27,8		

2	N	9	14	15	17		
	%	25	38,9	41,7	47,2		
3	N	4	1	7	9		
	%	11,1	2,8	19,4	25		

2	N	9	14	15	17		
	%	25	38,9	41,7	47,2		

Internato III***							
0	N	5	0	2	1		
	%	16,1	0	6,5	3,2		
1	N	20	23	13	11		
	%	64,5	74,2	41,9	35,5		

2	N	6	8	16	13		
	%	19,4	25,8	51,6	41,9		
3	N	0	0	0	6		
	%	0	0	0	19,4		

3	N	0	0	0	6		
	%	0	0	0	19,4		

Domínio - Comunicação Profissional

Itens	Estar fora do convívio social traz sentimentos de solidão		Tempo reduzido para estar com os familiares		Tempo exigido pelo professor para a entrega das atividades extraclasse		Faltar tempo para o lazer		Faltar tempo para momentos de descanso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

Internato I*							
0	N	3	0	1	0	0	0
	%	10,3	0	3,4	0	0	0
1	N	8	5	10	4	4	
	%	27,6	17,2	34,5	13,8	13,8	

2	N	13	7	11	7	5	
	%	44,9	24,1	38	24,1	17,2	
3	N	5	17	7	18	20	
	%	17,2	28,7	24,1	62,1	69	

3	N	5	17	7	18	20	
	%	17,2	28,7	24,1	62,1	69	

Internato II**							
0	N	3	0	1	2	0	
	%	8,3	0	2,8	5,6	0	
1	N	9	5	8	7	5	
	%	25	13,9	22,2	19,4	13,9	

2	N	10	12	20	14	11	
	%	27,8	33,3	55,6	38,9	30,5	
3	N	14	19	7	13	20	
	%	38,9	52,8	19,4	36,1	55,6	

3	N	14	19	7	13	20	
	%	38,9	52,8	19,4	36,1	55,6	

Internato III***							
0	N	5	0	1	1	0	
	%	16,1	0	3,2	3,2	0	
1	N	11	3	8	10	5	
	%	35,5	9,7	25,8	32,3	16,1	

2	N	11	13	13	12	11	
	%	35,5	41,9	42	38,7	35,5	
3	N	4	15	9	8	15	
	%	12,9	48,4	29	25,8	48,4	

3	N	4	15	9	8	15	
	%	12,9	48,4	29	25,8	48,4	

*Valor percentual calculado considerando o número total de discentes no Internato I (29 participantes);

** Valor percentual calculado considerando o número total de discentes no Internato II (36 participantes);

*** Valor percentual calculado considerando o número total de discentes no Internato III (31 participantes).

No domínio “Comunicação Profissional” prevaleceu “observar atitudes conflitantes em outros profissionais”, 21 (21,9%) discentes, tendo maior presença no internato II, com 9 (25%). Já no domínio “Gerenciamento de Tempo”, há prevalência da situação “falta de tempo para momentos de descanso”, 55 (57,3%) discentes, sendo que o internato I apresenta maior expressividade desse quesito, 20 (69,0%).

Na Tabela 2 consta que, no domínio “Ambiente”, o item “distância entre a maioria dos campos de estágio e o local de moradia” apresentou 29 (30,2%) discentes muito estressados com a situação, onde o internato II destacou-se, manifestado por 12 (33,3%) participantes.

Tabela 2- Distribuição dos domínios “Ambiente”, “Formação Profissional” e “Atividade teórica” por internato. Sobral-CE, 2017.

Domínio - Ambiente						
Itens	Distância entre a faculdade e o local de moradia	Transporte público utilizado para chegar à faculdade	Distância entre a maioria dos campos de estágio e o local de moradia	Transporte público utilizado para chegar ao estágio		
Internato I*						
0	N 2	13	1	10		
	% 6,9	44,8	6,9	34,5		
1	N 11	4	8	9		
	% 38	13,8	27,6	31		
2	N 5	6	8	4		
	% 17,1	20,7	27,6	13,8		
3	N 11	6	11	6		
	% 38	20,7	38	20,7		
Internato II**						
0	N 4	13	4	12		
	% 11,1	36,1	11,1	33,3		
1	N 14	9	8	7		
	% 38,9	25	22,2	19,4		
2	N 8	5	12	5		
	% 22,2	13,9	33,3	13,9		
3	N 10	9	12	12		
	% 27,8	25	33,3	33,3		
Internato III***						
0	N 4	13	3	16		
	% 12,9	x42	9,7	51,6		
1	N 16	9	11	5		
	% 51,6	29	35,5	16,1		
2	N 6	5	11	7		
	% 19,4	16,1	35,5	22,6		
3	N 5	4	6	3		
	% 16,1	12,9	19,3	9,7		
Domínio - Formação Profissional						
Itens	Ter preocupação com o futuro profissional	A semelhança entre as situações que vivencia no estágio e aquelas que poderá vivenciar na vida profissional	Pensar nas situações que poderá vivenciar quando for enfermeiro	Perceber a responsabilidade profissional quando está atuando no campo	Vivenciar as atividades, como enfermeiro em formação, no campo de estágio	Relação entre o conhecimento teórico adquirido no curso e o futuro desempenho profissional
Internato I*						
0	N 1	0	1	0	1	
	% 3,4	0	3,4	0	3,4	
1	N 4	13	12	7	12	
	% 13,8	44,8	41,4	24,1	41,4	
2	N 11	12	13	18	11	
	% 38	41,4	44,8	62,1	38	
3	N 13	4	3	4	5	
	% 44,8	13,8	10,3	13,8	17,2	

Internato I*						
0	N 0	1	1	0	1	0
	% 0	3,4	34	0	3,4	0
1	N 3	11	7	9	16	7
	% 10,3	38	24,1	31	55,2	24,1
2	N 10	12	10	10	9	9
	% 34,5	41,4	34,5	34,5	31	31
3	N 16	5	11	10	3	13
	% 55,2	17,2	38	34,5	10,3	44,8
Internato II**						
0	N 0	0	0	0	0	0
	% 0	0	0	0	0	0
1	N 4	8	6	7	13	7
	% 11,1	22,2	16,7	19,4	36,1	19,4
2	N 17	20	17	19	18	22
	% 47,2	55,6	47,2	52,8	50	61,2
3	N 15	8	13	10	5	7
	% 41,7	22,2	36,1	27,8	13,9	19,4
Internato III***						
0	N 0	0	0	0	1	0
	% 0	0	0	0	3,2	0
1	N 3	10	5	9	14	6
	% 9,7	32,2	16,1	29	45,2	19,3
2	N 14	18	18	14	13	18
	% 45,2	58,1	58,1	45,2	41,9	58,1
3	N 14	3	8	8	3	7
	% 45,2	9,7	25,8	25,8	9,7	22,6
Domínio - Atividade teórica						
Itens	A obrigatoriedade em realizar os trabalhos extraclasse	A forma adotada para avaliar o conteúdo teórico	Sentir insegurança ou medo ao fazer as provas teóricas	O grau de dificuldade para execução dos trabalhos extraclasse	Assimilar o conteúdo teórico-prático oferecido em sala de aula	
Internato I*						
0	N 1	0	1	0	1	
	% 3,4	0	3,4	0	3,4	
1	N 4	13	12	7	12	
	% 13,8	44,8	41,4	24,1	41,4	
2	N 11	12	13	18	11	
	% 38	41,4	44,8	62,1	38	
3	N 13	4	3	4	5	
	% 44,8	13,8	10,3	13,8	17,2	

Internato II**						
0	N	0	0	1	0	0
	%	0	0	2,8	0	0
1	N	9	10	13	13	16
	%	25	27,8	36,1	36,1	44,4
2	N	17	18	16	16	14
	%	47,2	50	44,4	44,4	38,9
3	N	10	8	6	7	6
	%	27,8	22,2	16,7	19,4	16,7
Internato III***						
0	N	0	0	2	0	1
	%	0	0	6,5	0	3,2
1	N	6	7	9	12	13
	%	19,3	22,6	29	38,7	41,9
2	N	17	17	15	14	15
	%	54,8	54,8	48,4	45,2	48,4
3	N	8	7	5	5	2
	%	25,8	22,6	16,1	16,1	6,5

*Valor percentual calculado considerando o número total de discentes no Internato I (29 participantes);

** Valor percentual calculado considerando o número total de discentes no Internato II (36 participantes);

*** Valor percentual calculado considerando o número total de discentes no Internato III (31 participantes).

Com relação ao domínio “Formação Profissional”, verificou-se a maior representatividade, 45 (46,9%) discentes, em “ter preocupação com o futuro profissional”, sendo que o internato I apresenta a maior ocorrência, 16 (55,2%). Por último, no domínio “Atividade Teórica”, a situação referente “a obrigatoriedade em realizar os trabalhos extra-classe” foi citada por 31 (32,3%) discentes, com o internato I em destaque, com 13 (44,8%).

DISCUSSÃO

Há uma representação discente majoritariamente feminina, 76 (79,2%) discentes no estudo. Esse aspecto apresenta influência histórica, pois a enfermagem foi considerada uma profissão feminina, o que ainda permanece apesar da inserção de profissionais do sexo masculino ⁽¹⁰⁾ e repercute no perfil atual da profissão.

Identificou-se como faixa etária predominante 20-24 anos, dado semelhante ao encontrado em outro estudo

que também discute a saúde mental entre estudantes de enfermagem, refletindo sobre exaustão emocional e despersonalização desse público ⁽¹¹⁾. O perfil etário ainda pode repercutir em incertezas frente ao futuro profissional que, somado às situações de estresse inerentes ao processo de formação, podem incitar na ideia de desistência durante o curso ⁽¹²⁾. Os dados do estudo expressam que 54 (56,3%) discentes já pensaram em desistir do curso.

A satisfação com a graduação, em 88 (91,7%) discentes do estudo, está interligada com a qualidade de aprendizagem dos estudantes, podendo também ser afetada pelas características da instituição em seu contexto educacional, e pelo modo como os próprios estudantes percebem e compreendem seu ambiente de ensino ⁽¹³⁾. Isso demonstra que a satisfação, ou não com o curso, não pode ser considerada causa imediata da intenção de desistir.

Houve prevalência dos discentes solteiros, 79 (82,4%), e sem filhos, 84 (87,5%), dados que podem estar relacionados com a faixa etária predominante (20 a 24 anos) no estudo. Os jovens vêm buscando independência e estabilidade financeira, procurando estabelecer uma união conjugal ao se sentirem estáveis, seguros e maduros, priorizando a conclusão de um curso universitário. Ademais, o caráter integral do curso também é algo a ser considerado ⁽¹⁴⁾.

Destaca-se que 40 (41,7%) discentes moram com amigos/colegas. A inserção do aluno no ensino superior é cercada de adaptações, as quais implicam em várias mudanças o que pode favorecer a ocorrência do estresse ⁽¹⁵⁾, pois desde os semestres iniciais há maiores cobranças para o acadêmico tornar-se independente e responsável ⁽³⁾.

Em meio às tensões provocadas pelas novidades impostas pela vida universitária, reconhece-se a prática de atividade física importante. Contudo, nesse estudo, verificou-se uma expressividade de discentes não praticam esportes, 67 (69,8%). A intensidade das atividades que envolvem o internato, assim como todo o curso de enfermagem, acaba por tencionar nos discentes uma concentração de energia e tempo no internato, marginalizando outras atividades importantes para o equilíbrio mental e físico da vida.

Considerando a necessidade do estudante se inserir em atividades complementares que incrementam a formação universitária básica, o estudo evidencia que 67 (69,9%) discentes não participam de grupos de estudo e pesquisa, e 39 (40,6%) recebem algum tipo de bolsa.

A participação dos acadêmicos em grupos de pesquisas proporciona maior aproximação com temas importantes para a formação e otimiza a capacidade de problematização, além de ampliar a visão do discente, pois instiga a investigação na pesquisa de soluções para problemas vivenciados na prática⁽¹⁶⁾. Isso incentiva a formação de um profissional diferenciado, criativo e resolutivo. Por outro lado, a diversidade de papéis assumidos pelos discentes aumenta as responsabilidades e a necessidade de lidar com potenciais estressores.

Quanto ao desenvolvimento de atividades de trabalho, 71 (74,0%) discentes relataram que não as realizam, 70 (72,9%) não possuem nenhuma experiência profissional na saúde e 86 (89,6%) não apresentam outro nível superior. Isso se associa ao fato da graduação em enfermagem ser integral, o que dificulta a realização de atividades de trabalho⁽¹³⁾ e até mesmo cursar outra graduação.

Sobre a ocorrência de estresse entre os discentes com a aplicação do instrumento AEEE, no domínio "Realização das atividades práticas" obteve-se prevalência na situação "ter medo de cometer erros durante a assistência ao paciente", 37 (38,5%) discentes, sendo o internato II de maior representatividade, com 18 (50%) discentes. Esse período caracteriza-se por vivências longas que permitem uma aproximação do interno ao serviço e à equipe. No entanto, alguns internos não se acham seguros para prestar assistência ao paciente, como evidenciado no estudo. Em diálogo, estudos apontam que os discentes ao adentrarem nos serviços vivem sentimentos de desamparo, medo e insegurança, o que pode influenciar em sua saúde e em seu processo de formação⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

No domínio "Comunicação Profissional", verificou-se maior ocorrência de estresse na situação "observação de atitudes conflitantes com outros profissionais", 21 (21,9%), sendo mais verificado no internato II, com 9 (25%) discentes. Os conflitos presentes no processo de comunicação profissional podem ser ocasionados pelo distanciamento entre a aplicabilidade dos conhecimentos aprendidos na universidade e as condições dos serviços de saúde, com precárias condições físicas, materiais, humanas e gerenciais⁽¹⁹⁾.

Em relação ao domínio "Gerenciamento de tempo", obteve-se a maior ocorrência de estresse, 55 (57,3%) discentes, para a questão referente à "falta de tempo para momentos de descanso". O internato I apresenta maior

expressividade nesse quesito, 20 (69,0%). Esses resultados merecem atenção, pois a ocorrência de estresse pode interferir negativamente na saúde e no processo de ensino-aprendizagem. Outro fator influente no estresse é a busca dos estudantes pela excelência na formação que pode gerar um esgotamento da capacidade intelectual, coadunando com estudo⁽⁶⁾ que traz o estresse contínuo como um fator redutor de produtividade, desencadeando doenças e má qualidade de vida.

Nas situações relacionadas ao domínio "Ambiente", aquela que obteve manifestação de estresse mais acentuada foi a "distância entre a maioria dos campos de estágio e o local de moradia", 29 (30,2%) discentes, tendo o internato I maior representatividade, com 11 (38%). A partir desse domínio, pode-se analisar como a distância entre a faculdade, o local de moradia, de aulas práticas e os campos de estágios, além do transporte público utilizado são percebidas pelos estudantes⁽²⁰⁾ e de que forma isso atua como estressor. Tais aspectos repercutem em uma avaliação negativa do ambiente que é contexto de vida do estudante; isso dialoga com o estudo de Bublitz e colaboradores⁽²¹⁾, no qual o domínio "Ambiente" foi o segundo de maior estresse para a população do estudo.

No domínio "Formação Profissional", a opção referente a "ter preocupação com o futuro profissional" obteve ocorrência acentuada nos três internatos, no entanto, o internato I destacou-se, 16 (55,2%) discentes. O internato I configura-se como o momento de inserção do estudante de Enfermagem na prática em regime de imersão e por tempo mais prologando, e de transição, pois espera-se do estudante mais poder de tomada de decisão e condução de processos de trabalho em saúde, autonomia e responsabilidade vinculadas aos conhecimentos que devem ter sido estruturados no decorrer dos anos mais iniciais da formação.

Desse modo, o estresse gerado pelo medo quanto à inserção no mercado de trabalho e futuro profissional é resultado do sentimento de insegurança e despreparo sentido e referido por parte dos discentes para atuarem como enfermeiros. Importante refletir que identificar fatores estressores durante a graduação estimula o autocuidado do profissional ainda como acadêmico e evita que os profissionais adentrem no mercado com compromettimentos prejudiciais a sua saúde, impossibilitando, assim, a assistência de qualidade aos pacientes⁽⁵⁾.

No domínio Atividade Teórica, “a obrigatoriedade em realizar os trabalhos extraclasse” representou a maior associação à ocorrência de estresse, 31 (32,3%) discentes. Obteve maior incidência para essa situação o internato I, com 13 (44,8%). O avançar da graduação vai incorporando estratégias de aprendizagem mais complexas e diversificadas, de modo a conseguir provocar um desempenho na formação mais próxima do ideal e retratar seu alcance de forma mais fidedigna. Um estudo ⁽³⁾ evidencia que a cada semestre do curso os discentes passam a desempenhar novas atividades para aprimorar habilidades e técnicas, surgindo, assim novas exigências, o que pode gerar momentos de estresse e o receio de não conciliar as atividades.

De acordo com os resultados do instrumento de AEEE, a maior frequência foi identificada na opção “sentir-se pouco estressado com as situações propostas”, expressado por 36 (37,5%) discentes. No entanto, a presença do estresse já se torna preocupante, pois sua prevalência a longo prazo pode acarretar agravos à saúde.

É necessário investir em estratégias de reconhecimento precoce das situações de estresse e de enfrentamento. Pois, ao reduzir o estresse espera-se que haja melhoras no desempenho acadêmico, na vida social e em consequência na prática profissional, visto que situações vivenciadas na universidade são similares ao campo de trabalho ⁽²²⁾.

Limitações do estudo

O estudo realizou uma análise do estresse em acadêmicos de enfermagem que se encontravam nos três internatos acadêmicos de um curso de graduação. Consequentemente, é preciso ter cautela na generalização dos resultados para todo o período da graduação em enfermagem e em outras realidades de formação. Os resultados sugerem a necessidade de mais aprofundamento para melhor lidar com o estresse e seus fatores desencadeantes, especialmente considerando sua mutabilidade ao envolver atores sociais, inscritos na história.

Contribuição do estudo para a prática

O estudo desperta para ocorrência de estresse entre discentes de Enfermagem e como isso pode repercutir no adoecimento mental crônico do enfermeiro desde a formação universitária. Na prática clínica, tem-se uma acentuação do esgotamento profissional, pois essa sensação

é anterior à inserção no mercado de trabalho. Projetivamente, os futuros enfermeiros estarão mais vulneráveis às complexidades do processo de trabalho, podendo levar a uma prática apática, pouco inovadora em razão do esgotamento mental, menos reflexiva e mais sujeita a erros.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu traçar um perfil sociodemográfico e acadêmico dos estudantes. Estes são de prevalência feminina, solteira, de faixa etária de 20 a 24 anos, sem filhos. Além disso, residem com a família, não praticam atividades físicas, mas realizam atividades de lazer. Quanto ao perfil acadêmico, identificou-se o destaque à satisfação com o ensino superior, apesar de já terem pensado em desistir do curso. A maioria não participa de grupos de estudo, não trabalha, não tem experiência profissional na saúde e não possui nível superior em outra área. Houve predomínio de discentes que não recebem auxílio financeiro.

Sobre o nível de estresse, prevaleceu o “sentir-se pouco estressado com as situações propostas”. No entanto, a simples presença do estresse no cotidiano acadêmico já consiste em um dado preocupante, pois pode-se inferir a possibilidade da continuidade ou agravamento do mesmo no exercício da profissão, ou ainda na vida acadêmica. Na enfermagem, essa intensidade ganha proporção maior por se tratar de uma profissão que, além de envolver o cuidado direto a pessoas com saúde debilitada, também abrange um processo de trabalho que pode acarretar desgaste físico e psicológico.

Assim, o estudo contribui com subsídios para a revisão de metodologias de ensino e a realização de intervenções adequadas que visem ao bem-estar acadêmico com o intuito de proporcionar aos discentes maior satisfação no curso e, consequentemente, melhores perspectivas sobre a profissão no seu ingresso no mundo do trabalho.

Contribuição dos autores

MCCB - concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; RMBVA - concepção, análise e interpretação dos dados, e redação do artigo; MASD - análise dos dados, revisão crítica e revisão final; LCCS - análise dos dados, revisão crítica e revisão final; PVR - análise dos dados e revisão final; MPM - análise dos dados e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso AWM, Bekke HA. Estresse ocupacional em profissionais de saúde dos centros de atenção psicossocial. Rebrast [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 12];1(1):23-9. Available from: <http://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/rebrast/article/view/1552>.
2. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopses Estatísticas da Educação Superior do ano 2017. Inep [Internet]. 2018 [cited 2018 Dez 7]. Available from: <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>.
3. Cestari VRF, Barbosa IV, Florêncio RS, Pessoa VLMP, Moreira MM. Estresse em estudantes de enfermagem: estudo sobre vulnerabilidades sociodemográficas e acadêmicas. Acta Paul. Enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 11];30(2):190-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0190.pdf>.
4. Vanzueta A, Pereira A, Zluhan MR, Raitz TR. Uma discussão sobre trajetórias escolares na atualidade: do ensino médio ao ensino superior. Rev. Espacios [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 12];37(33):1-6. Available from: <http://www.revistaespacios.com/a16v37n33/16373301.html>.
5. Rodrigues HC, Dias MAS, Aragão AEA, Silva MAM, Gomes DF, Brito MCC. Internato de enfermagem na atenção básica: desafios da sua efetividade. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 11];26:1-6. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/26979/28193>.
6. Santos KF, Ferreira VT, Silva PR, Vilella DV. Aplicabilidade do inventário de Beck nos acadêmicos de enfermagem em uma instituição de ensino de Minas Gerais. Enferm. Foco [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 12];9(3):81-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1214/466>.
7. Chaves LB, Souza TB, Silva MVC, Oliveira CFO, Lipp MEN, Pinto ML. Estresse em universitários: análise sanguínea e qualidade de vida. Rev. bras. ter. cogn [Internet]. 2016 [cited 2018 Dez 7];12(1):20-6. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-56872016000100004&lng=pt&nrm=iso.
8. Bublitz S. Estresse em Discentes de Enfermagem de Quatro Instituições Brasileiras. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2014.
9. Costa ALS, Polak C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2009 [cited 2019 Dez 7];43:1017-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500005
10. Queiroz DL, Souza JC. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. Psicol. inf. [Internet]. 2012 [cited 2018 Jun 21];16(16):103-26. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a05.pdf>
11. Martins C, Campos S, Duarte J, Martins R, Moreira T, Chaves C. Situações indutoras de stress e Burnout em estudantes de enfermagem nos ensaios clínicos. Rev. port. enferm. saúde mental [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 21];5:25-32. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe/5/nspe5a05.pdf>
12. Bublitz S, Guido LA, Lopes LFD, Freitas EO. Associação entre estresse e características sociodemográficas e acadêmicas de estudantes de enfermagem. Texto & contexto enferm. [Internet] 2016. [cited 2019 Jul 13];25(4):1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2440015.pdf
13. Ramos SM, Barlem JGT, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Bordignon SS. Satisfação com a experiência acadêmica entre estudantes de graduação em enfermagem. Texto & contexto enferm. [Internet] 2015 [cited 2018 Jun 21];24(1):187-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00187.pdf
14. Ximenes Neto FRG, Muniz CFF, Dias LJLF, Diogenes Júnior F, Silva MAM, Oliveira EM. Perfil sociodemográfico dos estudantes de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Enferm. Foco [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 13];8(3):75-9. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1532/404>
15. Soares AB, Del Prette ZAP. Habilidades sociais e adaptação à universidade: Convergências e divergências dos construtos. Anál. psicol. [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 21];2(33):139-51. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312015000200001
16. Azevedo IC, Silva RCL, Carvalho DPRP, Cruz GKP, Lima JVH, Ferreira Júnior MA. Importância do grupo de pesquisa na formação do estudante de enfermagem. Rev. enferm. UFSM [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 13];8(2):390-8. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26003/pdf>
17. Dias EP, Stutz BL, Resende TC, Batista NB, Sene SS. Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. Psicopedagogia [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 21];31(94):44-55. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v31n94/06.pdf>
18. Restelatto MTR, Dallacosta FM. Vivências do acadêmico de enfermagem durante o estágio com supervisão indireta. Enferm. Foco [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 13];9(4):34-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1156/474>
19. Renno HMS, Brito MJM, Ramos FRS. O estágio curricular e o sofrimento moral do estudante de enfermagem. Enferm. Foco [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 21];6(1/4):51-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/577>
20. Oliveira HFR, Rizzo HRF, Vieira FSF, Leal KASL, Noda DKG, Martins GC. Estresse e qualidade de vida de estudantes universitários. Revista CPAQV [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 21];7(2):2-8. Available from: <http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=77>
21. Bublitz S, Freitas EO, Kirchhof RS, Lopes LFD, Guido LA. Estressores entre Acadêmicos de Enfermagem de uma Universidade Pública. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 2012 [cited 2018 Dez 7];20(2):739-45. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/5992/4301>
22. Bublitz S, Guido LA, Lopes LFD, Freitas EO. Associação entre estresse e características sociodemográficas e acadêmicas de estudantes de enfermagem. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 21];25(4):1-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2440015.pdf

RECEBIDO: 16/06/2019

ACEITO: 09/10/2019

TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA ORIENTAÇÃO DE IDOSOS NOS CUIDADOS COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort¹

Francisca Livia Martins Lobo²

Thiago Oliveira Barbosa³

Fabyana Gonçalves Pontes⁴

<http://orcid.org/0000-0002-5187-4766>

<http://orcid.org/0000-0002-6387-2637>

<http://orcid.org/0000-0003-2581-9592>

<http://orcid.org/0000-0001-6024-7484>

Objetivo: desenvolver atividade educativa na orientação dos cuidados com a fístula arteriovenosa, a partir das demandas de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Metodologia:** pesquisa-ação, realizada de março a maio de 2017, em clínica de diálise de Fortaleza-CE, Brasil. Dados coletados com treze idosos em hemodiálise, por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo, sendo elencada uma categoria temática. A partir da demanda apresentada pelos idosos, foram desenvolvidas tecnologias educacionais, com utilização de banner e boneco de pano na orientação dos cuidados com a fistula. **Resultados:** desvelaram-se dúvidas e ações inapropriadas ante as intercorrências, como sangramento, infiltrações, rompimento, baixo fluxo da fistula e infecções. Assim, a atividade educativa facilitou a troca de saberes acerca dos cuidados recomendados na preservação da fistula. **Conclusão:** a prática educativa promoveu aquisição de novos conhecimentos para o autocuidado da fistula arteriovenosa.

Descritores: Idoso; Cuidados de enfermagem; Diálise renal; Fistula arteriovenosa; Tecnologia educacional.

EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR THE GUIDANCE OF ELDERLY PEOPLE IN THE CARE OF ARTERIOVENOUS FISTULAS

Objective: To develop an educational activity to guide the care of arteriovenous fistulas, from the demands of patients with chronic kidney disease on hemodialysis. **Methodology:** It was an action-research carried out from March to May 2017, in a dialysis clinic of Fortaleza-CE, Brazil. Data collection occurred with thirteen elderly patients on hemodialysis, through a semi-structured interview, and submitted to content analysis, presenting one thematic category. From the demand presented by the elderly, educational technologies were developed, using a banner and a dummy to guide fistula care. **Results:** Doubts and inappropriate actions were identified before the intercurrents, such as bleeding, infiltration, rupture, low-flow fistulas, and infections. Therefore, the educational activity facilitated the knowledge exchange about the recommended care in the preservation of the fistula. **Conclusion:** The educational practice promoted the acquisition of new knowledge for the self-care of arteriovenous fistulas.

Descriptors: Aged; Nursing Care; Renal Dialysis; Arteriovenous Fistula; Educational Technology

TECNOLOGÍA EDUCACIONAL PARA ORIENTACIÓN DE IDOSOS EN LOS CUIDADOS CON LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Objetivo: desarrollar actividad educativa en la orientación de la atención con la fístula arteriovenosa, a partir de demandas de ancianos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. **Metodología:** investigación-acción, de marzo a mayo de 2017, en clínica de diálisis de Fortaleza-CE, Brasil. Datos recogidos con trece ancianos en hemodiálisis, por medio de entrevista semiestruturada y sometidos al análisis de contenido, se elaboró una categoría temática. A partir de la demanda presentada por los ancianos, se desarrollaron tecnologías educativas, con utilización de banner y muñeco de paño en la orientación del cuidado con la fistula. **Resultados:** se desvelaron dudas y acciones inapropiadas ante las intercorrências, como sangrado, infiltraciones, rompimiento, bajo flujo de la fistula e infecciones. Así, la actividad educativa facilitó el intercambio de saber acerca de los cuidados recomendados para preservación de la fistula. **Conclusión:** la práctica educativa promovió la adquisición de nuevos conocimientos para el autocuidado de la fístula arteriovenosa.

Descritores: Ancianos; Atención de enfermería; Diálisis renal; Fístula arteriovenosa; Tecnología educativa.

¹Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

²Prefeitura Municipal de Itatira- CE

³Escola de Saúde Pública do Ceará

⁴Hospital São Raimundo, Fortaleza-CE

Autor correspondente: Viviane Peixoto dos Santos Pennafort - Email: vivipspf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Dados do Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2017, estimaram o número de pacientes em diálise crônica em 126.583. Dos pacientes prevalentes, 93,1% estavam em hemodiálise e 6,9% em diálise peritoneal, com 31.226 (24%) em fila de espera para transplante. As causas primárias mais frequentes da Doença Renal Crônica (DRC) terminal foram hipertensão arterial (34%) e diabetes mellitus (31%), com taxa de mortalidade bruta de 19,9%, sendo considerada a nova epidemia do século XXI. Com o aumento da expectativa de vida, observa-se progressiva incidência de pacientes idosos com DRC em terapia renal substitutiva (TRS)⁽¹⁾.

Considera-se que as terapias renais substitutivas não chegam a substituir integralmente a função renal, mas representam possibilidade de manter a vida, permitindo que o paciente retorne às atividades cotidianas. As modalidades mais comuns são: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. A hemodiálise consiste em uma vinculação do paciente à máquina, endovenosamente, por um período de aproximadamente quatro horas, de três a quatro vezes por semana, em um serviço especializado⁽¹⁻²⁾. Dentre os acessos vasculares para realizar a hemodiálise, a Fístula Arteriovenosa (FAV) é considerada o acesso ideal, com menor risco de complicação quando comparada aos cateteres venosos centrais.

No entanto, a disfunção da FAV é uma das causas mais importantes de morbimortalidade em pacientes em hemodiálise, contribuindo para até um terço das internações e representando uma parcela significativa dos custos com a saúde desses pacientes. Dessa forma, as atividades educativas devem ser planejadas e executadas continuamente pelo enfermeiro, incluindo o treinamento para o autocuidado dos pacientes e familiares/cuidadores a fim de prevenir complicações⁽³⁾.

Diante do exposto, este trabalho se justifica pela necessidade de promoção de atividades educativas junto aos idosos com doença renal crônica em hemodiálise, a fim de estimular e orientar o autocuidado na manutenção da fístula arteriovenosa, garantindo acesso adequado para terapêutica dialítica eficaz. Deste modo, faz-se necessário que a equipe multiprofissional, em especial a enfermagem, considere a relevância dessas questões na abordagem e elaboração do plano de cuidados a idosos com doença renal crônica tratamento hemodialítico, com ênfase na prevenção de intercorrências e complicações na manipulação da FAV.

OBJETIVO

Desenvolver atividade educativa na orientação dos cuidados com a fístula arteriovenosa, a partir das demandas

de idosos com doença renal crônica em hemodiálise.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, a qual consiste em um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita articulação com uma ação ou resolução de um problema coletivo, em que pesquisadores e participantes estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo⁽⁴⁾.

Participantes da pesquisa

Participaram do estudo treze idosos selecionados aleatoriamente, atendendo aos critérios de inclusão: ser idoso com doença renal crônica em hemodiálise, possuir fístula arteriovenosa como acesso vascular há pelo menos três meses, apresentar condições cognitivas e hemodinâmicas no momento da coleta.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em clínica de hemodiálise, localizada em Fortaleza-Ceará, Brasil, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), de março a maio de 2017. O serviço atende à população do interior e da capital. As sessões de hemodiálise ocorrem três vezes por semana, com duração aproximada de quatro horas, nos três turnos do dia.

Coleta e procedimentos de análise dos dados

As etapas de coleta e a análise dos dados foram constituídas por quatro fases norteadas⁽⁴⁾: primeira fase - diagnóstico da situação: realizou-se a entrevista semiestruturada individual durante as sessões de hemodiálise, com questões sobre os cuidados com a FAV, a fim de identificar a demanda de informações e a necessidade de mudança. Segunda fase - planejamento: desenvolvimento da tecnologia educacional para orientação dos principais cuidados na manutenção da FAV e prevenção de complicações, norteadas pela literatura pertinente. Terceira fase - ação: intervenção educativa, a qual abordou os cuidados recomendados com a FAV e as orientações quanto aos principais procedimentos que não devem ser realizados no braço da fístula. A atividade foi realizada por meio de banner explicativo e boneco de pano para demonstração da posição das agulhas, destacando a distância entre a anastomose e a punção arterial, a distância entre a punção arterial e venosa, fixação das agulhas durante a hemodiálise e o curativo após hemostasia. Quarta fase - avaliação: realizada após um mês da atividade educativa, utilizou-se da entrevista semiestruturada, constituída por questões abertas so-

bre o conhecimento apreendido pelos idosos com doença renal crônica acerca dos cuidados orientados pelos pesquisadores.

A análise dos achados foi apresentada em categoria temática intitulada Percepção do idoso com doença renal crônica acerca da fístula arteriovenosa e dos cuidados necessários para preservação.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com parecer de aprovação nº 229.772 de 26/03/2013, atendendo aos preceitos ético-legais da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, recomendados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁵⁾. Desta forma, após apresentação do projeto de pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Optou-se pela utilização de códigos na apresentação dos relatos, conforme a ordem da entrevista, em P1 até P13, a fim de manter o anonimato dos participantes.

RESULTADOS

Participaram do estudo treze idosos, na faixa etária de 61 a 85 anos, sendo sete do sexo masculino e seis do feminino. Quanto ao estado conjugal, sete eram casados, outros cinco viúvos e uma era solteira. Em relação à escolaridade, dois tinham nível superior completo; cinco, o ensino médio completo; três, o ensino médio incompleto e outros três não concluíram o ensino fundamental. Quanto ao total de filhos, observou-se variação de um a cinco filhos. Com relação às ocupações, relataram receber aposentadoria ou benefício de prestação continuada. Observou-se predominância de FAV na região radiocefálica, seguida da braquiocefálica.

Percepção do idoso com doença renal crônica acerca da fístula arteriovenosa e dos cuidados necessários para sua preservação

Os participantes relataram a percepção quanto à função da fístula arteriovenosa, os cuidados realizados para manutenção, assim como as dúvidas decorrentes das principais intercorrências.

Ao questioná-los acerca da finalidade da FAV, observou-se que alguns participantes não conseguiram descrever a função desta: "Não sei explicar." (P9); "Não sei direito o que é, mas acho que é um aparelho que o médico colocou no meu braço." (P12).

Em contrapartida, outros pacientes demonstraram possuir algum conhecimento sobre confecção e funcio-

namento da fístula arteriovenosa: "A fístula é a ligação de uma artéria a uma veia." (P1); "A fístula é um substituto da veia normal para receber o sangue e colocar as agulhas." (P2); "Ela (fístula) é uma cirurgia que faz nas veias do braço para aumentar o sangue para dialisar, fazer o tratamento." (P13). Outros enfatizaram que a FAV é fundamental para manutenção da própria vida: "A fístula é a nossa vida, que através dela é que podemos fazer nosso tratamento, a gente depende dela para viver." (P4); "Se não fosse ela, eu não conseguiria viver por muito tempo, porque o cateter dá infecção." (P6); "É a minha saúde." (P7).

Quanto aos cuidados necessários no pós-operatório da FAV, os pacientes apresentaram as seguintes respostas: "Tive que fazer exercício com a bolinha de plástico para desenvolver a fístula e não verificar a pressão arterial no braço da fístula." (P1); "Tem que fazer exercícios com a bolinha molinha para engrossar a fístula." (P4).

Acerca da higienização do braço da fístula arteriovenosa, a maioria considerou que esse é um cuidado cotidiano: "Sempre lavo com água e sabão, depois tem que enxugar no papel... antes de colocar as agulhas, usam o álcool." (P11); "Não lavo na clínica, prefiro lavar em casa, com sabonete líquido antibacteriano, porque é melhor que esse sabão daqui." (P2); "Lavo com água e sabão neutro e passo hidratante para não ressecar." (P4); "Faço uma limpeza com álcool." (P5); "Lavo com água e sabão." (P3, P6, P7, P8, P9, P12)

Dentre os cuidados domiciliares citados, os principais foram: "Evitar pegar peso no braço da fístula." (P1, P2, P5, P6, P7, P8, P10 e P13); "Não se esforçar muito, não lavar roupas, não varrer a casa, procurar ter todo cuidado." (P4); "Em casa, é só questão de limpeza, evitar pegar sol, peso, evitar pegar poeira." (P3); "Não fazer nenhum esforço (P9). Não pode dormir por cima do braço da fístula." (P2)

Buscou-se conhecer os cuidados que se deve ter quando a fístula arteriovenosa estiver com baixo fluxo. Quatro (P3, P5, P9, P12) responderam que não sabiam como agir, caso surgisse esta complicação, e outros responderam: "Tem que verificar com o médico o motivo." (P1e P7); "Ao tocar, sente e se estiver com fluxo pouquinho, tem que fazer o exercício com a bolinha para voltar ao normal." (P2); "**É ir à clínica e tomar leite com sal e assim melhora.**" (P4); "Tem que fazer exercício." (P6 e P8)

Ante a outra intercorrência, como sangramento da fístula arteriovenosa no domicílio, os participantes descreveram os seguintes cuidados: "Colocar bastante gaze e ir ao posto de saúde ou outro lugar." (P1); "Apertar a fístula."

tula e se não parar tem de ir à clínica.” (P3); “Fazer compressa com gaze ou algodão.” (P6 e P8); “Já usei um pano em cima porque não tinha gaze e não parava de sangrar.” (P11)

Quando questionados sobre os cuidados na presença de hematomas, alguns pacientes não conseguiram responder, outros relataram: “Colocar gelo no braço da fístula.” (P1, P2, P4, P5, P7, P10 e P13); “Deixar o braço para cima.” (P6)

E, diante de uma intercorrência extrema, como o rompimento da FAV, três pacientes responderam: “Tem que apertar a fístula com força.” (P2, P5, P7, P12). Outros relataram: “Precisa ir para o hospital.” (P1, P3, P11), e os outros não mencionaram os cuidados necessários.

Na presença de sinais flogísticos, os participantes citaram como cuidados importantes: “Avisar o médico e o cirurgião vascular que fez a fístula para tratar a infecção.” (P1); “Nunca tive isso, mas se acontecer isso, devo vir para cá (clínica de diálise).” (P8).

Contudo, alguns entrevistados afirmaram não saber o que fazer ou demonstraram ações inapropriadas, verificando a necessidade de outras informações para subsidiar o cuidado adequado: “Nunca aconteceu, mas se acontecer, não sei o que fazer.” (P4, P2); “Colocar gaze na fístula.” (P6, P7, P8 e P9)

Após identificação da demanda de informações descrita pelos participantes, realizou-se a atividade educativa. Os encontros educativos foram mediados por boneco de pano e banner explicativo, o qual, posteriormente, foi fixado na parede do corredor da clínica (Figura), facilitando o processo educativo e permitindo a leitura e/ou visualização posterior das imagens dos cuidados por pacientes e familiares, possibilitando-lhes acesso à informação e mitigação de eventuais dúvidas.

Figura. Atividade educativa realizada pelos pesquisadores na sala de hemodiálise acerca dos cuidados na manutenção da fístula arteriovenosa. Fortaleza-CE, Brasil, 2017.



Na avaliação da atividade educativa com utilização desses recursos, a maioria dos pacientes afirmou que aprendeu os principais cuidados necessários na preservação da FAV e dirimiram algumas dúvidas: “Foi muito bom porque usava curativo apertado, foi bem interessante saber que não pode apertar muito o curativo quando tira as agulhas.” (P11); “Foi boa, a forma de apresentação foi bem explicativa.” (P2, P5); “Foi boa, muito importante para o nosso entendimento... quando eu não sei o que fazer, eu pergunto para minha amiga, mas agora deu para aprender muita coisa.” (P7) “Achei ótima a apresentação com o boneco, fica mais fácil de entender esse negócio de ter que mudar as agulhas de lugar.” (P7) “Esse ensinamento foi muito bom, tinha que ter sempre... muitas coisas eu não sabia, no caso de quando aparecer os hematomas e sangramento e também de não usar relógio no braço da FAV.” (P9)

DISCUSSÃO

Os achados evidenciaram situação preocupante, visto que esses idosos realizavam hemodiálise há certo tempo, no entanto, demonstraram desconhecimento sobre a função da fístula, o que possivelmente, interfere no comportamento de autocuidado adotado pelo paciente.

É interessante destacar que outros idosos atribuíram o significado de “vida” e “saúde” à fístula arteriovenosa, demonstrando a relevância desse acesso na eficácia da hemodiálise e garantia da própria sobrevivência e qualidade de vida. Resultado semelhante foi obtido em outra pesquisa, em que a FAV foi compreendida pelos participantes como o mecanismo que possibilita a manutenção da vida, isto é, não há vida sem fístula. E, nesse sentido, o mundo, para eles, passa a ter um novo significado, no qual coexistem sentimentos de gratidão por se manter vivo, mas também de extrema cautela pelo medo de perder a fístula, que é a fonte da existência⁽⁶⁾.

Observou-se nos relatos que parte dos entrevistados afirmou realizar exercício com bolinha de plástico flexível para otimizar o desenvolvimento da fístula arteriovenosa no pós-operatório. Contudo, desconheciam ou não relataram outros cuidados necessários no período de amadurecimento para o bom funcionamento da FAV. Nesse caso, considera-se que no período da maturação da FAV, é essencial a realização de alguns cuidados, como a elevação do membro nos primeiros dias, manter o curativo limpo e seco, evitando oclusões que interrompam o fluxo na FAV, observação da presença de pulso, sopro e frêmito no local da fístula, evitar hipotensão, por meio do conhecimento das principais causas⁽⁷⁻⁸⁾.

Acerca dos cuidados na manutenção da FAV, outros estudos encontraram resultados semelhantes ao investigar os pacientes sobre os cuidados com este acesso, os quais destacaram: não dormir por cima do braço, não pegar peso, evitar traumas no braço da fístula, atentar quanto às medidas de higiene e evitar aferir pressão arterial e administração de medicações endovenosas no braço da fístula⁽⁷⁻⁹⁾.

Ao considerar as intercorrências mais comuns, enfatizam-se os cuidados que os pacientes devem ter quando a FAV estiver com baixo fluxo, como comunicar a equipe de diálise, se possível, verificar a pressão arterial e, ficar deitado em posição de Trendelenburg, verificar o frêmito, realizar exercícios com a bolinha maleável, abrindo e fechando a mão⁽⁷⁻⁹⁻¹⁰⁾.

Muitos participantes apresentaram dúvidas nos casos de hematoma na fístula arteriovenosa. Ante essa intercorrência, os cuidados recomendados incluem a aplicação de compressas frias nas primeiras 24 horas para favorecer a vasoconstrição do local e diminuir o infiltrado subcutâneo. Após as 24 horas, aplicar compressas mornas e massagens com pomadas prescritas para auxiliar na reabsorção do hematoma⁽¹¹⁾.

Referente ao rompimento da FAV, situação temida por muitos pacientes devido ao risco de morte, recomenda-se manter a compressão no local do sangramento e procurar o serviço de emergência imediatamente para ligadura da FAV⁽¹²⁾.

A complexidade e o risco inerente ao déficit de conhecimento de pacientes acerca dos cuidados na preservação da FAV repercutirão em inúmeras complicações, como perda do acesso, uso de antimicrobianos, baixo fluxo sanguíneo, trombozes, aneurismas, edema, isquemia, sobrecarga cardíaca, interrupção da hemodiálise e, conseqüentemente, piora clínica do paciente. Essa situação requer maior envolvimento e assistência multidisciplinar, por meio de atividades educativas na promoção de informações necessárias na busca pela autonomia do cuidado de si⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Nessa perspectiva, ao realizar a intervenção educativa, os pacientes demonstraram interesse e participaram ativamente, com perguntas e sugestões durante a simulação dos procedimentos recomendados e aqueles considerados inapropriados na manipulação da FAV. Foram apresentadas e discutidas situações cotidianas que podem acarretar danos ao braço da FAV, como aferição da pressão arterial, administração de medicação e punção para coleta de exames, uso de curativos apertados ou circulares na FAV, ausência de rodízio dos locais de punção, utilização de adornos, dentre outros. Ao abordar essas situações, muitos pacientes reagiram com expressão de surpresa ao identificar que es-

tas ações são consideradas inadequadas e podem causar sérios prejuízos no funcionamento da FAV.

Percebeu-se, neste estudo, o quanto pacientes e familiares necessitam de informações para adoção do comportamento seguro para o autocuidado, uma vez que, em algumas circunstâncias, recorrem ao apoio e às opiniões de pessoas mais próximas que passam pelas mesmas experiências, ou seja, dos próprios pacientes com doença renal crônica.

Evidenciou-se em outros estudos que o conhecimento dos idosos com doença renal crônica é incipiente quanto às ações para o autocuidado, revelando fragilidade em relação aos cuidados com o acesso, principalmente no período de maturação da FAV, sugerindo-se o envolvimento de familiares e outros cuidadores nos cuidados com o acesso vascular⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro, enquanto profissional especializado no cuidado do paciente com FAV deve suscitar o desenvolvimento do autocuidado. Não um autocuidado que emana do medo de perder a fístula e, por consequência a vida, pois este limita o sujeito em diferentes aspectos; mas de forma reflexiva e pautada em conhecimentos dialogados e no reconhecimento de si como ser ativo e em permanente construção⁽⁶⁾. Desta forma, serão estimulados à aquisição de conhecimentos e novos comportamentos no cuidado de si, com a finalidade de identificar precocemente as condições suscetíveis de disfunção da FAV, prevenindo, assim, complicações e, até mesmo, perda do acesso.

Limitações do estudo

Considera-se como limitações deste estudo o número reduzido de participantes e o período curto para o desenvolvimento da intervenção e avaliação da atividade educativa. Desta forma, percebe-se que a temática necessita de outras investigações, a fim de apreender o conhecimento de outros pacientes no cuidado dispensado à preservação da fístula arteriovenosa.

Contribuições do estudo para a prática

Pretende-se, contribuir com a prática profissional a partir da evidência de que a atividade educativa fundamentada em novos modos de cuidar/ensinar de forma criativa e dialogada promove atitudes e práticas de autocuidado do paciente com doença renal crônica na preservação da fístula arteriovenosa, garantindo qualidade do tratamento hemodialítico, maior sobrevida e bem-estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível descrever os principais cuidados realizados por idosos com doença renal crônica em hemodiálise, assim como suas dúvidas acerca das inter-

corrências na manutenção da fístula arteriovenosa. Observou-se que a estratégia educativa, com utilização de banner e boneco na demonstração dos procedimentos e na simulação de situações na manipulação da FAV, proporcionou momentos de participação ativa de pacientes, na busca pelo aprendizado dos cuidados recomendados na preservação do acesso, prevenção de complicações e consequente prolongamento da sobrevida.

Os achados apontaram a necessidade de implementação de protocolos para segurança do paciente e, também, de projetos de extensão nos serviços de diálise, a fim de oferecer atividades educativas contínuas nas salas de hemodiálise, proporcionando, desta forma, orien-

tações sobre as diversas interfaces dos cuidados com a FAV, visto que algumas informações se perdem ao longo do tempo. Recomenda-se utilizar material expositivo, como banner, para facilitar a apreensão de informações; panfletos, para consulta em domicílio; e outras estratégias, como a simulação de situações cotidianas que mais geram dúvidas.

Contribuição dos autores

VPSP: concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final. FLML, TOB, FGP: coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jan 15]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019005013101&lng=en
2. Santos VFC, Borges ZN, Lima SO, Reis FP. Perceptions, meanings and adaptations to hemodialysis as a liminal space: the patient perspective. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 09];22(66):853-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1414-3283-icse-1807-576220170148.pdf>
3. Gameiro J, Ibeas J. Factors affecting arteriovenous fistula dysfunction: A narrative review. *J Vasc Access* [Internet]. 2019; [cited 2019 Jul 09];1129729819845562. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1129729819845562>
4. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196 [Internet]. [cited 2018 Apr 16]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
6. Silva DM, Silva RMCRA, Pereira ER, Ferreira HC, Alcântara VCG, Oliveira FS. The body marked by the arteriovenous fistula: a phenomenological point of view. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 20];71(6):2869-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0898>
7. Pessoa NRC, Linhares FMP. Hemodialysis patients with arteriovenous fistula: knowledge, attitude and practice. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 15]; 19(1):73-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0073.pdf
8. Ozen N, Tosun N, Cinar FI, Bagcivan G, Yılmaz MI, Askin D, Mut D, Ozen V, Yenicesu M, Zajm E. Investigation of the knowledge and attitudes of patients who are undergoing hemodialysis treatment regarding their arteriovenous fistula. *J Vasc Access* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 20];18(1):64-68. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.5301/jva.5000618>
9. Neto, JMR; Rocha, ERS; Almeida, ARM; Nóbrega MML. Fístula arteriovenosa na perspectiva de pacientes renais crônicos. *Enferm. Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 20] 2016; 7 (1): 37-41. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1>
10. Nogueira FLL, Freitas LR, Cavalcante, Pennafort VPS. Perception of patients with chronic kidney disease regarding care towards their hemodialysis access. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 15];21(3):1-8. Available from: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45628/pdf_en
11. Clementino DC, Souza AMO, Barros DCC, Carvalho DMA, Santos CR, SN Fraga. Hemodialysis patients: the importance of self-care with the arteriovenous fistula. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 20];12(7):1841-52. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a234970p1841-1852-2018>
12. Bishnoi AK, Rai G, Kamath GS, Vishnu R, Kumar V, Joshi H, Prabhu R, Soni LP, Nasser A. Emergency brachial artery ligation for ruptured infected pseudoaneurysm of haemodialysis access is a possible option. *J Vasc Access* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 09];1129729818813265. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1129729818813265>

RECEBIDO: 04/07/2019

ACEITO: 15/08/2019

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MANUAL DE DETECÇÃO DO PÉ DIABÉTICO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

José William Araújo do Nascimento¹

Edjôse Ciriaco Santana Silva¹

Manoel Luiz Ferreira Junior¹

Suzane Brust de Jesus¹

<https://orcid.org/0000-0002-1844-1117>

<https://orcid.org/0000-0002-0820-1435>

<https://orcid.org/0000-0003-0427-5493>

<https://orcid.org/0000-0002-3826-8200>

Objetivo: descrever o processo de construção e validação de um manual de detecção do pé diabético para os profissionais de saúde da Atenção Primária. **Metodologia:** pesquisa metodológica, realizada em 2019, seguindo as etapas: levantamento bibliográfico, construção do manual, validação do conteúdo pelos juízes, adequação do manual e diagramação. Para avaliação da confiabilidade interna, um questionário foi respondido por 20 juízes. Posteriormente foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo de cada um dos itens (IVC). A validade de conteúdo dos itens neste estudo foi considerada quando $IVC \geq 0,75$, conforme referencial metodológico. **Resultados:** o manual foi construído e na avaliação geral, obteve IVC com valores acima de 0,75 e IVC total de 0,85. **Conclusão:** o manual apresentou confiabilidade e fidedignidade para observação da qualidade na conduta preventiva do pé diabético na Atenção Primária. No entanto exige outras fases para uma validação de conteúdo mais precisa e específica.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estudos de Validação; Pé Diabético.

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF A PREVENTIVE MANUAL OF DIABETIC FOOT IN PRIMARY CARE

Objective: the article describes the steps in producing and validating an diabetic foot detection manual for primary care health professionals. **Methodology:** methodological study conducted in 2019, consisting of the following steps: bibliographic survey, manual construction, content validation by judges, adequacy of the manual and layout. To assess internal reliability, a questionnaire was answered by 20 judges. Subsequently, the Content Validity Index of each item (CVI) was calculated. The content validity of the items in this study was considered when $CVI \geq 0.75$, according to the methodological framework. **Results:** the preventive manual was constructed and in the general evaluation, CVI with values above 0.75 and total CVI of 0.85. **Conclusion:** the manual presented for observing the quality of preventive management of diabetic foot in Primary Care. However it requires other phases for more accurate and specific content validation.

Descriptors: Primary Health Care; Validation Studies; Diabetic Foot.

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN MANUAL PREVENTIVO DE PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo: describir el proceso de construcción y validación de un manual de prevención y detección del pie diabético para profesionales de la salud de atención primaria. **Metodología:** investigación metodológica, realizada en 2019, siguiendo las etapas: estudio bibliográfico, construcción manual, validación de contenido por jueces, adecuación del manual y diseño. Para evaluar la confiabilidad interna, 20 jueces respondieron un cuestionario. Posteriormente, se calculó el Índice de validez de contenido de cada elemento (CVI). La validez del contenido de los ítems en este estudio se consideró cuando $CVI \geq 0.75$, de acuerdo con el marco metodológico. **Resultados:** se construyó el manual y en la evaluación general, CVI con valores por encima de 0.75 y CVI total de 0.85. **Conclusión:** el manual presentó confiabilidad y confiabilidad para observar la calidad del manejo preventivo del pie diabético en Atención Primaria. Sin embargo, requiere otras fases para una validación de contenido más precisa y específica.

Descriptors: Atención Primaria de Salud; Estudios de Validación; Pie Diabético.

¹Universidade Católica de Pernambuco

Autor Correspondente: José William Araújo do Nascimento - Email: jwan10@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) está entre as doenças crônicas de maior destaque no cenário da saúde, tanto a nível nacional quanto ao global. Em 2014, estimativas da apontaram 422 milhões de adultos com DM, o que equivale a quatro vezes mais a quantidade de pessoas com esta patologia em 1980 (108 milhões)⁽¹⁾.

No cenário brasileiro, no ano de 2017, havia mais de 13 milhões de pessoas com DM, levando a um custo anual de aproximadamente 24 milhões de dólares com despesas no setor de saúde relacionadas à doença⁽²⁾.

As complicações nos pés são uma das principais causas de morbimortalidade em pessoas que têm diabetes, contribuindo desta forma para o aumento do uso e dos custos com a saúde⁽³⁻⁴⁾.

Esta doença quando não monitorada de forma oportuna, traz complicações evidentes como o pé diabético (PD). Este termo é utilizado para designar as diversas lesões que podem ocorrer no pé do indivíduo com diabetes. Se caracteriza por lesões cutâneas e profundas relacionadas a alterações neuropáticas, vasculares, ortopédicas, infecciosas e funcionais⁽⁵⁾.

Conforme pesquisadores, estima-se que até um terço das pessoas diagnosticadas com diabetes irão desenvolver uma úlcera no pé. Ulcerações não cicatrizantes ou crônicas podem levar à infecção e subsequente amputação⁽⁶⁾.

O panorama epidemiológico, social e econômico que o DM vem apresentando, demonstra a necessidade da implementação de políticas públicas de saúde voltadas ao usuário e que propiciem prevenção dos agravos e melhoria da qualidade de vida⁽⁵⁾.

É principalmente na Atenção Primária onde os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias que permitam intervenções que venham a contribuir para o tratamento eficaz e prevenção de complicações⁽⁷⁾.

A utilização de manuais na Atenção Primária é uma das estratégias que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde para a orientação e detecção de situações específicas⁽⁸⁾.

Estes manuais facilitam o trabalho da equipe multidisciplinar tanto na orientação de usuários e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado como na detecção precoce de patologias e suas complicações. Entretanto, devem ter uma linguagem clara e objetiva para os indivíduos que o utilizarão e desta forma, deve-se validar seu conteúdo⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Frente a este contexto, visando sistematizar o atendimento ao usuário diabético, o objetivo do presente estudo foi construir e validar um manual de prevenção e detecção

do pé diabético para profissionais de saúde da Atenção Primária.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica que tem como objetivo o desenvolvimento, a avaliação e o aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas⁽¹¹⁾.

O presente estudo foi realizado durante o ano de 2019 e teve como foco o desenvolvimento de um manual, a ser utilizado em estratégias de saúde da família durante o acompanhamento de usuários diabéticos, para promover a prevenção e detecção precoce de casos de pé diabético. O processo de construção do manual foi adaptado às premissas para a elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde⁽⁸⁾.

Figura 1: Etapas seguidas no desenvolvimento do manual informativo, Recife, PE, Brasil, 2019.

Construção	Validação
1. Levantamento bibliográfico;	1. Consulta a juizes na área de interesse;
2. Seleção e fichamento do conteúdo;	2. Adequação do manual;
3. Elaboração textual;	3. Revisão do português;
4. Criação das ilustrações (figuras, quadros e algoritmos)	4. Avaliação do Índice de Validade de Conteúdo.
5. Diagramação	

Após o levantamento bibliográfico foram utilizados 21 artigos científicos, 09 livros-textos e 03 manuais do Ministério da Saúde^(3,5,12). A busca desse material foi guiada por uma ou mais das seguintes palavras-chaves: diabetes mellitus, pé diabético, úlcera de pé diabético, úlcera venosa e prevenção.

A finalidade desta seleção foi reunir todo o conteúdo de interesse para o manual informativo, sendo categorizados nos seguintes grupos: conceito de diabetes e pé diabético; exame físico; orientação de autocuidado.

A elaboração das ilustrações foi baseada na leitura reflexiva, ou seja, a partir do referencial literário fichado e dos principais conteúdos abordados no manual. Dois algoritmos foram elaborados com o objetivo de oferecer um plano de condutas que possam detectar precocemente o pé diabético na Atenção Primária.

Para a confiabilidade interna do manual, foi realizada consulta a juízes (especialistas na área) entre os meses de fevereiro a abril (2019). Como critérios de inclusão dos juízes, participaram do estudo aqueles que eram portadores de certificado de curso de graduação em Enfermagem ou Medicina.

Os especialistas foram selecionados por meio da amostragem bola de neve⁽¹¹⁾. Após a indicação, era realizada consulta ao Currículo Lattes para verificar a adequação do juiz aos critérios de seleção para esse estudo.

Participaram do estudo juízes atuantes na Atenção Primária e especializada, bem como, os especialistas em pé diabético (endocrinologista, cirurgião vascular e estomate-rapeuta).

Mediante o envio de uma carta convite e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), 20 profissionais responderam a um questionário que abordara aspectos inerentes as suas formações acadêmicas-profissional e a aspectos sobre o instrumento de avaliação do pé diabético elaborado; este último abordou temas como facilidade de leitura, vocabulário, sequência do material educativo, descrições e orientações abordadas pelo material. O juiz dispunha de um espaço para futuras sugestões de melhorias do instrumento.

Em relação a análise estatística dos itens referentes ao caráter acadêmico-profissional dos juízes, utilizou-se no SPSS (Statistical Package for Social Science) o Teste de Qui-Quadro, para o respectivo fim.

Após a avaliação do manual, procedeu-se a validação de conteúdo. Para esta, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que afere a concordância dos juízes quanto à representatividade de determinados aspectos do instrumento e de seus itens.

Este método consiste de uma escala de Likert com pontuação de 1 a 4, em que: 1 (item não equivalente); 2 (item necessita de grande revisão para ser avaliada a equivalência); 3 (item equivalente, necessita de pequenas alterações); e 4 (item absolutamente equivalente). Para o cálculo do IVC de cada item do questionário, basta somar as respostas 3 e 4 dos participantes do comitê de especialistas e dividir o resultado desta, pelo número total de respostas⁽¹³⁾.

De modo a estipular a taxa de concordância aceitável entre os juízes, foram estabelecidos os valores recomendados de no mínimo 0,75 entre eles para servirem de critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item.

Após essas análises, foram realizadas as alterações necessárias, de acordo com a pontuação final, no que diz respeito aos itens com baixos escores. Além disso, também foram apreciadas as observações e sugestões dos juízes, quanto à necessidade de mudanças no material.

Registra-se que esse estudo seguiu a Resolução n. 466/2012⁽¹⁴⁾ e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 65743417.8.0000.5206.

RESULTADOS

O processo de construção do manual

Na elaboração textual, os autores procuraram organizar as informações de maneira a retratar todo o percurso de avaliação do pé do indivíduo com diabetes bem como as orientações fornecidas a eles. Os tópicos abordados no manual foram: conceituação do diabetes mellitus e pé diabético; estratificação de risco para o pé diabético; fisiopatologia do pé diabético; classificação do pé diabético; avaliação física dos pés do usuário diabético; avaliação cutânea; avaliação dos calçados; avaliação musculoesquelética; avaliação vascular; avaliação neurológica periférica; instrução de autocuidado aos usuários diabéticos.

Ao final, o manual foi composto por 28 páginas e 16 ilustrações. Foram desenvolvidos dois algoritmos de condutas para detecção do pé diabético na Atenção Primária. Um se referia a todos exames físicos e outro apenas a avaliação neurológica. A Figura 2 apresenta a diagramação de alguns tópicos do manual.

Figura 2: Diagramação de alguns tópicos do manual, Recife, PE, Brasil, 2019.



10. AVALIAÇÃO VASCULAR

Durante a avaliação vascular dos membros inferiores é importante que o profissional de saúde esteja atento às alterações como rubor em declive, varizes, edema e pele fina e brilhante.

É de fundamental importância a realização da palpação dos pulsos tibial posterior (PTP) e pedioso (PP), uma vez que estes podem estar normais, diminuídos ou ausentes.



Figura 7: Avaliações dos pulsos podâlicos - A (palpação do PP) B (palpação do PTP).
Fonte: BRASIL, 2016.

Nesta mesma avaliação, esteja atento aos sinais clássicos de: Isquemia aguda: Dor, paralisia, parestesia, ausência de pulso, paralisia por frio e palidez (BRASIL, 2016).

Isquemia crítica: Dor na perna em repouso, gangrena, feridas/úlceras que não cicatrizam, atrofia muscular, rubor dependente, palidez quando a perna é elevada, rarefação dos pelos sobre o dorso do pé, unhas espessas e pele brilhante (BRASIL, 2016; IWGDF, 2019; SANTOS, et al., 2015).

Consulta a especialistas da área de interesse

Quanto ao perfil dos juízes, houve predominância do sexo feminino (55%). Em relação a idade, 40% possuía entre 35 e 44 anos. A maioria (30%) tinha entre 8 a 12 anos de formado.

Tabela 1: Caracterização dos juízes participantes da pesquisa. Recife, PE, Brasil, 2019.

Tipo de graduação	n	%	% acumulado	Valor do p
Enfermagem	10	50,0	50	
Medicina	10	50,0	100	0,591
Total	20	100,0		
Maior titulação	n	%	% acumulado	Valor do p
Residência/ especialista	7	35,0	35,0	
Mestre	7	35,0	70,0	0,031
Doutor	6	30,0	100,0	
Total	20	100,0		
Experiência no ensino	n	%	% acumulado	Valor do p
1 a 5 anos	3	15,0	15,0	
6 a 10 anos	6	30,0	45,0	
11 a 15 anos	1	5,0	50,0	0,301
Acima de 16 anos	8	40,0	90,0	
Não possui	2	10,0	100,0	
Total	20	100,0		
Experiência na assistência	n	%	% acumulado	Valor do p
1 a 5 anos	-	-	-	
6 a 10 anos	5	25,0	25,0	
11 a 15 anos	4	20,0	45,0	0,439
Acima de 16 anos	11	55,0	100,0	
Total	20	100,0		

Teste Qui-quadrado de independência. *Nível de significância $p > 0,05$.

Referente a caracterização dos juízes que participaram da confiabilidade interna, a tabela 1 demonstra que 10 (50%) eram profissionais de enfermagem; 20 (100%) declararam terem residência/especialização; 8 (40%) possui mais de 16 anos de experiência no ensino e 11

(55%) declarou ter acima de 16 anos de experiência na assistência.

Dos 20 juizes que participaram desta etapa, 70% eram do estado de Pernambuco enquanto que os 30% restantes eram de estados como Amazonas, Goiás, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro.

Validação de conteúdo

Tabela 2: Julgamento entre os juizes acerca do manual de prevenção do pé diabético. Recife, PE, Brasil, 2019.

Variável	Adequado (escore 4)		Adequado com alterações (escores 2 e 3)		IVC
	n	%	n	%	
Apresentação gráfica	10	50,0	09	45,0	0,80
Facilidade de leitura	12	60,0	08	40,0	0,90
Vocabulário	12	60,0	08	40,0	0,90
Sequência	15	75,0	04	20,0	0,85
Características gráficas dos quadros	10	50,0	09	45,0	0,75
Condutas terapêuticas do algoritmo 1	10	50,0	09	45,0	0,85
Condutas terapêuticas do algoritmo 2	14	70,0	04	20,0	0,90

A Tabela 2 representa o julgamento em relação as variáveis/itens que compõem o manual de prevenção do pé diabético e demonstra que nenhum deles foi avaliado como inadequado e todos obtiveram concordância dentro do nível estabelecido (IVC ≥ 0,75). Em relação ao IVC, todos os itens atingiram níveis acima de 0,75 e se obteve IVC total do instrumento de 0,85.

Foram 07 itens considerados adequados com alterações, dos quais cinco pertenciam a análise estrutural do material e dois relacionados a conduta terapêutica no manejo preventivo do pé diabético.

No Quadro 1, são apresentadas as sugestões realizadas pelos juizes para que os itens considerados adequados com alterações sejam reformulados e melhorados.

Quadro 1: Sugestões dos juizes acerca dos itens considerados adequados com alterações. Recife, PE, Brasil, 2019.

Requisitos avaliados	Sugestões dos juizes
Apresentação gráfica	Deixar o material menos poluído
Facilidade de leitura	--
Vocabulário	Quanto ao vocabulário, fácil entendimento, somente correções ortográficas.
Sequência	Definir melhor a sequência do material de forma que o leitor tenha uma condução lógica
Características gráficas dos quadros	Melhorar qualidade das palavras e ampliar resolução; mudar as cores nos quadros uma vez que está dificultando a leitura.
Condutas terapêuticas do algoritmo 1	Definir melhor as condutas e utilizar setas no algoritmo
Condutas terapêuticas do algoritmo 2	Definir melhor as condutas de modo que realmente seja um algoritmo ou fluxograma; inserir setas de uma conduta a outra

Na avaliação geral, o manual de prevenção e detecção do pé diabético obteve IVC com valores acima de 0,75, bem como apresentação de IVC total de 0,85, o que demonstra a alta confiabilidade e fidedignidade do instrumento para prevenir o pé diabético na Atenção Primária.

DISCUSSÃO

Considerando que o pé diabético é uma das principais complicações do DM, passíveis de forte intervenção na Atenção Primária, a elaboração do manual de prevenção e detecção é também, uma maneira de uniformizar o cuidado e oficializar as medidas preventivas, através das opiniões das diversas especialidades da área da saúde⁽¹⁵⁾.

Mediante conhecimento da fisiopatologia e etiologias do pé diabético, usuários de alto risco podem ser identificados precocemente, evitando feridas e/ou úlceras e amputações^(16,17). Conforme estudo, até 50% das amputações podem ser evitadas através do estímulo ao autocuidado e de um atendimento interdisciplinar baseado em evidências científicas⁽¹⁸⁾.

Nesta perspectiva, a ideia da construção do manual informativo surgiu a partir das necessidades dos profissionais de saúde da Atenção Primária em prevenir e detectar o pé diabético precocemente.

O primeiro passo na elaboração do manual foi a busca na literatura especializada do conhecimento científico sobre a temática proposta. Assim, pode-se definir conceitos e cuidados importantes que, se seguidos, tem a capacidade de contribuir de forma eficaz na prevenção das complicações, para a melhoria das condutas terapêuticas e para a recuperação de usuários submetidos a diferentes tratamentos⁽¹⁹⁾.

Para um maior controle da avaliação do manual, especialistas das cinco regiões do Brasil, participaram do processo de confiabilidade interna, assegurando desta forma, as diferenças regionais que também permeiam os processos educativos e informativos⁽²⁰⁾.

No que tange a confiabilidade interna, os primeiros itens que foram avaliados pelos participantes desta pesquisa, foram aqueles relacionados à classificação das características e dos seus conteúdos, que variou entre adequado (escore 4) e adequado com alterações (escores 2 e 3).

Estes itens são importantes para serem analisados pelos avaliadores, uma vez que o manual precisa ser atrativo; objetivo; não pode ser muito extenso, mas deve dar uma orientação significativa sobre o tema a que se propõe⁽⁸⁾.

Por ser um material que precise de objetividade, foram criados dois algoritmos que contêm condutas terapêuticas que visam a identificação precoce do pé diabético na Atenção Primária. Isto é um meio facilitador tanto para o usuário quanto para o profissional, pois se identificado alterações, o encaminhamento para os níveis de atenção especializada será imediato, evitando-se assim, maiores complicações como a amputação dos pés⁽¹⁹⁾.

Na prática clínica, o estabelecimento de uma linha de conduta padroniza é necessária pois tem a finalidade de adequar a assistência ao controle apropriado do pé diabético e suas implicações uma vez que assinala, de forma sistematizada, essa problemática na perspectiva inter-setorial⁽¹⁹⁾.

O direcionamento de condutas pode direcionar discussões e reflexões organizadas com os diferentes setores envolvidos na atenção à saúde, na busca de alternativas que visem a melhoria do atendimento ao diabético⁽²¹⁾.

Neste limiar, as condutas presentes nos algoritmos 1 (avaliação geral) e 2 (avaliação neurológica periférica) receberam validação pertinentes, IVC 0,85 e 0,90 respectivamente.

No presente estudo, maior parte dos juízes concordou com a aplicabilidade do manual, considerando uma importante ferramenta que contém informações capazes de apoiar a sua decisão clínica no manejo de prevenção e detecção do pé diabético.

O processo de análise da confiabilidade interna do manual realizado pelos juízes obteve um IVC geral (0,85). Desta forma, este estudo demonstrou que o manual de prevenção do pé diabético impresso e em meio eletrônico, fornecido aos profissionais da Atenção Primária a Saúde, contendo informações objetivas e claras do problema, foi um recurso efetivo para a melhoria do nível de informação e conduta, sobre o tema em questão.

Destaca-se que os manuais devem conter figuras, com a finalidade de facilitar a compreensão dos indivíduos que o utilizam⁽²²⁾. A sequência do conteúdo, a organização, a fonte das letras e as características gráficas devem ser escolhidos adequadamente, para facilitar a sua leitura⁽²³⁾.

Sendo de fácil utilização, o manual ajudará os profissionais que atendem usuários diabéticos nas Unidades de Saúde da família em suas práticas diárias.

Contribuições para a prática

A proposta de um manual para auxiliar a detecção do pé diabético para ser utilizado por profissionais de Enfermagem na Atenção Primária auxiliará a prestação da assistência de enfermagem segura e de qualidade para os portadores de lesões

Limitações do estudo

As limitações do estudo correspondem à necessidade da realização de outras fases do processo de validação, necessitando então, da ressubmissão do material aos juízes para reteste.

CONCLUSÃO

O manual de prevenção e detecção do pé diabético na Atenção Primária apresentou, por meio da avaliação dos juízes, confiabilidade e fidedignidade para observação da qualidade na conduta preventiva e de manejo do PD, entretanto, alguns itens necessitaram de alterações.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: WHO, 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=D33B1381EBA3C4294D22CAF9AFECD787?sequence=1
2. International Diabetes Federation. IDF the IDF Diabetes Atlas. 8 ed. Brussels, Belgium. 2017. Available from: <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1405&task=download>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 20-160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf
4. Mcewen NL, Ylitalo KR, Munson M, et al. Complicações e mortalidade nos pés: resultados da tradução da pesquisa em ação para o diabetes (TRIAD). *J Am Podiatr Med Assoc*. 2016[cited 2019 Jan 22];106(1): 7-14.
5. Ministério da Saúde (BR). Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Departamento de Atenção Básica. 2016[cited 2018 Dez 11]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf
6. Armstrong DG, Boulton AJM, Bus SA. Úlceras do pé diabético e sua recorrência. *N Engl J Med*. 2017[cited 2019 Jan 21]; 376(24):2367-5. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1615439>
7. Silveira GL, Ramos JLS, Freitas GLS, Rodrigues KL, Serafim SC, Brito RN, et al. Atuação do enfermeiro frente à adesão de idosos ao tratamento de diabetes. *Revista e-ciencia*. 2015[cited 2019 Fev 12]; 3(1):47-53. Available from: http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/download/60/pdf_12
8. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005[cited 2019 Jan 11];13(5):754-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf>
9. Berardinell LM, Guedes NA, Ramos JP, Silva MG. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. *Rev enferm UERJ*. 2014[cited 2019 Jan 23]; 22(5):603-9. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a04.pdf>
10. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
12. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011[cited 2019 Mar 22]; 16(7):3061-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>
13. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466, Princípios éticos em pesquisa com seres humanos. 12 de dezembro de 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc Anna Nery*. 2014[cited 2019 Mai 17];18(3):527-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0527.pdf>
15. Cunha JB, Salomé GM. Algoritmo e software para avaliação e tratamento de feridas. (Dissertação). Pouso Alegre (MG): Mestrado Profissional em Ciências Aplicada à Saúde, Universidade do Vale do Sapucaí. 2015. Available from: <http://www.univas.edu.br/menu/posgraduacao/MESTRADOS.asp>
16. Menezes LCG, Guedes MVC, Moura NS, Oliveira RM, Vieira LA, Barros AA. Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências. *Rev. Eletr. Enf*. 2016[cited 2019 Mai 11];18:e1197. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.40281>
17. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015 – 2016. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
18. Amogne W, Reja A, Amare A. Diabetic foot disease in Ethiopian patients: a hospital based study. *Ethiop J Health Dev*. 2011[cited 2019 Jan 15];25(1):17-21. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/ejhd/article/view/69841/57922>
19. Silva C, Pereira D, Almeida D, Venâncio M. Diabetic foot and assessment of the risk of ulceration. *Rev Enferm Ref*. 2014[cited 2019 Mar 11]; 4(1):153-61. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a17.pdf>
20. Vieira MA, Ohara CVS, De Domenico EBL. The construction and validation of an instrument for the assessment of graduates of undergraduate nursing courses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016[cited 2019 Mai 11];24:e2710. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02710.pdf
21. Plassa BO, Alarcon MFS, Damaceno DG, Sponchiado VBY, Braccialli LAD, Silva JAVE, et al. Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. *Esc Anna Nery*. 2018[cited 2019 Jan 22];22(4):e20180021. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180021.pdf
22. Houts OS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns*. 2006[cited 2019 Jan 22];61(2):173-90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.05.004>
23. Serxner S. How readability of material affects outcomes. *J Vasc Nurs*. 2000[cited 2019 Jan 22];18(3):97-101. doi: <https://doi.org/10.1067/mvn.2000.109281>

RECEBIDO: 31/07/2019 – ACEITO: 27/08/2019

CONTRIBUIÇÕES DO COMPONENTE CURRICULAR ANATOMIA APLICADA À ENFERMAGEM

Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes¹ <http://orcid.org/0000-0001-8464-2585>
Anderson Felix dos Santos² <https://orcid.org/0000-0001-6622-3934>
Jackson Soares Ferreira¹ <https://orcid.org/0000-0001-8855-3512>
Denival Nascimento Vieira Júnior³ <https://orcid.org/0000-0001-8813-0472>
Josélio Soares de Oliveira Filho¹ <https://orcid.org/0000-0002-4490-8075>
Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira¹ <http://orcid.org/0000-0002-5208-108X>

Objetivo: analisar sob a ótica discente as contribuições trazidas pela Anatomia Aplicada à Enfermagem enquanto componente curricular bem como a compreensão acerca das principais regiões anatômicas como embasamento para as práticas realizadas pelo enfermeiro a partir do conhecimento anatômico. **Metodologia:** estudo exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizada com 122 acadêmicos de enfermagem, em uma instituição de ensino superior privada em João Pessoa - PB, utilizando o software IRAMUTEQ para o processamento dos dados qualitativos e Técnica de Análise de Conteúdo. Resultados: identificou-se que 98% dos discentes entrevistados afirmaram que a Anatomia Aplicada à Enfermagem proporciona segurança durante procedimentos de enfermagem, bem como as principais estruturas anatômicas utilizadas durante a realização das técnicas baseadas em evidências. **Conclusão:** evidenciou-se a importância da Anatomia Aplicada à Enfermagem tal como o efetivo conhecimento apresentado pelos discentes sobre o domínio das principais regiões anatômicas, fundamentais para a realização de procedimentos de enfermagem.

Descritores: Anatomia; Enfermagem; Conhecimento; Terapêutica.

CONTRIBUTIONS OF THE CURRICULUM COMPONENT ANATOMY APPLIED TO NURSING

Objective: to analyze from the student's perspective the contributions brought by Applied Anatomy to Nursing as a curriculum component as well as the comprehension of the main anatomical regions as a basis for the practices performed by nurses based on anatomical knowledge. **Methodology:** exploratory and descriptive study with quantitative and qualitative approach, conducted with 122 nursing students, in a private higher education institution in João Pessoa, Paraíba, using the IRAMUTEQ software for qualitative data processing and Content Analysis Technique. Results: It was found that 98% of the students interviewed stated that Anatomy Applied to Nursing provides safety during nursing procedures, as well as the main anatomical structures used during the execution of evidence-based techniques.

Conclusion: the importance of Anatomy Applied to Nursing was noticed as well as the effective knowledge presented by the students about the mastery of the main anatomical regions, essential for the performing of nursing procedures.

Keywords: Anatomy Nursing; Knowledge; Therapeutics.

CONTRIBUCIONES DE LA ANATOMÍA DEL COMPONENTE CURRICULAR APLICADA A LA ENFERMERÍA

Objetivo: analizar desde la perspectiva del alumno las contribuciones aportadas por la Anatomía Aplicada a la Enfermería como componente curricular, así como la comprensión de las principales regiones anatómicas como base para las prácticas realizadas por las enfermeras basadas en el conocimiento anatómico. **Metodología:** estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo, realizado con 122 estudiantes de enfermería, en una institución privada de educación superior en João Pessoa, Paraíba, utilizando el software IRAMUTEQ para el procesamiento cualitativo de datos y la técnica de análisis de contenido. Resultados: Se encontró que el 98% de los estudiantes entrevistados declararon que la Anatomía Aplicada a la Enfermería brinda seguridad durante los procedimientos de enfermería, así como las principales estructuras anatómicas utilizadas durante la realización de técnicas basadas en evidencia. **Conclusión:** se evidenció la importancia de la anatomía aplicada a la enfermería, así como el conocimiento efectivo presentado por los estudiantes sobre el dominio de las principales regiones anatómicas, fundamentales para realizar procedimientos de enfermería.

Palabras clave: anatomia; enfermeira; conocimiento; terapéutica.

¹Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

²Universidade Federal da Paraíba

³Universidade Federal do Piauí

Autor Correspondente: Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes - Email: anne_carolinne32@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Anatomia Humana sempre se embasou na integração clínico-terapêutica, o que a tornou fundamental no currículo básico dos cursos de graduação em saúde⁽¹⁻²⁾. É a partir desse conhecimento que é possibilitada uma futura compreensão sobre processos patológicos e problemas clínicos⁽³⁾.

Estudo identificou algumas competências importantes que são proporcionadas através da disciplina de anatomia humana como a compreensão estrutural, funcional e fisiológica dos sistemas e suas respectivas estruturas. Assim, faz-se necessária a associação dos conhecimentos morfológicos fornecidos pela disciplina aos fundamentos do aprendizado para a promoção de uma prática embasada cientificamente⁽³⁾.

Enfatiza-se, a partir dessas ideias, o surgimento da Anatomia Aplicada, abordando os aspectos da estrutura e função do corpo humano indispensáveis à prática da enfermagem, associando as estruturas anatômicas aos procedimentos clínicos e exame físico durante consulta de enfermagem⁽⁴⁾.

Associa-se, nesta perspectiva, o componente curricular Anatomia Aplicada no curso de enfermagem às técnicas ministradas a partir do estudo de semiologia e semiotécnica em enfermagem. Preparando-se com técnicas a serem realizadas no âmbito da enfermagem em contato com o corpo humano, o estudante passará a relembrar dos conhecimentos básicos de Anatomia Humana, devendo então associá-la na prática clínica e nos procedimentos de enfermagem⁽⁵⁾.

O entendimento do corpo a ser cuidado como elemento significativo da formação acadêmica e da profissão, nos revela originalmente a essência dos fundamentos que guiam a prática de enfermagem e fornece subsídios para discussão referente aos conhecimentos morfológicos, como elo interdisciplinar ao núcleo da área fundamental em enfermagem⁽⁵⁾.

Conhecer disciplinas fundamentais ao alicerce da biociência fornece sérias implicações nos padrões da prática do enfermeiro e, entre elas, garante a segurança do paciente, já que confere a esse profissional maior responsabilidade e competência em desenvolver estudos clínicos⁽³⁾.

Ante o exposto, entende-se que o estudante de enfermagem deve ser incentivado a construir conceitos e associações teóricas, práticas e clínicas referentes às disciplinas cursadas que lhe garantam a conexão entre os períodos e atendam aos desafios que emergiram na atenção à saúde. Acrescenta-se ainda que essa habilidade pode ser considerada como uma valiosa ferramenta na superação

da fragmentação da prática educativa, a qual deveria fomentar os modelos fundamentados no processo de ação-reflexão e no olhar crítico do aprendiz⁽³⁾.

Diante dessa discussão, questiona-se: quais as contribuições da disciplina Anatomia Aplicada à Enfermagem para a formação acadêmica, segundo a ótica discente? É, portanto, objetivo deste estudo, analisar sob a ótica discente as contribuições trazidas pela Anatomia Aplicada à Enfermagem enquanto componente curricular bem como a compreensão acerca das principais regiões anatômicas como embasamento para as práticas realizadas pelo enfermeiro a partir do conhecimento anatômico.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva com abordagem quanti-qualitativa.

Participantes do estudo

A população do presente estudo foi composta por todos os alunos regularmente matriculados entre o quarto e oitavo semestre da graduação em enfermagem. Para definição da amostra, considerou-se erro amostral de 5% e nível de confiança em 95%, resultando em um quantitativo de 122 alunos. Para melhor estabelecer o perfil dos sujeitos participantes, adotou-se como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; já ter cursado a disciplina/módulo referente a Anatomia Aplicada; e exclusão: alunos que não tenham interesse em participar ou estejam impossibilitados para tal. A escolha dos participantes abrangidos pelos critérios de inclusão se deu de forma aleatória.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior Privada, situada na cidade de João Pessoa (PB). Esta escolha se deu em virtude de a Instituição adotar a disciplina "Anatomia Aplicada" como componente curricular obrigatório da graduação em enfermagem.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2018. Para realização da coleta utilizou-se um questionário estruturado, elaborado segundo o objetivo, subdividido em duas partes, a primeira contendo perguntas referentes aos dados sociais, a segunda, sobre a temática pesquisada, com questionamentos relacionados a segurança na realização de procedimentos de enfermagem fornecida por intermédio do componente curricular Anatomia Aplicada à Enfermagem; bem como indagações

inerentes aos principais órgãos e estruturas fundamentais para execução da profissão de enfermagem. Realizou-se a pesquisa conforme o funcionamento das aulas do curso de enfermagem, nos turnos manhã e noite, abordando-se de forma aleatória os acadêmicos e apresentando a finalidade do estudo, com posterior aceitação de participação por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimentos de análise de dados

Os dados quantitativos oriundos da coleta foram organizados em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente. Já os dados qualitativos, foram transcritos para word e transferidos para o bloco de notas para processamento pelo software IRAMUTEQ e após, foram analisados com a Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin⁽⁶⁾.

Procedimentos éticos

Conforme o que pressupõe as diretrizes éticas que inerem a pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo seguiu o que dispõe código de ética dos profissionais de enfermagem e a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo Nº 04/2017, CAAE: 64393517.7.0000.5179.

RESULTADOS

Em sua maioria, os sujeitos participantes da pesquisa inserem-se no gênero feminino (63,9%) e têm idade entre 18 e 24 anos de idade (40,9%), cursando a partir do quinto período (81,7%), como mostra a tabela 1.

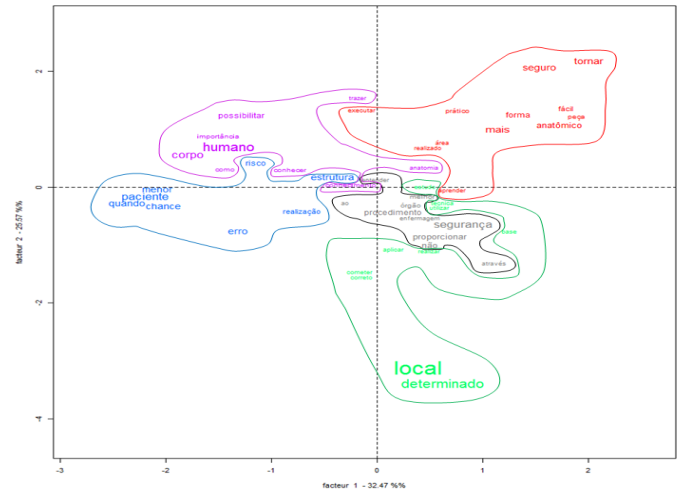
Tabela 1 – Disposição das variáveis caracterizando os sujeitos do estudo. João Pessoa – PB, 2018.

VARIÁVEIS	n	%
Idade		
18 - 24	51	40,9
25 - 34	49	40,1
35 ou mais	22	18,0
Período		
3º Período	13	10,6
4º Período	9	7,3
5º Período	40	32,7
6º Período	9	7,3
7º Período	33	27,0
8º Período	18	14,7
Gênero		
Masculino	20	16,6
Feminino	102	83,4

Quando indagados acerca da segurança que a disciplina Anatomia Aplicada à Enfermagem proporciona para a execução dos procedimentos em âmbito prático e profissional, a maioria dos discentes (98%) afirmaram obter maior confiança a partir do ensinamento teórico-prático da disciplina.

Para melhor explicitar e justificar as respostas evocadas pelos discentes participantes, os discursos processados pelo software Iramuteq foram dispostos conforme Análise Fatorial de Correspondência - (Figura 1), gerando cinco categorias denominadas: Anatomia Instrumental (verde); Anatomia Aplicada como Subsídio à Prática Profissional (cor vermelha); Anatomia na Gênese do Cuidado (cinza), Prática Baseada em Evidências Anatômicas (cor roxa); e Conhecimento Teórico-Prático para a Supressão de erros (cor azul).

Figura 1 -Análise Fatorial de Correspondência (AFC), representando em classes os vocábulos evocados para responder ao questionamento entre o componente curricular e a prática profissional. João Pessoa, PB, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa processados pelo IRAMUTEQ, 2018.

Conhecimentos técnicos e científicos para a realização dos principais procedimentos de enfermagem

Considerou-se o método “Nuvem de Palavras”, para organizar e agrupar as palavras em diferentes tamanhos conforme a frequência que foram evocadas. Sendo assim, o mesmo torna-se o melhor método em detrimento dos demais disponibilizados pelo IRAMUTEQ, no qual permite avaliar os conhecimentos sobre a relação entre a técnica de inserção da sonda vesical de demora (SVD) e as estruturas anatômicas subjacentes⁽⁷⁾.

Pode-se observar que o vocábulo “uretra” destacou-se como a estrutura mais citada pelos participantes, seguida de “bexiga”, “óstio externo” e “interno” bem como as porções da “uretra”, “membranosa”, “esponjosa” e “prostática”.

Associando-se a estas palavras evocadas, a utilização das expressões “Genitália Masculina” e “Genitália Feminina”, carregam consigo os vocábulos “pênis” como órgão “masculino” e a “vagina” como órgão “feminino”.

Figura 2 - Sondagem Vesical. João Pessoa, PB, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa processados pelo IRAMUTEQ, 2018.

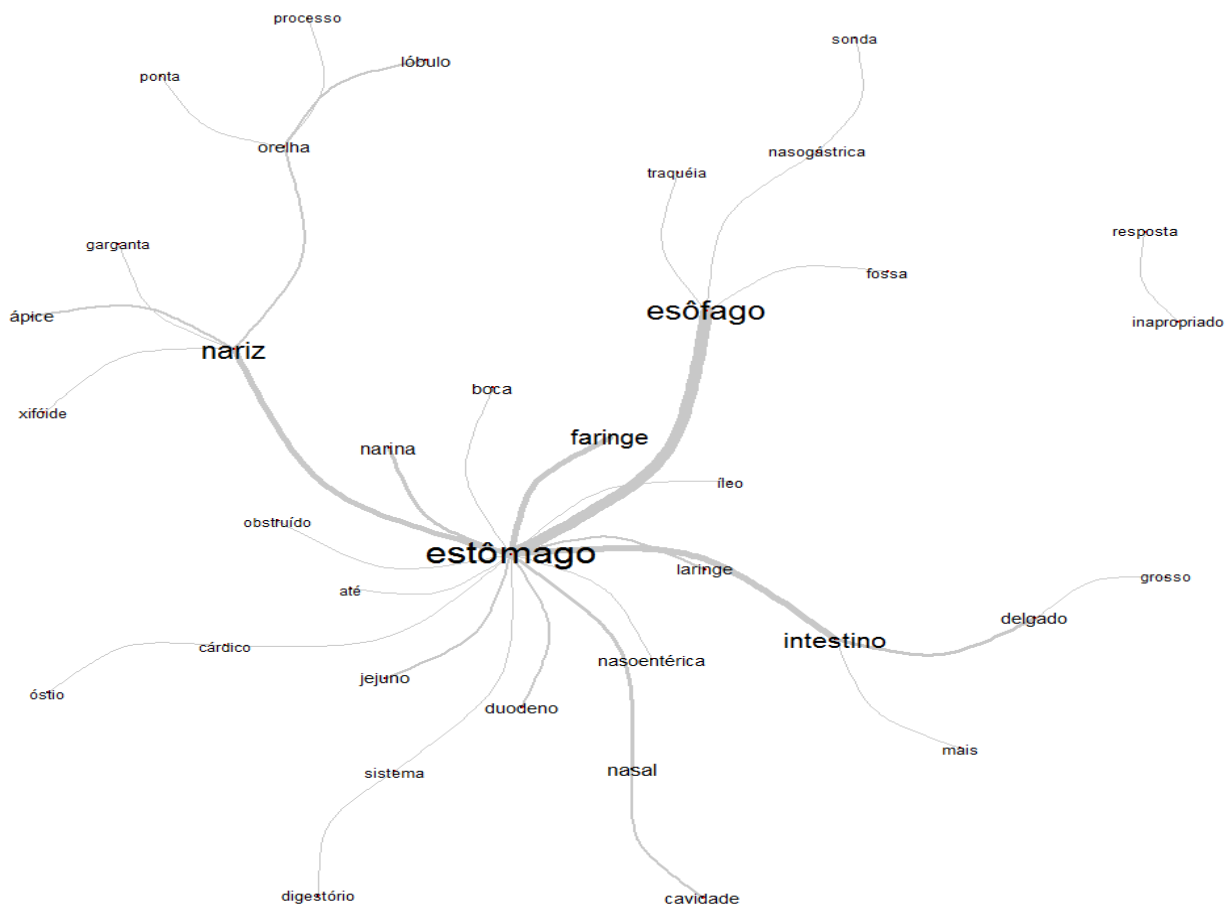
Para analisar as estruturas anatômicas e regiões assumidas como referência para a inserção de uma sonda nasogástrica e nasoentérica (SNG/SNE), utilizou-se

a análise de similitude, como método para evidenciar os vocábulos mais citados pelos participantes. Esta expressão o essencial da estrutura de associações existentes do conjunto dos elementos de representação, de modo que permite ligações entre as diferentes palavras citadas pelos entrevistados resultando em possibilidades de comparação⁽⁷⁾.

É possível considerar que a evocação de maior relevância conforme o discurso é o “estômago”, ocupando o centro da rede de palavras na Figura 3, cujo qual relaciona-se com o “nariz”. O termo “lóbulo” que está segmentado a partir de “orelha”, “processo” ou “ponta”, correlacionando-se com “xifoide”. A partir da palavra “esôfago”, pode-se visualizar a “traqueia”.

Interligados ao órgão estômago, pode-se visualizar os vocábulos como: “óstio cárdico”, “duodeno”, “jejuno”, “intestino delgado”; bem como intestino “grosso”. O “íleo”, apesar de relacionar-se ao intestino delgado e ainda ser citado por alguns alunos questionados, não é alcançado na passagem de sonda nasoentérica.

Figura 3 - Sondagem Nasogástrica/Nasoentérica. João Pessoa, PB, Brasil, 2018



Fonte: Dados da pesquisa processados pelo IRAMU-TEQ, 2018.

DISCUSSÃO

A Anatomia Aplicada à Enfermagem durante o curso, é o componente curricular referência para a aprendizagem da realização dos principais procedimentos de enfermagem, sendo necessário o conhecimento das principais estruturas do corpo humano para aplicabilidade das técnicas de enfermagem. Caracteriza-se a maior parte dos discentes como estudantes do quinto período em diante, sendo tal característica semelhante a estudo ⁽⁸⁾ que evidenciou discentes de períodos avançados como reconhecedores da necessidade da anatomia para subsidiar a técnica em busca de achados clínicos.

A maioria dos discentes desta pesquisa afirma a relevância do componente curricular Anatomia Aplicada à Enfermagem para a promoção da segurança durante os procedimentos de enfermagem. O conhecimento dos componentes curriculares iniciais dos cursos de graduação em enfermagem é indispensável para garantir a segurança do paciente, propiciando ao profissional maior aptidão para desenvolvimento de estudos clínicos⁽⁹⁾.

A partir do conhecimento anatômico, o enfermeiro é capaz de exercer funções complexas, ampliando seu conhecimento científico, promovendo intervenções especializadas para cada paciente⁽¹⁰⁾. Deve-se manter a aquisição dos conhecimentos durante o cursar da anatomia como subsídio para demais componentes curriculares como semiotécnica e semiologia e no âmbito profissional na realização do raciocínio clínico e distinção da normalidade⁽¹¹⁻¹²⁾.

A partir dos dados deste estudo foi possível inferir que, conhecer a anatomia proporciona maior autoconfiança ao estudante de enfermagem que, enquanto enfermeiro após sua formação executará os procedimentos de enfermagem baseados nos conhecimentos e motricidade fina, acarretando conseqüentemente em uma melhor assistência, sendo o enfermeiro capaz de transmitir segurança e proteção ao paciente, tornando-o confiante de que o mesmo proporcionará melhorias à sua saúde.

Pôde-se identificar as estruturas anatômicas como base para a realização da sondagem vesical, nasogástrica e nasoentérica. Identifica-se a partir deste estudo a imprescindível aplicação de um componente curricular voltado para as estruturas anatômicas associando-as à prática clínica, nas graduações de enfermagem.

O cateterismo vesical, que consiste em uma atividade privativa do enfermeiro⁽¹³⁾, caracteriza-se um procedimento estéril para fins terapêuticos, no qual facilita a entrada de microorganismos no trato urinário. Para tanto, exige-se capacitação, conhecimento e habilidades durante a realização e manipulação, consubstanciando na redução das complicações e infecções do sistema urinário⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A partir de estudo, pôde-se identificar o conhecimento deficiente quanto à passagem e manipulação do cateter ⁽¹⁶⁾. Além disso, outra pesquisa identificou que os protocolos das técnicas de cateterismo adequadas para prevenção de infecções do trato urinário de determinadas instituições de saúde encontraram-se inadequados⁽¹⁷⁾.

Concebe-se, com isso, a preocupação do conhecimento anatômico para a inserção adequada da sonda vesical, adotando a prática baseada em evidências⁽¹⁸⁾.

A uretra é um tubo muscular que conduz a urina do "óstio interno" da uretra a partir da bexiga até o óstio externo da uretra para o meio externo. Encontra-se, o óstio interno da uretra em contato direto com a bexiga, permitindo a passagem da urina para a uretra, chegando ao óstio externo da uretra localizado na glândula do pênis, ao que possui "órgão genital" considerado "masculino" e no vestibulo da vagina, ao que possui órgão genital conceituado como "feminina", possuindo cerca de 4 centímetros⁽⁴⁾.

Notou-se no estudo que parte da amostra possui conhecimento apenas sobre três, das quatro porções encontradas na uretra masculina, que possui de 18 a 22 cm de comprimento podendo ter maiores ou menores variações de acordo com o tamanho do pênis sendo estas a "porção prostática, porção membranácea e porção esponjosa"⁽⁴⁾. Destaca-se que, a região não citada em nenhum momento foi a parte intramural da uretra.

Salienta-se tal oposição de ideias, que pode ser explicada segundo as literaturas de referência utilizadas para o desenvolvimento do componente curricular nesta instituição, cuja as mesmas detêm a subdivisão da uretra em apenas três partes.

Entende-se a partir de conceito da Sociedade Brasileira de Anatomia – SBA⁽¹⁹⁾, que a uretra masculina é subdivida em quatro partes: a intramural que compreende a região que está no músculo detrusor da bexiga; a prostática na região da próstata; parte membranácea que atravessa a membrana do períneo; e, esponjosa que se estende pelo corpo esponjoso do pênis. Ratifica-se por Dangelo e Fattini⁽²⁰⁾ que na publicação de seu livro “Anatomia humana sistêmica e segmentada”, apresentou a uretra masculina subdividida em quatro partes, acima citadas.

Percebe-se que, quando existe a correlação entre partes anatômicas e o conhecimento técnico científico de determinado procedimento, como a sondagem, torna-se possível garantir a segurança na prestação da assistência, diminuindo infecções do trato urinário e complicações para o paciente⁽²¹⁾.

Após a devolutiva do estudo para a instituição e professores do componente curricular Anatomia Aplicada à Enfermagem e Anatomia Humana, ficarão à critério acerca da utilização da nomenclatura baseada na Sociedade Brasileira de Anatomia⁽¹⁹⁾ e Dangelo e Fantini⁽²⁰⁾.

Dar-se a introdução da SNG/SNE a partir do “nariz” passando por uma das “narinas” seguido da “cavidade nasal”, “faringe” - que podemos considerar como um pequeno tubo e que faz parte do sistema respiratório bem como digestório - e adiante encontramos o “esôfago”, o “óstio cárdico” delimitando o final do esôfago e o início do estômago, quanto que no final do estômago encontra-se outra estrutura denominada de esfíncter do piloro, que delimita o início da primeira porção do “intestino delgado”, o “duodeno”. Quando o paciente apresenta risco de refluxo esofágico que levaria à possível broncoaspiração, prefere-se a alimentação jejunal⁽²²⁾, ou seja, a segunda porção do intestino delgado, o “jejuno”.

Assim, pode-se observar diante dos resultados

que, ao relacionar a anatomia humana com aplicabilidade da semiologia e semiotécnica em enfermagem, torna-se possível a associação dos conteúdos teóricos e práticos pelo profissional de enfermagem, contribuindo para assistência de enfermagem adequada e segura.

Limitação do estudo

Há necessidade do conhecimento da anatomia humana por parte dos cursos de graduação das ciências da saúde, no entanto, a limitação deste estudo refere-se à escassez de manuscritos que enfatizem esta importância.

Contribuição do estudo para a prática

Este estudo coopera para possíveis melhorias nas bases de ensino anatômicas voltadas para o profissional de enfermagem. Denota-se ainda a necessidade de estudos voltados a avaliação do componente curricular Anatomia Aplicada à Enfermagem, da Anatomia Humana dentro das universidades, bem como a qualidade do ensino.

CONCLUSÃO

A partir das investigações realizadas nos discursos dos graduandos de enfermagem, observou-se que a disciplina de Anatomia Aplicada à Enfermagem é de fundamental importância para a formação de um profissional qualificado. Afirma-se que existe a necessidade do maior enfoque nas práticas clínicas, sendo este o objetivo geral da disciplina enquanto parte do conteúdo programático de algumas graduações de enfermagem. Com isso, enfatiza-se a importância da interação do estudo da semiologia e semiotécnica com as bases anatômicas para proporcionar uma assistência sistematizada ao futuro enfermeiro.

Avaliando, portanto, o aprendizado e a satisfação da disciplina por meio deste, os resultados foram satisfatórios, constando como maioria os participantes que apresentou domínio das principais regiões anatômicas, fundamentais para realização de procedimentos de enfermagem e que o insuficiente conhecimento da disciplina pode implicar em consequências ruins para a saúde do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Papa V, Vaccarezza M. Teaching anatomy in the XXI century: new aspects and pitfalls. *Sci World J*. [Internet] 2013 [cited 2019 Apr 20]; 1(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3842041/>
2. Alsaid B. Slide shows vs graphic tablet live drawing for anatomy teaching. *Morphologie* [Internet] 2016 [cited 2019 Apr 20]; 100 (331). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1286011516300248?via%3Dihub>
3. Oliveira RCE, Tinóco JDS, Delgado MF, Andriola IC, Silva CMB, Lira ALBC. Estratégia educativa no ensino de anatomia humana aplicada à enfermagem. *Av enferm*. [Internet] 2018 [cited 2019 Apr 20]; 36(1): 31-39. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n1/0121-4500-aven-36-01-00031.pdf>
4. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. *Anatomia orientada para a clínica*. 7th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
5. Silva PS, Dias SL, Henriques JCF, Soares EF, Figueiredo NMA. Discurso sobre anatomia humana no currículo integrado de enfermagem. *Rev. pesqui. cuid. fundam*. [Internet] 2013 [cited 2019 abr 4]; 5(1). Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1845/pdf_695
6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEO: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol*. [Internet] 2013 [cited 2019 Apr 26]; 21(2): 513-518. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016
8. Santos AF, Ferreira MGN, Pordeus ACL, Moreira LSM, Souto CGV, Maia CMAFG. Avaliação prática em anatomia numa perspectiva discente. *Rev Nova Esperança*. [Internet] 2018 [cited 2019 Apr 30]; 16(3): 33-42. Available from: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2018/12/Vol-16-n3-2018.pdf>
9. Mannix J, Wilkes L, Jackson D. Marking out the clinical expert/clinical leader/clinical scholar: perspectives from nurses in the clinical arena. *BMC Nurs*. [Internet]. 2013 [cited 2019 May 15]; 12(12). Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-12-12>
10. Salbego C, Oliveira EMD, Silva MAR, Bugança PR. Percepções acadêmicas sobre o ensino e a aprendizagem em anatomia humana. *Rev bras educ méd*. [Internet] 2015 [cited 2019 May 20]; 39(1): 23-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0023.pdf>
11. Cocce ALR, Silveira LM, Góes FSN, Souza ALT, Stabile AM. O ensino da anatomia nas escolas de enfermagem: um estudo descritivo. *Arq ciênc saúde*. [Internet] 2017 [cited 2019 May 26]; 24(4): 08-13. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/818/721>
12. Lira ALBC, Fernandes MICD, Costa IA, Silva RSC. Estratégia de Aprimoramento do Ensino do Exame Físico em Enfermagem. *Enferm Foco*. [Internet] 2015 [cited 2019 Aug 22]; 6 (1/4): 57-61. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/578/260>
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 0450 de 11 de dezembro de 2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem. 2013 [cited 2019 Aug 22]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html
14. Amaral DM, Coropes VBAS, Paula CL, Vidal MLB. Pós-operatório de vulvectomia e cateterismo vesical de demora: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE*. [Internet] 2017 [cited 2019 May 25]; 11(10): 3948-57. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/14283/24358>
15. Gomes AC, Carvalho PO de, Lima ETA, Gomes ET, Valença MP, Cavalcanti ATA. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE*. [Internet] 2014 [cited 2019 May 05]; 8(6): 1577-85. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9848/10059>
16. Bardsley A. ISC in women following urogynaecologic surgery. *Br J Nurs*. 2015; 24(18). Doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup18.S6>
17. Chaves NMO, Moraes CLK. Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva. *Rev enferm Cent.-Oeste Min*. [Internet] 2015 [cited 2019 May 5]; 5(2): 1650-1657. Available from: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/773/867>
18. Andrade VLF, Fernandes FAV. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet] 2016 [cited 2019 Jun 6]; 24. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/113358/111322>
19. Sociedade Brasileira de Anatomia (SBA). *Terminologia Anatômica*. 1th ed. São Paulo: Manole; 2001.
20. Dangelo JG, Fattini CA. *Anatomia humana sistêmica e segmentar*. 3th ed. Revista. São Paulo: Editora Atheneu; 2011.
21. Mercedes MC, Carvalho MAM, Araújo PRS, Queiroz AB, Silva BSM, Sousa MNM, Servo MLS. A prática do(a) enfermeiro(a) na inserção do cateter de Foley em pacientes de unidade de terapia intensiva: limites e possibilidades. *Rev epidemiol controle infecç*. [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 6]; 3(2): 55-61. Available from: http://www.fufs.edu.br/admin/anexos/23-09-2013_14_49_45_.pdf
22. Potter P, Perry AG. *Fundamentos de Enfermagem*. 8th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

RECEBIDO: 05/08/2019

ACEITO: 09/10/2019

SITUAÇÃO PROBLEMA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO A DISTÂNCIA SOBRE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

Claudia Labriola de Medeiros Martins¹

<https://orcid.org/0000-0002-0993-7348>

Gisella de Carvalho Queluci¹

<https://orcid.org/0000-0003-0496-8513>

Objetivo: descrever o desenvolvimento de uma plataforma virtual de aprendizagem com resolução situacional de problemas como ferramenta inovadora de ensino de prevenção de lesão por pressão. **Metodologia:** Estudo metodológico, de abordagem descritiva, com estratégia pedagógica de resolução de situação problema segundo Vilma de Carvalho, desenvolvido em 06 etapas didáticas. **Resultados:** O delineamento metodológico adotado prevê o desenvolvimento das seguintes etapas: 1ª etapa - apresentação do curso e resolução de pós-teste; 2ª etapa - leitura de situação - problema e resolução de situações problemas; 3ª etapa - realização de pesquisa em bases de dados e fórum de discussão; 4ª etapa - apresentação gráfica e audiovisual de conteúdo pedagógico; 5ª etapa - resolução de pós - teste; 6ª etapa - avaliação do produto desenvolvido. **Conclusão:** A incorporação da metodologia de educação a distância e de resolução de situação problema são de extrema relevância ao desenvolvimento do raciocínio crítico - reflexivo na qualificação e atualização profissional em saúde.

Descritores: educação à distância; lesão por pressão; educação em enfermagem; aprendizagem baseada em problemas; enfermagem

SITUATION RESOLUTION AS A DISTANCE TEACHING STRATEGY ON PRESSURE INJURY PREVENTION

Objective: To describe the development of a virtual learning platform with situational problem solving as an innovative teaching tool for pressure injury prevention. **Methodology:** Methodological study, descriptive approach, with pedagogical strategy of problem solving according to Vilma de Carvalho, developed in 06 didactic steps. **Results:** The adopted methodological design foresees the development of the following steps: 1st stage - course presentation and post-test resolution; 2nd stage - situation reading - problem and problem solving; 3rd stage - conducting research in databases and discussion forum; 4th stage - graphic and audiovisual presentation of pedagogical content; 5th step - post test resolution; 6th step - evaluation of the developed product. **Conclusion:** The incorporation of the distance education methodology and problem situation resolution are extremely relevant to the development of critical - reflexive reasoning in the qualification and professional updating in health.

Descriptors: distance education; pressure injury; education in nursing; problem-based learning; nursing

SITUACIÓN RESOLUCIÓN COMO ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA A DISTANCIA SOBRE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

Objetivo: describir el desarrollo de una plataforma virtual de aprendizaje con resolución de problemas situacionales como una herramienta de enseñanza innovadora para la prevención de lesiones por presión. **Metodología:** Estudio metodológico, enfoque descriptivo, con estrategia pedagógica de resolución de problemas según Vilma de Carvalho, desarrollado en 06 pasos didácticos. **Resultados:** El diseño metodológico adoptado prevé el desarrollo de los siguientes pasos: 1ª etapa: presentación del curso y resolución posterior a la prueba; 2da etapa - lectura de la situación - problema y resolución de problemas; 3ª etapa: investigación en bases de datos y foro de discusión; 4ª etapa: presentación gráfica y audiovisual de contenido pedagógico; 5to paso - resolución posterior a la prueba; Sexto paso: evaluación del producto desarrollado. **Conclusión:** La incorporación de la metodología de educación a distancia y la resolución de situaciones problemáticas son extremadamente relevantes para el desarrollo del razonamiento crítico - reflexivo en la calificación y actualización profesional en salud.

Descritores: Educación a Distancia; Úlcera por Presión; Educación en Enfermería; Aprendizaje Basado en Problemas; Enfermería.

¹Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense, RJ

Autor Correspondente: Claudia Labriola de Medeiros Martins - E-mail: claudialabriola@gmail.com

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão são a terceira condição mais cara após o câncer e as doenças cardiovasculares. Os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo cuidado direto e contínuo, além do tratamento e prevenção. Para alcançar um atendimento de qualidade ideal, os conhecimentos e atitudes de enfermagem devem ser baseados nas melhores evidências científicas¹.

A incidência e a prevalência de lesões por pressão nos cenários assistenciais são variáveis², no qual identifica-se, nos Estados Unidos, em pacientes críticos, prevalência de 8,8% a 9,3%³. Em contrapartida no Brasil, essas taxas em idosos internados correspondem a 18,8% e, em pacientes de unidades de terapia intensiva, corresponde a 17,7% a 35,2%².

Estudos internacionais apontam uma incidência entre 4,5% a 25,2% (Reino Unido), e uma prevalência de 2,9% a 8,34% (Espanha), 18,4% (Inglaterra) e 19,1% (Estados Unidos)⁴⁻⁵. No Brasil existem poucos estudos sobre incidência do agravo, no entanto alguns estudos existentes apontam entre 41,2% e 59% de risco para o desenvolvimento da lesão por pressão, e uma prevalência entre 8% e 23%⁶.

Nesse sentido, a assistência de enfermagem à pessoa com ferida requer uma prática consistente e competência trabalhada ao longo da graduação, não se extinguindo após sua conclusão, tendo em vista a atenção à saúde e a importância das tecnologias educacionais na maior efetividade do cuidado⁷.

Com isso, surge a possibilidade das metodologias ativas de ensino, como importante estímulo à aprendizagem e promoção do pensamento crítico-reflexivo, à motivação, criatividade, integração do conhecimento e habilidades interpessoais⁸. A metodologia de resolução de problemas torna-se importante nesse sentido, na medida em que se apoia em uma abordagem situacional por meio do encontro do profissional de enfermagem com as situações dos clientes, efetivando um processo de ensino e aprendizagem crítico.

Deste modo, a partir de tais considerações, tem-se por objetivo descrever o desenvolvimento de uma plataforma virtual de aprendizagem com resolução situacional de problemas para enfermeiros e acadêmicos de enfermagem como ferramenta inovadora de ensino de prevenção de lesão por pressão.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Estudo metodológico, do tipo discursivo e abordagem qualitativa, com estratégia pedagógica de resolução de situações - problema segundo Vilma de Carvalho, que visa

promover um processo de reflexão acerca da prática profissional e da teoria, de forma conjunta e inovadora.

Local do estudo

O presente estudo integra as investigações desenvolvidas pelo Mestrado Profissional de Ensino da Saúde (MPES), na linha de pesquisa de formação pedagógica em saúde, durante o período de julho a agosto de 2019.

Coleta dos dados

Dados extraídos da Dissertação de Mestrado "Tecnologia Virtual de Aprendizagem: Curso à Distância de Situação - Problema Como Estratégia de Ensino Para Prevenção de Lesão Por Pressão", apresentada à Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados de forma discursiva através da descrição das etapas pedagógicas.

Procedimentos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, de acordo com parecer nº: 3.375.082 e certificado de apresentação para apreciação ética (CAEE) nº 12129719.1.0000.524.

RESULTADOS

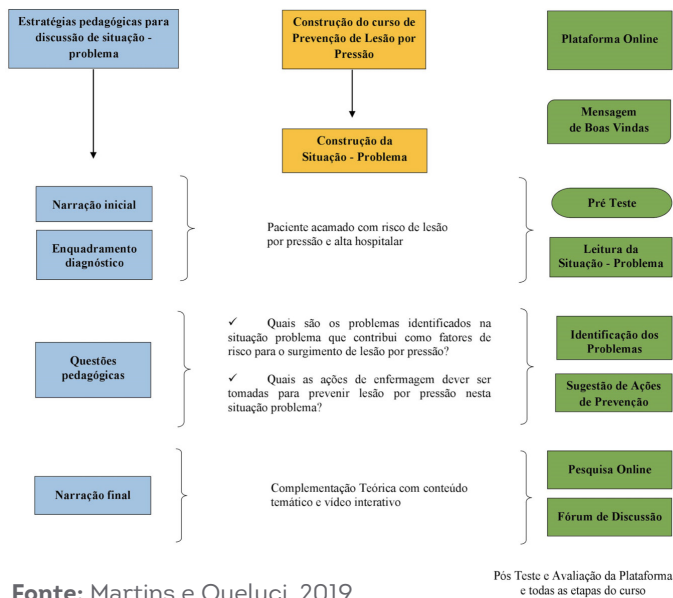
Desenvolvimento da Plataforma Virtual de Aprendizagem

O ambiente virtual de aprendizado (AVA) produzido neste estudo desenvolveu-se por meio da plataforma denominada Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment (MOODLE), que é um ambiente virtual de aprendizagem a distância, considerado um software livre, devido a sua gratuidade.

Dessa forma, para desenvolvimento da plataforma virtual de aprendizagem com estratégia pedagógica resolução de situação-problema foram realizados dois encontros com a coordenação do ensino a distância (CEAD) da instituição de estudo. No primeiro encontro foi discutido a proposta do curso e detalhamento das etapas a serem desenvolvidas e no segundo encontro ocorreu a capacitação para manipular a plataforma e construção do produto.

O curso possuiu data de início e término e, antes de iniciar disponibilizou-se uma mensagem de boas-vindas e uma breve explicação sobre as etapas a serem seguidas. O aluno só consegue avançar para etapa seguinte quando concluir a etapa anterior. Na figura 1 é possível observar a descrição detalhada das etapas pedagógicas do curso.

Figura 1 - Esquema ilustrativo de construção das etapas pedagógicas do curso, Niterói, 2019.



Fonte: Martins e Queluci, 2019

Estratégia Pedagógica de Resolução de Situação Problema

A metodologia de resolução de situações-problema é uma importante alternativa metodológica desenvolvida pela Professora Dra. Vilma de Carvalho, durante a inserção de novas metodologias ao Curso de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)⁸⁻⁹.

Buscando desenvolver um perfil profissional, esta metodologia embasa - se em premissas importantes que norteiam a construção da formação, por meio da ideia de integração entre a teoria e a prática, visando contextualizar o estudo com o trabalho, no qual o centro de interesse do ensino é deslocado para as atividades do estudante, sendo ele o agente do próprio aprendizado, mediante a situações e experiências cotidianas⁹.

Para isso, aponta-se a necessidade de investimentos pedagógicos, que possam contribuir pela conjunção do “saber fazer” crítico-reflexivo e do “poder fazer” na prática assistencial da realidade daqueles que receberão o atendimento profissional¹⁰.

Dessa forma, “a estratégia de resolução de situações problema são, em sua maioria, emergentes e adotadas na base do consenso coletivo”^{9:164}, haja visto que, objetiva - se reorientar a aprendizagem quanto à formação da consciência crítica, possibilitando o exercício da criatividade, do julgamento, das decisões e também das intervenções do profissional da enfermagem.

A sequência das etapas pedagógicas é representada pelos “Diagnósticos da situação de saúde”, “Planejamento

das Intervenções para a Resolução dos Problemas Identificados”, “Execução das Intervenções” e “Avaliação da Ajuda Prestada”.

É indispensável, portanto, uma formação em Enfermagem que direciona o desenvolvimento profissional em relação as ‘ações competentes e capazes de se explicar em bases científicas, e em relação ao saber-fazer e ao poder-fazer, as coisas de seu interesse e sua responsabilidade’^{10:117}.

Assim, mediante esse contexto, o ensino de Enfermagem deve preparar e legitimar os indivíduos para este trabalho, “através do aparato técnico-científico e ético-filosófico e do encontro com as situações dos clientes”^{8:15}, tendo na metodologia de resolução de problemas a viabilização dos elementos fundamentais para a formação profissional em detrimento das demais, proporcionando “a formação da consciência crítica e a aquisição de competências” que se adequam às mudanças e às demandas presentes no campo da saúde^{9:162}.

Construção da Situação-Problema

Para a elaboração da situação-problema de cliente com riscos de lesão por pressão, foram utilizadas fontes da literatura, como livros, artigos, revistas, e elementos pertinentes da práxis da pesquisadora. Ressalta-se que tal situação é de natureza hipotética, porém realística, sendo constituídas de problemas possíveis do mundo real na prática profissional do enfermeiro. Para isso, é importante que os conteúdos em abordagem sejam autênticos, relevantes e representativos daquilo que se espera na prática cotidiana do profissional.

Nesse sentido, considera - se que “Devem ser evitadas informações sem propósito, que acabam tirando o foco do problema”. Assim, o contexto deve ser adequado à prática, de forma realista, abordando casos e causas, propondo de forma contextualizada, reflexões e discussões que possam favorecer a identificação total do problema, a fim de que se possa planejar as soluções técnicas e procedimentais corretas para solucionar o problema do paciente. Caso contrário, se o problema se apresenta de forma muito artificial, “(...) a discussão ficará no questionamento de hipóteses da situação fictícia, gerando um resultado frustrante”^{11:150}.

Durante o processo de geração da situação-problema, deve ser levado em consideração a importância da criatividade, da capacidade de explorar e refletir, do raciocínio sensível e intuitivo do pesquisador. Além do mais, destaca - se que “a necessidade de serem evitados prejuízos de valores por parte do pesquisador durante o desenvolvimento das questões dos clientes a serem problematizados a fim de que se produza apoio dos princípios éticos, e não abordagens moralistas (...)”^{8:45}.

Com isso, para o conteúdo das situações desenvolvidas, foram considerados os aspectos que são percebidos ou visualizados como sendo alguns “desvios” da ação profissional ou que “desvirtuam” a função do enfermeiro. Esses aspectos, presentes no roteiro para a elaboração da situação problema foram, então, elencados de acordo com a sua pertinência no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem para com o cliente.

Neste contexto, é importante considerar que o cuidado de Enfermagem e o ensino deste nem sempre são “apropriadamente discutidos em âmbito de temática de situações de enfermagem; não nas circunstâncias problemáticas do cotidiano do cuidar de pacientes ou dos posicionamentos dilemáticos em face dos atendimentos executados pelos exercentes e em nome do agir da profissão”^{10:260}.

Essa construção envolve a “Abordagem Inicial à Situação”, aplicada como experiência de aprendizagem que representa o que o enfermeiro encontra em sua prática de atuar e cuidar dos pacientes.

Baseado na situação-problema em descrição, foram elaboradas perguntas problematizadoras, tendo como referência o “Levantamento de Questões Pedagógicas”. Estas objetivaram provocar o questionamento, estimular o pensamento crítico-reflexivo do estudante e servir como um gatilho para busca por informações relevantes para a identificação dos problemas os quais os pacientes apresentam em relação à lesão por pressão.

As perguntas pedagógicas serviram de norte para conduzir os participantes aos próximos passos, os quais são contemplados na “Narração Final”. Nesta etapa, foram descritos os problemas e sua discussão, sob a visão da Enfermagem, com vistas à resolução da situação-problema do cliente. Para isso, a pesquisa seguiu com a apresentação dos problemas do paciente com riscos de lesão por pressão e, posteriormente, a análise de possíveis soluções.

ETAPAS PEDAGÓGICAS

Etapa 01: Pré Teste

O pré-teste contém vinte questões objetivas, com opções de verdadeiro ou falso, sendo possível apenas uma tentativa de resolução, cujo resultado é disponibilizado através de nota (de 0 a 20 pontos).

Após a realização do pré-teste, os participantes passam para a próxima etapa do curso, que consiste na leitura da situação-problema sobre um paciente com risco de lesão por pressão e que recebeu alta hospitalar. Mediante a esta problemática, são considerados elementos de um roteiro com questões norteadoras acerca das interferências, acometimentos e diversas necessidades deste paciente.

Etapa 02: Leitura da Situação Problema e Resolução das Perguntas Pedagógicas

Mediante a leitura da situação - problema, os participantes identificam os principais problemas da situação apresentada. Para isso, também apresentou - se uma mensagem com a explicação da realização desta, para esclarecimento de dúvidas sobre as questões e indicações de materiais de pesquisas, que o auxiliariam na resolução das questões e conteúdo desta segunda etapa.

O objetivo desta etapa é que o participante seja estimulado a buscar e identificar os problemas que podem estar inseridos no contexto apresentado de um paciente com riscos de lesão por pressão, quais riscos existentes e procedimentos adequados de prevenção. Além disso, devem estimular o pensamento crítico e multifacial acerca do problema em questão, proporcionando melhor direcionamento pedagógico.

As questões pedagógicas valem 10 pontos cada, totalizando 20 pontos a nota máxima, tendo que anexar na questão nº 2, as referências utilizadas. É importante, portanto, compreender as características e os cuidados necessários em relação ao paciente idoso do sexo masculino com hipertensão em região sacra em estágio I. Foram perguntas pedagógicas deste estudo:

- 1) Quais os problemas identificados na situação - problema?
- 2) Quais as ações de enfermagem devem ser tomadas para prevenir lesão por pressão nesta situação problema?

Etapa 03: Realização de Pesquisa em Bases de Dados e Fórum de discussão

O fórum de discussão ocorreu após a realização das pesquisas por parte dos participantes, servindo para elucidar o tema e avaliar os trabalhos apresentados, como uma forma de verificar o nível de entendimento em relação ao tema proposto.

Além disso, foi possível melhorar a orientação e abordagem, sendo capaz de minimizar as dúvidas apresentadas mediante complementação teórica. A participação no fórum possuiu pontuação máxima de 40 pontos.

Esta etapa visa discutir uma situação - problema sobre um paciente com risco de lesão por pressão, abordando o que deve ser observado, como seria o plano de enfermagem para um eventual problema para com o paciente, quais as orientações e práticas a serem adotadas, dentre outras questões de relevância aos cuidados de enfermagem.

Etapa 04: Conteúdo Programático

Nesta etapa foi disponibilizado uma apresentação gráfica do tipo power point e uma mídia audiovisual cujo conteúdo re-

fere - se a temática de prevenção de lesão por pressão. Estas, foram desenvolvidas com base em literaturas científicas, artigos, protocolos atualizados, contendo os seguintes tópicos:

- Conceitos Básicos de Lesão por pressão (Anatomia da pele, fisiopatologia, definição, estágios da LPP, regiões vulneráveis para formação de LPP);
- Escala de Braden;
- Grupos de riscos de LPP;
- Fatores Predisponentes a LPP;
- Complicações da LPP;
- Vídeo Animado com os pontos principais do Protocolo de prevenção de lesão por pressão da instituição.

5ª Etapa - Pós teste

O pós-teste contou com 20 questões para marcar verdadeiro ou falso, sendo as mesmas perguntas do pré-teste, com uma tentativa para sua realização e nota de 0 a 20 pontos. O comprimento de todas as etapas do curso, totalizou máximo de 100 pontos.

A realização do pós-teste consiste em avaliar a aquisição de conhecimentos que os participantes obtiveram ao longo do curso, com questões básicas e fundamentais incluídas ao contexto trabalhado ao longo do curso.

6ª etapa - Avaliação do produto

Nesta etapa realizou - se avaliação do curso e de todas as suas etapas, mediante questionário de avaliação disponível na plataforma moodle contendo seis questões.

Após a conclusão de todas as etapas, foi disponibilizado uma mensagem de agradecimento pela participação, contendo os nomes da pesquisadora, orientadora e da coordenação da educação a distância.

DISCUSSÃO

A modalidade de ensino a distância vem sendo amplamente discutida ao longo dos anos, geralmente compreendida como sendo uma possibilidade de ampliação ao acesso a cursos de qualificação profissional, muito comum no âmbito do ensino superior. Além disso é vista por muitos como uma possibilidade complementar ao ensino presencial, já que a mesma pode também ser feita completamente a distância¹²⁻¹³.

Ao fortalecer as competências individuais e coletivas dos educandos, correlacionando problematizações, adversidades e rotinas que subsidiam a prática profissional, proporcionando autonomia e coletividade, se favorece, o pensamento crítico, a criatividade e a iniciativa¹⁴.

Dessa forma, ressalta-se a extrema relevância e inovação do produto produzido por meio deste estudo, haja visto que,

intervenções educativas como a metodologia de resolução de situação problema, enriquecem os modernos métodos pedagógicos, oportunizando experiências, conhecimentos e práticas singulares, articuladas a pluralidade dos cenários^{2,15}.

Estudos apontam que o pensamento crítico reflexivo acerca das demandas e complexidades individuais do paciente promove o desenvolvimento de uma avaliação profunda e harmônica, e conseqüente reestabelecimento do bem-estar e bem viver¹⁵. Quanto aos desafios que emergem neste cenário, aborda - se a necessidade de adequação dos conteúdos online e os objetos de aprendizagem, a adequação das atividades propostas à realidade cursista e o desenvolvimento de competências tecnológicas¹⁶.

Considerando essas questões, é importante inserir o profissional de saúde nesse contexto, onde o mesmo enfrenta uma série de desafios no que diz respeito a manutenção de sua atualização no ramo de atuação. O intenso dia a dia da profissão impõe algumas dificuldades ao profissional da enfermagem, e geralmente esses desafios estão atrelados ao tempo, onde o mesmo encontra dificuldades para realizar cursos de aperfeiçoamento e atualização na sua área de atuação, que é imprescindível para que o profissional possa manter a sua prática com segurança e qualidade¹⁷.

Portanto, é de extrema relevância o desenvolvimento de metodologias que visam extrair dos alunos as suas próprias experiências, mediante também a um processo de reflexão acerca da prática e da teoria, onde de forma conjunta buscam soluções para a situação problema que lhe é apresentada. Assim, as "estratégias para a resolução de situações-problema são, em sua maioria, emergentes e adotadas na base do consenso coletivo"^{10:164}.

Assim, faz-se importante a compreensão situacional dos problemas de saúde e enfermagem, segundo sua gravidade, para que os estudos e práticas de ensinar, cuidar e aprender sejam intensificados¹⁵, haja vista sua significativa relevância ao planejamento e dimensionamento dos trabalhos e cuidados de enfermagem.

Limitações do Estudo

Este estudo apresenta limitações oriundas da avaliação pontual das variáveis investigadas, podendo configurar como obstáculo à generalização dos resultados, porém, traz avanços para a enfermagem em diversos campos, haja visto que os cursos de EAD são de extrema relevância para a qualificação e atualização profissional, na complementação teórica da graduação e pós-graduação em saúde.

Contribuições do Estudo Para a Prática de Enfermagem

Neste sentido, sobre as contribuições, destacam-se a re-

dução de tempo e custos, a flexibilidade e a democratização do acesso e a capacidade territorial. Logo, importa discutir a formação e as demandas, bem como os métodos e as ferramentas adequadas para favorecer um ensino-aprendizagem de qualidade, haja visto que, no contexto da enfermagem, a avaliação realizada por aqueles que estão envolvidos nestas experiências com EaD, tem revelado contribuições e desafios²¹⁻²².

CONCLUSÃO

A construção de uma prática de ensino que seja de fato construtiva precisa ser pautada em pilares essenciais. No caso da modalidade de educação a distância é fundamental o preparo profissional, a estrutura de ensino e também a metodologia de trabalho, que foque no aluno como sendo o construtor do seu conhecimento, por meio de estímulos que possam desafiar-lo a resolver refletir, resolver problemas e propor soluções. Além disso, é preciso estar inserido em um contexto próximo a prática profissional.

Considerando a importância de se ampliar o conhecimento nos variados níveis de formação frente a prevenção de lesões por pressão, entende-se que esta modalidade

de ensino consolida a prática profissional em pilares essenciais, devendo assim, ser considerada como relevante subsídio a melhoria da qualidade da assistência e segurança em saúde, além de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Políticas Públicas.

Portanto, é imprescindível o desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem, que possam ser aplicadas e utilizadas na educação em enfermagem, para que haja oportunidade de conhecimentos e conteúdo específicos, aperfeiçoamento das competências, habilidades, práticas e condutas relacionadas à prevenção de lesões por pressão, sem comprometer a rotina de trabalho e estudo, além de produzir subsídios científicos, baseados em evidências, de impacto positivos e significativos ao panorama assistencial.

Contribuição dos autores

CLMM: Redação do artigo; Análise e interpretação dos dados. GCO: Concepção e delineamento; Revisão crítica; Aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos: Ao Conselho Federal de Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Tirgari B, Mirshekari L, Forouzi M. A. Pressure Injury Prevention: Knowledge and Attitudes of Iranian Intensive Care Nurses. *Adv Skin Wound Care*. 2018 Apr; 31(4):1-8.
2. Caldini LN, Araújo TM, Frota NM, Barros LM, Silva LA, Caetano JA. Avaliação de tecnologia educativa sobre lesão por pressão baseada em indicadores de qualidade assistenciais. *Rev Rene* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 25]; 29: e32695. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32695/pdf_1>.
3. VanGilder C, Lachenbruch C, Algrim-Boyle C, Meyer S. The International Pressure Ulcer Prevalence™ Survey: 2006-2015: A 10-Year Pressure Injury Prevalence and Demographic Trend Analysis by Care Setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017 Jan/Fev; 44(1):20-28.
4. Pieper M. Pressure ulcers: prevalence, incidence, and implications for the future. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2013.
5. Briggs M, Collinson M, Wilson L, Rivers C, McGinnis E, Dealey C. The prevalence of pain at pressure areas and pressure ulcers in hospitalised patients. *BMC Nurs* [Internet]. 2013 Jul [cited 2019 Jul 25]; 12(1):1-6. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765382/pdf/1472-6955-12-19.pdf>>.
6. Soares CF, Heidemann ITSB. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 May [cited Jul 25]; 27(2): e1630016. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e1630016.pdf>>.
7. Rabeh SAN, Gonçalves MBB, Caliri MHL, Nogueira PC, Miyazaki MY. Terapia tópica para feridas crônicas: contribuições de um módulo de ensino à distância para o conhecimento de estudantes de enfermagem. *Enferm*. Glob [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 25]; 16(45): 80-90. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/pt_1695-6141-eg-16-45-00069.pdf>.
8. Muniz AP. Situação-problema de cliente com ferida neoplásica: Contribuições para a prática e ensino de enfermagem. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2017.
9. Carvalho V. Sobre enfermagem: ensino e perfil profissional. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 2006.
10. Carvalho V. Sobre a lex - art e arte da enfermagem: a (inter) dependência entre verdade, necessidade e vontade no fazer, ensinar e investigar. 1th ed. São Caetano do Sul, SP: Yedis; 2014.
11. Aquilante AG, Silva RF, Avó LRS, Gonçalves FGP, Souza, MBB. Situações-problema Simuladas: uma Análise do Processo de Construção. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2011 Jun [cited 2019 Ago 14]; 35(2): Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 147-156, junho 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/02.pdf>>.
12. Moran JM, Massetto MT, Behrens MA. Novas tecnologias e mediações pedagógicas. Campinas, SP: Papirus; 2012
13. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Baptista RCN, Girão FB, Mendes IAC. Validação para língua portuguesa da escala Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning. *Rer latinoam enferm* [Internet]. 2015 Nov-Dez [cited 2019 Ago 14]; 23(6): 1007-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01007.pdf>.
14. Klein NA, Ahlert EM. Aprendizagem baseada em problemas como metodologia ativa na educação profissional. Artigo de Especialização apresentado ao Curso de Docência na Educação Profissional da Universidade do Vale do Taquari. Lajeado, 2018.
15. Queluci GC, Figueiredo NMA. Sobre as situações de enfermagem e seus graus de complexidade - menor, média e maior - na prática assistencial hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2019 Ago 14]; 14(1): 171 - 177. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a25.pdf>>.
16. Button D, Harrington A, Belan I. E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: a review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2014 Oct; 34(10): 1311-23.
17. Cavalcante MLSN, Borges CL, Moura AMFTM, Carvalho RMFL. Indicadores de saúde e segurança entre idosos institucionalizados. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 25]; 50 (4): 602- 9. Available from: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0602.pdf>.

RECEBIDO: 29/09/2019 - ACEITO: 30/01/2020

EVENTO QUEDAS: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO IDOSO HOSPITALIZADO

Anderson Abreu Carvalho¹

Melissa Orlandi Honório Locks¹

Silvia Azevedo dos Santos¹

Angela Maria Alvarez¹

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt¹

Jordelina Schier Schier¹

Darla Lusia Ropelato Fernandez¹

<https://orcid.org/0000-0002-4355-1721>

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

<https://orcid.org/0000-0001-9209-2894>

<https://orcid.org/0000-0001-9209-2894>

<https://orcid.org/0000-0002-7140-3427>

<https://orcid.org/0000-0001-5117-7234>

<https://orcid.org/0000-0002-6137-7659>

Objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem, quanto ao evento quedas, para a segurança de idosos internados nas unidades de internação de clínica médica. **Metodologia:** Qualitativa do tipo exploratório-descritivo, realizada no período de março a abril de 2018, em duas unidades de Clínica Médica de um hospital escola, com 15 enfermeiros. A coleta de dados deu-se através de entrevista semi-estruturada, sendo essas gravadas, transcritas e analisadas segundo análise temática. **Resultados:** Através das entrevistas identificaram-se três categorias: medidas de prevenção extrínsecas, intrínsecas e comportamentais; cuidados de enfermagem aos idosos que tiveram episódios de quedas e notificação das quedas no ambiente hospitalar. **Conclusões:** Foi possível concluir que os Enfermeiros conhecem os fatores de risco e implementam ações de prevenção para as quedas, entretanto não conhecem ou pouco utilizam ferramentas e protocolos que padronizem as ações e auxiliem nos cuidados diários ao idoso com risco de quedas.

Descritores: Envelhecimento; Hospitalização; Acidentes por quedas; Cuidados de enfermagem

EVENT FALLS: NURSING CARE FOR THE SAFETY OF THE HOSPITALIZED ELDERLY

Objective: To identify the nursing care, regarding the event falls, for the safety of elderly hospitalized in the medical clinic hospitalization units. **Method:** Qualitative of the exploratory-descriptive type, carried out in the period from March to April of 2018, in two units of Medical Clinic of a school hospital, with 15 nurses. Data collection was done through a semi-structured interview, these being recorded, transcribed and analyzed according to Minayo's analysis. **Results:** Through the interviews, three categories were identified: extrinsic, intrinsic and behavioral prevention measures; nursing care for the elderly who had episodes of falls and notification of falls in the hospital environment. **Conclusions:** It was possible to conclude that nurses know the risk factors and implement prevention actions for falls, but do not know or use tools and protocols that standardize actions and assist in the daily care of the elderly with risk of falls.

Descriptors: Aging; Hospitalization; Accidents by falls; Nursing care

EVENTO QUEDAS: CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA SEGURIDAD DEL HOSPITALIZADO

Objetivo: Identificar los cuidados de enfermería, en cuanto al evento caídas, para la seguridad de ancianos internados en las unidades de internación de clínica médica. **Método:** Cualitativa del tipo exploratorio-descriptivo, realizada en el período de marzo a abril de 2018, en dos unidades de Clínica Médica de un hospital escolar, con 15 enfermeros. La recolección de datos se dio a través de entrevista semiestructurada, siendo esas grabadas, transcritas y analizadas según análisis de Minayo. **Resultados:** A través de las entrevistas se identificaron tres categorías: medidas de prevención extrínsecas, intrínsecas y comportamentales; cuidados de enfermería a los ancianos que tuvieron episodios de caídas y notificación de las caídas en el ambiente hospitalario. **Conclusiones:** Fue posible concluir que los enfermeros conocen los factores de riesgo e implementan acciones de prevención para las caídas, sin embargo no conocen o poco utilizan herramientas y protocolos que estandaricen las acciones y auxilien en los cuidados diarios al anciano con riesgo de caídas.

Descriptorios: Envejecimiento; hospitalización; Accidentes por caídas; Cuidados de enfermería

¹ Universidade Federal de Santa Catarina.

Autor Correspondente: Anderson Abreu Carvalho - Email: anderson.imbituba12@gmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer é influenciado por diversos fatores, entre eles as doenças crônicas e os eventos adversos onde se destaca o evento quedas. A ocorrência de quedas é um indicador da perda da postura e da alteração de marcha, estando relacionada à insuficiência súbita de mecanismos neurais e osteomioarticulares⁽¹⁾.

As quedas têm como definição, a ida a uma superfície de contato, a um nível inferior ao que estava anteriormente, sendo este um contato não intencional, resultante da perda de equilíbrio postural, sem que tenha havido um acidente inevitável ou perda de consciência⁽²⁾. As mesmas podem ser originadas tanto por fatores intrínsecos, como as alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças crônicas e a polifarmácia; quanto por fatores extrínsecos, geralmente os quais são decorrentes de circunstâncias socioambientais. O reconhecimento da multifatorialidade associada às quedas auxilia no esclarecimento dos fenômenos causais e consequentemente, nas medidas preventivas⁽³⁾.

As quedas são frequentes no ambiente hospitalar, podendo representar 70% dos eventos adversos e dois de cada cinco eventos indesejáveis relacionados à segurança do paciente. Índices indicam que de cada 1000 pacientes internados, 1,1 a 22 % sofrem quedas nos ambientes hospitalares⁽⁴⁾. As quedas de pacientes internados estão entre os principais eventos a serem prevenidos nas instituições e são prioridades dentro do programa de segurança do paciente. Elas podem acarretar consequências graves, do tipo: traumas teciduais, fraturas, retirada não programada de artefatos terapêuticos e morte⁽⁵⁾.

No Brasil, as quedas vêm se destacando entre as causas externas com grande impacto no perfil de mortalidade na população e ampla relevância na morbidade⁽⁶⁾. Portanto, é mister que o Enfermeiro saiba identificar os fatores de riscos para poder prevenir e posteriormente tratar as eventuais consequências das quedas.

OBJETIVO

Identificar os cuidados de Enfermagem, quanto ao evento quedas, para a segurança de idosos internados nas unidades de internação de clínica médica.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva.

Participantes do estudo

Participaram 15 Enfermeiros de duas unidades de internação que atenderam aos critérios de inclusão de estar atuando há seis meses na instituição e como critérios de exclusão, os Enfermeiros que não realizavam assistência direta ao paciente.

Local do estudo

Realizado em duas unidades de Clínica Médica de um Hospital de ensino em Florianópolis/SC.

Coleta dos dados

Foi realizada no período de março a abril de 2018 através de entrevista semi-estrutura contendo perguntas abertas referentes à caracterização dos sujeitos, além de perguntas atinentes aos temas fatores de riscos, avaliação, prevenção e cuidados dispensados ao idoso que tenham quedas no ambiente hospitalar, com duração média de 30 minutos.

Procedimentos de análises dos dados

Os dados oriundos das entrevistas foram transcritos e analisados à luz da análise temática de Minayo, seguindo as etapas de pré-análise; exploração do material e, por fim, o tratamento e interpretação dos resultados, de onde emergiram os temas e subtemas referentes às unidades de significados emergentes.

Procedimentos éticos

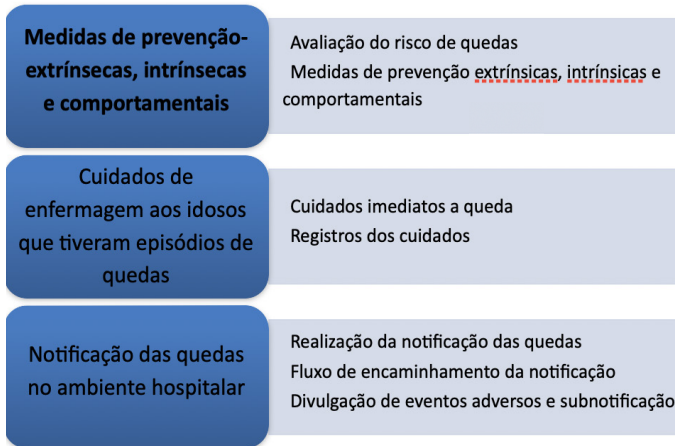
Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, CAAE: 80907517.5.0000.0121. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram 15 Enfermeiros, sendo seis da Clínica Médica 1 e nove da Clínica Médica 2, onde 14 eram mulheres e um homem e idade variando entre 26 e 54 anos; 14 estão formados a mais de oito anos; todos os entrevistados possuem especialização; 10 possuem Mestrado. Quanto ao tempo de trabalho na unidade, oito há menos de 1 ano; seis de 1 a 10 anos e um a mais de 20 anos.

Após a análise das falas advindas das entrevistas emergiram três categorias temáticas e subtemas conforme Figura 1.

Figura 1: Temas e subtemas oriundos das entrevistas com enfermeiros de duas Clínicas Médicas de um hospital de ensino de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil, 2018



Medidas de prevenção extrínsecas, intrínsecas e comportamentais

Na questão sobre prevenção de quedas no ambiente hospitalar, os enfermeiros verbalizaram não seguir uma rotina pré-estabelecida de avaliação do risco de quedas na admissão do paciente, uma vez que a mesma se dá através de uma avaliação subjetiva do paciente, sem a utilização de escalas ou instrumentos. O que pode ser observado na emissão a seguir:

Uma rotina pré-estabelecida, não tem. O que já é rotina, é essa avaliação do paciente quanto à mobilidade, sua parte neurológica, se precisa de andador, apoio para se locomover, orientação do uso de dispositivo de mobilidade ou nosso auxílio. (E15)

No que se refere à identificação da necessidade de medidas de prevenção, esta ocorre em momentos distintos, como na passagem de visita nos leitos e na avaliação direta ao paciente. Alguns ainda colocam que registram no prontuário e que também fazem orientações aos pacientes:

[...] avaliar da melhor forma possível os riscos do paciente, a gente prescreve na prescrição de enfermagem e coloca na evolução...temos esse cuidado de colocar a prevenção de quedas e os cuidados específicos. (E3)

Dentre os fatores de risco, foi possível identificar nas falas que os mesmos identificam diversas situações relacionadas aos riscos para quedas, como os fatores extrínsecos, intrínsecos e comportamentais. Neste sentido,

14 entrevistados falaram como prioridade nas ações de prevenção dos fatores extrínsecos a elevação das grades do leito e acompanhar os pacientes nas atividades de vida diárias:

[...] a cama estar alta, as vezes ele não abaixa para descer, e tenta sair da cama ainda com ela alta. O ambiente inadequado também é um risco. Não temos escadinha em todos os leitos. O Piso escorregadio [...]. (E1)

Paciente agitado, desorientado e sem acompanhante temos que manter na contenção mecânica.(E2)

Nos fatores intrínsecos, as falas mais evidentes foram em relação a alguns medicamentos que causam alterações neurológicas, tontura, sonolência e hipotensão, além da polifarmácia:

[...] as vezes ele está com hipoglicemia, hipotensão postural, vertigem, uma série de fatores que temos que avaliar, para que ele possa sair da cama com segurança. (E1)

Temos que observar, as medicações que causam tonturas, para dar uma maior atenção. A própria polifarmácia é um risco.(E2)

No que tange aos fatores de riscos comportamentais, as questões verbalizadas foram em relação às ações e atividades de vida diária e o uso de dispositivos para locomoção como cadeira de rodas, bengala, chinelos anti-derrapantes entre outros:

[...] orientar de trazer um chinelo fechado, ou o solado do sapato de borracha, na hora do banho. Se apoiar nas barras o cuidado no banho, para não escorregar.(E13)

Em relação à escala de avaliação do risco de quedas (Morse) utilizada na instituição, 11 entrevistados sabem que tem a referida escala padronizada na unidade e quatro nunca ouviram falar. Do total de entrevistados, oito utilizam a escala para a avaliação em seus cuidados cotidianos.

Cuidados de enfermagem aos idosos que tiveram episódios de quedas

Como ações de cuidados às quedas, os pesquisados destacaram a orientação e a educação em saúde, tanto voltada aos pacientes quanto para a equipe de enfermagem:

A orientação dos riscos que ele está correndo, se ele sair sozinho do leito, tiver passando mal e de repente não está aqui no setor. Orientar de acordo com a condição dele. (E1)

Em relação às ações de cuidados imediatos aos idosos que tiveram quedas, os entrevistados elencaram realizar diversas ações, dentre elas a avaliação neurológica, da dor, verificar a presença de ferimento ou fratura e identificação das causas. Outros cuidados específicos foram mencionados, porém os 15 entrevistados verbalizaram a chamada do plantão para avaliação mais amíuê do paciente. As informações sempre são registradas no prontuário:

[...] primeiramente verifico se ele está consciente tem alguma dor, algum machucado aparente, caso não, enquanto uma pessoa está dando assistência eu já peço para que o outro já chame o plantão. Registro no prontuário. (E1)

Diante da ocorrência de quedas no ambiente hospitalar, faz-se necessária a notificação do evento para que a instituição conheça o panorama e planeje estratégias para prevenção.

Notificação das quedas no ambiente hospitalar

No que consiste a notificação das quedas, apenas quatro verbalizaram não saber o fluxo das notificações, porém 11 verbalizaram fazer a notificação, três não os fazem e um mencionou não saber quanto à necessidade de notificar as quedas:

Eu não sabia que tinha... eu não sabia que era notificado... não conheço a ficha, não sei como se faz. (E1)

[...] eu sei que quem retira a notificação da unidade é o COSEP e eles fazem uma estatística e a partir disso eles baseiam as ações [...]. (E6)

Em relação à devolutiva do relatório interno aos enfermeiros que notificaram, 12 enfermeiros não sabem e/ou não viram uma devolutiva das notificações e três demonstraram conhecer o fluxo:

As vezes vem verificar as causas, colhem dados nos prontuários, verificam os resultados das ações e conversam sobre o que pode mudar... os dados são divulgados no sistema do HU. (E15)

[...] até hoje eu não vejo uma devolutiva. (E4)

Outro dado importante, foi que 11 enfermeiros falaram da subnotificação dos eventos quedas na instituição:

Tentam entender porque aconteceu ... não tenho capacitação sobre quedas... nem conhecimento sobre a divulgação dos dados... mas são subnotificadas [...]. (E13)

DISCUSSÃO

Sumariamente, percebe-se nas falas que são desenvolvidos cuidados como forma de prevenir as quedas, porém os mesmos não são padronizados.

No Brasil, uma investigação realizada sobre quedas de idosos hospitalizados em um hospital universitário do sul do Brasil, evidenciou que, em cada 1000 leitos, cerca de três a 17% dos indivíduos caem por dia⁽⁶⁾. Neste sentido, os enfermeiros entrevistados dizem não seguir uma rotina sistematizada de avaliação dos riscos de quedas sendo essa, realizada de forma subjetiva, uma vez que não utilizam instrumentos para essa avaliação. A enfermagem é de extrema importância na assistência à saúde do idoso em todos os níveis. Para tal, utiliza como método para a concretude organizacional do cuidado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, que se dá através do Processo de Enfermagem⁽⁹⁾. Os registros são apontados como um grande aliado na assistência, tendo em vista que eles servem de parâmetro frente às ações que foram realizados e também no gerenciamento das atividades⁽¹⁰⁾.

Especificamente sobre os riscos de quedas, os entrevistados elencaram aspectos referentes a três tipos existentes: riscos extrínsecos, intrínsecos e comportamentais. Os achados desse estudo corroboram com outro, onde apontam que as principais intervenções de Enfermagem para a prevenção de quedas em ambientes hospitalares são: elevar grades do leito, campainha perto do leito, barras de segurança pelo corredor e banheiro, piso antiderrapante, boa iluminação entre outras intervenções, como avaliar o risco de quedas e os fatores ambientais na admissão do paciente⁽¹¹⁾.

No que se refere à prevenção foi mencionado também o uso de contenção mecânica em pacientes agitados, desorientados e sem acompanhantes. A esse respeito, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem N. 427 (2012), que normatiza o uso de contenção mecânica empregado por Enfermeiros, profere que a mesma deverá ser empregada quando for o único meio disponível para prevenir um dano imediato e não será por um período prolongado, respeitando sempre as liberdades individuais e o espírito humanístico do cuidado⁽¹²⁾.

Em relação aos riscos intrínsecos, os entrevistados elencaram o uso e os efeitos das medicações e patolo-

gias associadas. Neste sentido, o estudo aponta que os fatores de riscos relacionados às medicações, as que mais influenciam nas quedas são, os psicotrópicos, ansiolíticos e cardiovasculares⁽¹³⁾. Dentre outros fatores intrínsecos destaca-se as alterações sensorio motoras, em que o indivíduo fica mais debilitado advindo do processo saúde doença e a dificuldade propiciada pelo ambiente desconhecido⁽¹⁴⁾.

Uma pesquisa realizada em Porto alegre revela que cerca de 72% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, necessitando do tratamento farmacológico e do uso regular de fármacos, facilitando a polifarmácia⁽¹⁵⁾. Uns dos principais problemas da terapia medicamentosa no idoso, porque são mais susceptíveis aos efeitos colaterais e as funções de diversos órgãos tornam-se deficientes, modificando a atividade dos fármacos⁽¹⁶⁾.

No que se refere aos riscos comportamentais, é necessário que sejam observadas as peculiaridades de cada idoso, atentando para o uso de dispositivos de marcha, vestimentas e calçados inadequadas, uso de álcool, entre outros fatores⁽¹⁷⁾.

Um das formas de sistematizar o cuidado de maneira científica e baseado em evidências é através da construção de protocolos, pois, evitam equívocos⁽¹⁸⁾. A utilização de protocolos mais focados no cuidado à prevenção de quedas e a identificação dos fatores de risco, tem se apresentado como uma alternativa bastante eficiente. Essa mediação tem refletido de maneira positiva na qualidade de vida dos idosos e tem se tornado ferramenta essencial para o enfermeiro no processo de melhoria do atendimento⁽¹⁹⁾.

As principais estratégias de cuidados imediatos aos idosos que caíram no ambiente hospitalar, que mais apareceram no estudo, foram orientação e educação em saúde aos idosos. Neste sentido, a utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda, consequências e prevenção. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital⁽²⁰⁾.

Em relação aos cuidados imediatos dispensados aos pacientes após as quedas, indica-se a realização da supervisão periódica para avaliação da segurança do paciente, além de avaliar sempre o nível de consciência. Outros cuidados ainda são sugeridos, como: orientar o paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional; avaliar o nível de dependência para planejamento da assistência relacionado à mobilização, autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha⁽²¹⁾.

No que se refere à notificação das quedas, identificou-se uma subnotificação das mesmas. Nesse sentido, sabe-se que o processo de educação permanente dos profissionais de saúde para a notificação é gradativo, até que esteja no dia a dia da realidade vivida. É importante o investimento na disseminação da cultura de segurança, com ênfase em educação e comunicação, adoção de condutas baseadas em protocolos, para ampliar o conhecimento em segurança⁽²⁰⁾.

O enfermeiro deve sempre depois de ocorrido um evento adverso registrar o período do dia em que ocorreu, registrar as causas, fatores predisponentes, a conduta imediata e as consequências, registrando as intervenções realizadas, bem como a notificação⁽²¹⁾.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo configura-se o fato de ter sido realizado apenas com Enfermeiros. Sugere-se assim, que estudos que envolvam outros membros da equipe de e-Enfermagem sejam de grande valia, uma vez que são eles que diretamente realizam o cuidado diário ao idoso.

Contribuições para a prática

Esse estudo possibilitou a identificação dos fatores de risco, avaliação e manejo das quedas em idosos hospitalizados. Ao mapear este panorama do cuidado, possibilita-se aos Enfermeiros e à instituição criar estratégias através do desenvolvimento de ações e tecnologias que possibilitem a mudança da prática, com vistas a aprimorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a segurança do idoso, minimizando as quedas e suas complicações no ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar que os enfermeiros realizam ações de cuidados, através do conhecimento dos fatores de riscos e da implementação das ações de prevenção para as quedas em idosos e ações de cuidados imediatos, entretanto não conhecem ou pouco utilizam ferramentas que padronizem as ações e auxiliem nos cuidados diários ao idoso com risco de quedas, bem como a notificação.

Acredita-se que essa pesquisa no cenário da prática, possibilitou realizar um panorama das ações de cuidado realizadas aos idosos, podendo servir como base para estudos futuros no que se refere à padronização de cuidados a este segmento da população, estimulando também o desenvolvimento de estratégias de educação permanente à equipe de enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao PROCAD/CAPEES, cujo presente estudo faz parte, estando vinculado ao Macroprojeto “Envelhecimento Ativo: promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais e cognitivas”.

Contribuição dos Autores:

Concepção e/ou desenho: AAC, MOHL, SAS, JS, AMA, KSAH; Análise e Interpretação dos dados: AAC, MOHL, SAS, JS, AMA, KSAH; Redação do artigo: AAC, MOHL, SAS; Revisão crítica: AAC, MOHL, SAS; Revisão Final: AAC, MOHL, SAS, JS, AMA, KSAH.

REFERÊNCIAS

- Mendes TAB. Geriatria e Gerontologia. 4ª ed. São Paulo: Editora Manole; 2017.
- Abreu HCA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Abreu DROM, Oliveira AD. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. Rev Saúde Pública [Internet]. 2015. p. 49:37 Acessado em: 11 de jan de 2019;. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/0034-8910-rsp-S0034-89102015049005549.pdf>
- Souza LHR, Brandão JCS, Fernandes AKC, Cardoso BLC. Quedas em idosos e fatores de riscos associados. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul (Internet), v.15, n.54. 2017. p.55-60. Acessado em: 10 de jan de 2019. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_sau-de/article/view/4804/pdf
- Vieira ER, Berean C, Paches D, Caveny P, Yuen D, Ballash L, et al. Reducing falls among geriatric rehabilitation patients: a controlled clinical trial. Clin Rehabil. [Internet]. 27(4). 2013; p. 325-35. Acessado em 14 de jan de 2019; 27(4): 325-35. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/22952303
- Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, Jesus CS. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. Texto Contexto – Enferm. [Internet] 2017; 22(1) [acesso em 21 abr 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100006>.
- Alves GCQ, Silva AD, Ohl RIB, Amaral EMS, Ferreira LA, Chavaglia SRR. Vítimas de trauma por quedas atendidas em unidades de pronto socorro adulto: estudo transversal. Rev. Enferm. em Foco (Internet) 2018, 9(3), p.59-65. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1958/462>. Acessado em: 14 de jan de 2019.
- Luzia MF, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VLM, Pinho LB, Lucena AF. Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. Rev. Esc. Enferm. USP. (Internet) 2018; 52 (3). Acessado em 14 de jan de 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/145282/139378>.
- Melo DFF, Nunes TAS, Viana MRP. Percepção do enfermeiro sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico. R. Interd. [Internet] 2014; 2(7) [acesso em 23 jul 2018]. Disponível: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/425/pdf_126.
- Silva DT, Goulart NS, Amado KC. Registros de enfermagem com ênfase na segurança do paciente. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2014; 8(2).
- Alshammari AS, Alhassan AM, Aldawsari MA, Bazuhair FO, Alotaibi FK, Aldakhil AA et al. Falls among elderly and its relation with their health problems and surrounding environmental factors in riyadh. J Family Community Med. 2018 jan-apr; 25(1):29-34
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 427, de 07 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília: COFEN; 2012.
- Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos (ISMP). Medicamentos associados a riscos de quedas. 2017. [acesso em 21 abr 2018]. Disponível: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/02/IS_0001_17_Boletim_Fevereiro_ISM-P_210x276mm.pdf.
- Paixão CMJ, Heckman MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
- Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. 2017; 66(1), p. 45-51. Acessado em: 14 de jan de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n1/0047-2085-jbpsiq-66-1-0045.pdf>
- Silva EA, Macedo LC. Polifarmácia em idosos. Revista Saúde e Pesquisa. [Internet] 2013; 6(3) [acesso em 24 abr 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2013v6n3p%25p>.
- Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet] 2014; 17(4) [acesso em 21 abr 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>.
- Porto KLHA. A segurança do paciente na utilização do checklist. Rev. Enfermagem Revista. [Internet] 2014; 17(2) [acesso em 23 jul 2018]. Disponível: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12876/10087>.
- Petito ADC, Costa LFX, Petito G, Souza FAA. Prevenção de quedas em idosos a partir do autocuidado: uma revisão bibliográfica. REFA-CER. [Internet] 2015; 4(2) [acesso em 23 jul 2018]. Disponível: <http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/88/57>.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2013 abr. 02; Seção 1. p 43. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 2013.
- Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. Rev. esc. enferm. USP. [Internet] 2017; (51) [acesso em 22 abr 2018]. Disponível: São Paulo, v.51. Out-2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>.

RECEBIDO: 05/12/2018

ACEITO: 23/9/2019

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Flavia Martins Montello¹

Leonardo Alves Monturil²

Eudilanay Ferreira Moura¹

Aldair Martins Barasuo¹

Soraya Rodrigues Doderó²

Erika Silva Maciel²

Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma²

<https://orcid.org/0000-0003-0676-256X>

<https://orcid.org/0000-0002-0106-997X>

<https://orcid.org/0000-0003-2685-586X>

<https://orcid.org/0000-0002-7122-4648>

<https://orcid.org/0000-0003-0818-875X>

<https://orcid.org/0000-0002-9836-7665>

<https://orcid.org/0000-0001-8407-0310>

Objetivo: Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde apresentados por profissionais da saúde. **Metodologia:** Estudo seccional, realizado com 24 profissionais de unidades de saúde da família do município de Palmas, Tocantins. **Resultados:** Os participantes avaliaram os atributos com altos escores, com exceção do Acesso de Primeiro Contato e Orientação comunitária. **Conclusão:** Os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, percebem a atenção ofertada de maneira positiva, contribuindo para o fortalecimento da atenção básica.

Descritores: Avaliação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Profissionais.

EVALUATION OF PRIMARY HEALTH ATTRIBUTES: PROFESSIONALS 'VIEW

Objective: To evaluate the presence and extent of attributes of Primary Health Care presented by health professionals. **Methodology:** Cross-sectional study conducted with 24 professionals from family health units in the city of Palmas, Tocantins. **Results:** Participants evaluated the attributes with high scores, except for First Contact Access and Community Guidance. **Conclusion:** Medical professionals, nurses and dentists perceive the attention offered positively, contributing to the strengthening of primary care.

Descriptors: Health Evaluation, Primary Health Care, Family Health Strategy, Professionals.

EVALUACIÓN DE LOS ATRIBUTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

RESUMEN

Objetivo: evaluar la presencia y el alcance de los atributos de la atención primaria de salud presentados por los profesionales de la salud. **Metodología:** Estudio transversal realizado con 24 profesionales de unidades de salud familiar en la ciudad de Palmas, Tocantins. **Resultados:** los participantes evaluaron los atributos con puntajes altos, a excepción del acceso de primer contacto y la orientación comunitaria. **Conclusión:** Los profesionales médicos, enfermeras y dentistas perciben la atención ofrecida positivamente, contribuyendo al fortalecimiento de la atención primaria.

Descriptor: Evaluación de Salud, Atención primaria de salud, Estrategia de salud familiar, profesionales.

¹ Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas, Palmas, Tocantins

² Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, Palmas, Tocantins

Autor Correspondente: Flavia Martins Montello - Email: m96flavia@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde e possibilitar o “acesso universal aos serviços”, “atenção integral e integrada ao longo do tempo”⁽¹⁾. A APS, com este objetivo, foi utilizada pela primeira vez em 1920, no chamado Relatório Dawson, consolidando-se como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde⁽²⁾.

A partir da década de 1990, foi observado um aumento substancial de estudos sobre os sistemas de saúde orientados pelas APS, na provisão de melhores cuidados para suas populações, evidenciando o impacto positivo. Neste mesmo período foi instituído no Brasil o Programa Saúde da Família que, posteriormente, teve seu conceito ampliado e denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁽³⁾.

A ESF foi planejada de forma a incorporar o conhecimento gerado nas experiências internacionais de sistemas de saúde fundamentados na atenção primária e nas propostas definidas na Conferência de Alma Ata, com princípios de acesso universal, cuidado continuado, integral e coordenado, junto às comunidades. Seus objetivos principais foram estruturar e consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientar a centralidade da prática assistencial para a família em seu ambiente físico, social e expandir a rede de serviços desse nível assistencial⁽⁴⁾.

A APS é definida por meio de quatro atributos essenciais: 1) o acesso de primeiro contato, que é o acesso aos serviços a cada novo problema; 2) longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; 3) a integralidade, que implica em um cuidado integral ao paciente proporcionado em todos os tipos de serviços e níveis de atenção à saúde; e 4) a coordenação, que é as informações disponíveis a respeito de problemas e serviços anteriores. Além destes, há três atributos derivados, “orientação familiar”, “orientação comunitária” e “competência cultural” que completam e integram os atributos da APS⁽⁵⁾.

Em conformidade com Programa Nacional de Atenção Básica - PNAB (2012), concluiu-se que as ações e serviços da APS se tornam um desafio para a gestão pública, pois esta deve buscar a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática⁽⁶⁾. Neste cenário é fundamental uma avaliação para a qualificação dos processos de gestão, visto que o objetivo é proporcionar um melhor rendimento e efetividade da administração pública. Dessa forma, deve-se oportunizar a implementação de políticas que impactem positivamente nos indicadores de saúde⁽⁷⁾.

A avaliação é uma atividade que consiste em fazer o jul-

gamento sobre uma determinada intervenção, com o intuito de auxiliar na tomada de decisões. Com isso, avaliar os serviços de saúde envolve a produção de conhecimento e/ou instrumentos visando à melhoria da assistência prestada através das técnicas e tecnologias desenvolvidas pelos profissionais de saúde⁽⁸⁾.

Os serviços de APS organizados com base em seus atributos proporcionam melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, utilização mais frequente de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das desigualdades de acesso aos serviços^(9,10).

Pesquisas voltadas para a avaliação da APS na visão de profissionais e usuários são importantes para mensurar a qualidade dos cuidados prestados. Avaliar o sucesso das ações ou até mesmo seus fracassos é fundamental para o planejamento, gestão e cuidados prestados de forma adequada aos usuários, tornando-se ferramenta para impulsionar melhorias nesse setor⁽¹¹⁾.

Nessa perspectiva, profissionais e usuários devem ser a atenção no que diz respeito a avaliação da APS, cada um com a devida importância nesse processo. Avaliar, tornar-se um importante indicador que possibilita o incentivo para melhorias no serviço e manutenção de padrões mínimos de qualidade.

Desta forma, a literatura destaca o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), que possibilitam avaliar a APS com ênfase na avaliação da presença e extensão de seus atributos essenciais e derivados. Proposto por Bárbara Starfield⁽⁵⁾ e validado no Brasil⁽¹²⁾, o instrumento avalia o grau de orientação à APS por meio de seus atributos, podendo ser aplicado a profissionais, adultos ou crianças, refletindo a experiência de grupos distintos.

Assim, diante desse contexto, este estudo tem por objetivo avaliar os atributos da APS na visão dos profissionais que trabalham nos Centros de Saúde da Comunidade (CSC) em um território de saúde da capital Palmas/TO.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Estudo descritivo-exploratório transversal de cunho quantitativo.

Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa médicos, enfermeiros e dentistas que fazem parte dos CSC do Território Krahô, selecionados pelo método de amostragem por conveniência. A população do estudo foi composta por todos os profissionais (n=36) que atuavam nas equipes de saúde da famí-

lia do município, com mais de um ano de atuação no local da pesquisa. Foram excluídos profissionais que estivessem de licença ou férias nos dias das entrevistas, desistência, ausência após três tentativas de coleta, que estivessem na unidade de saúde substituindo os profissionais contratados ou concursados das equipes no período do estudo e que não aceitaram participar do estudo após consentimento, compondo uma amostra de 24 profissionais.

Local do estudo

Considerada a maior cidade do estado, Palmas, capital do Tocantins, possui uma população estimada para o ano de 2018 de 291.855 habitantes e uma densidade demográfica de 102,90 hab/km² (13).

Com a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Palmas segue as diretrizes nacionais (Portaria GM/MS Nº 4.279/10), com seu último macrozoneamento territorial atualizado em 2016. A RAS e Vigilância em Saúde (RAVS Palmas) da Secretaria da Saúde, conta com 34 CSC, distribuídos em oito territórios e uma cobertura de aproximadamente 100% da população (14). O estudo foi realizado em dois CSC de um Território denominado Krahô.

Coleta de dados

A coleta aconteceu de outubro a dezembro de 2018. Foram utilizados dois instrumentos previamente estruturados sobre o perfil socioeconômico e demográficos acrescido da classificação sugerida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (15) e outro desenvolvido pela equipe de Bárbara Starfield e seus colegas do Centro de Políticas de Atenção às Populações da Johns Hopkins (5) que permite a avaliação de vários atributos da APS. Este instrumento - Primary Care Assessment Tool-versão profissionais (PCATool - VP) (12), afere a orientação à APS e é composto por 77 itens divididos em oito componentes, sendo seis deles considerados atributos essenciais (aceso de primeiro contato/acessibilidade, longitudinalidade, coordenação/integração de cuidados, coordenação/ sistema de informações, integralidade/ serviços disponíveis, integralidade/ serviços prestados) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária).

Procedimento de análise de dados

A análise estatística foi realizada por meio do pacote estatístico STATA (Software for Statistical and Data Sciences) versão 18.0 for Windows. Para verificação da qualidade da assistência na APS foram calculados os escores de cada atributo do PCATool-VP, obtidos pela média dos itens que

o compõe. Os valores resultantes, destes escores, foram convertidos para uma escala de 0 a 10. Os valores acima do ponto de corte (Escore ≥ 6,6) indica forte orientação para os atributos na APS e valores menores (< 6,6) fraca orientação para os atributos na APS (16). Para diminuir o viés de informação foi criado um formulário eletrônico para construção do banco no Epi info 7.2@. Os dados foram validados em duplicata e nos casos onde houve divergência entre os dados, um terceiro pesquisador foi consultado.

Procedimentos éticos

A participação foi voluntária e após esclarecimentos aos convidados sobre os objetivos da pesquisa, aqueles que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse estudo foi apreciado e aprovação pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas / Universidade Luterana do Brasil - CEULP/ULBRA conforme diretrizes éticas preconizadas no Brasil (17).

RESULTADOS

Dentre os 36 profissionais elegíveis para o critério de inclusão, foram 24 participantes de três categorias profissionais, médicos (n=9; 37,5%), odontólogos (n=9; 37,5%), e enfermeiros (n=6; 25%), com predominância da classe econômica predominante foi a "classe A" (n=7; 29,2%). Observa-se como destaque algumas características dos profissionais, com a maior parte ser do gênero feminino (n=15; 62,5%), concursados (n=15; 62,5%), com carga horária semanal de trabalho alta, de >12h (n=14; 58,3%) e com tempo de serviço na instituição entre 1 e 5 anos (n=10; 41,7%). A Tabela 1 consolida as principais características sócio econômicas demográficas dos profissionais.

Tabela 1 - Aspectos socioeconômicos demográficos dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde, Palmas/TO, 2018.

Variáveis	N / média	% / DP
Gênero		
Masculino	9	37,5
Feminino	15	62,5
Idade	35,04	(± 2,45)
Qual o tipo de vínculo empregatício?		
Concurso	15	62,5
Contrato	8	33,3
Não respondeu	1	4,2
Carga horária semanal de trabalho?		
6 a 8 horas	9	35,2

10 a 12 horas	1	4,2
Mais de 12 horas	14	60,6
Classe econômica (ABEP^a)		
A	7	29,2
B1	2	8,3
B2	5	20,8
C1	3	12,5
C2	7	29,2
Qual a sua classificação de ocupação?		
Enfermagem	6	25,0
Medicina	9	37,5
Odontologia	9	37,5
Quanto tempo na instituição?		
Menos de 1 ano	6	25,0
1 a 5 anos	10	41,6
6 a 10 anos	1	4,2
11 a 19 anos	4	16,7
Mais de 20 anos	3	12,5

Fonte: ^aABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa⁽¹⁵⁾.

Em relação a qualidade da APS a Tabela 2 apresenta os escores médios para atributos, baseados na percepção dos profissionais da atenção primária à saúde em Palmas/To-cantins.

Tabela 2. Escore médio dos atributos da APS dos Profissionais por Centros de Saúde da Comunidade, Palmas/TO, 2018.

Atributos	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	4,04	1,45	4,67	7,04
Longitudinalidade	6,74	1,24	5,28	8,72
Coordenação - Integração de Cuidados	7,05	1,55	5,72	10,00
Coordenação - Sistema de Informações	8,21	1,83	7,31	10,00
Integralidade - Serviços Disponíveis	7,56	1,19	7,08	9,85
Integralidade - Serviços prestados	7,35	1,55	7,02	9,56
Orientação Familiar	7,83	2,54	6,92	10,00
Orientação Comunitária	6,55	2,37	5,57	10,00
Escore Essencial da APS	6,83	1,06	5,28	8,90
Escore Geral	6,92	1,20	5,44	9,17

Os atributos essenciais apresentados com maior média foram, Coordenação - Sistema de Informação [8,21 (dp ± 1,83)] e Integralidade - Serviços Disponíveis [7,56 (dp ± 1,19)], com um Escore Geral médio de [6,92 (dp ± 1,20)] que indica uma forte orientação para atenção primária, ambos com os escores acima do ponto de corte ($\geq 6,6$).

Em contrapartida, no outro extremo, os piores escores médios foram encontrados em acessibilidade [4,04 (dp ± 1,45)] e orientação comunitária [6,55 (dp ± 2,37)].

DISCUSSÃO

Neste artigo, descrevemos a qualidade do atendimento dos serviços de saúde, que permitiu mostrar a percepção dos profissionais sobre os serviços prestados à população, tendo como principais achados uma forte orientação para a APS. Apesar da maior parte dos escores serem positivos, acessibilidade é apresentada como maior desafio para oferta de assistência à saúde resolutiva e de alta qualidade.

As características socioeconômicas e demográficas principais observadas no estudo, destacam que a maioria dos profissionais de saúde eram do gênero feminino, com um tempo de serviço que variou entre 1 e 5 anos de trabalho, concursados, com uma carga horária de mais de 12 horas semanais.

A prevalência de profissionais concursados aponta para um alinhamento com a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde que destaca as formas diretas de vinculação trabalhistas, como concurso, sendo priorizadas em busca do fortalecimento e vinculação dos profissionais com a comunidade⁽¹⁸⁾.

O pouco tempo de serviço justapõe-se ao contexto histórico da cidade, que é considerada a última cidade completamente planejada do século XX, fundada no ano de 1989⁽¹⁹⁾, atraindo jovens profissionais de diversas localidades do país em busca de sua estabilidade profissional. Esses fatores, portanto, podem ter contribuído para uma boa avaliação dos atributos da APS.

Apesar da boa avaliação dos profissionais para a maioria dos atributos, a acessibilidade obteve o menor valor atribuído, resultado que implica na efetivação da política de saúde no Brasil traduzida, neste atributo, como barreira para a universalidade, princípio fundamental desta política.

A acessibilidade consiste em avaliar a porta de entrada do sistema de saúde. Significa momento de estabelecer vínculo, profissional/usuário, de respeito, acolhimento, escuta qualificada para (re)conhecer as necessidades individuais, aumentando aderência e credibilidade, elementos sine qua non para efetivação dos demais atributos.

Corroborando com nossos resultados, estudos no Brasil constataram que o escore para o “acesso de primeiro contato” teve a pontuação mais baixa no nordeste (Ceará) 451 profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas) 2,99 ($\pm 1,03$)⁽²⁰⁾, e duas no sudeste (São Paulo) com 102 profissionais (médicos, enfermeiros e gestores) 5,57 ($\pm 1,42$)⁽²¹⁾ e Vitória 67 profissionais (médicos e enfermeiros) 2,84 ($\pm 1,08$)⁽²²⁾. Apesar das amplas desigualdades regionais e sociais, os resultados sugerem barreiras semelhantes no território nacional.

O atributo derivado orientação comunitária apresentou escore no limite do esperado, demonstrando fragilidade dos serviços em relação ao profissional realizar pesquisas para e com a comunidade. Esse atributo visa aferir as ações profissionais em relação a capacidade de monitorar e/ou avaliar opiniões/ideias para melhorar os serviços ofertados, assim como identificar problemas de saúde no território de abrangência⁽²³⁾.

Estudos que têm avaliado a APS através dos seus atributos têm demonstrado divergências em relação ao resultado aqui apresentado, pois a orientação comunitária têm recebido altos escores na avaliação^(21,22).

Os atributos derivados “orientação familiar e comunitária”, indicam a necessidade de conscientização e reconhecimento por parte dos profissionais das necessidades em saúde de sua comunidade, utilizando de indicadores epidemiológicos, para a promoção da saúde e prevenção da doença, que pode potencializar a criação de vínculo, sanar as dúvidas que são frequentes e orientar sua população⁽²⁴⁾.

O sistema de informação foi o atributo avaliado com o escore mais alto, resultado semelhante a outros estudos^(20,25). Escores mais altos nesse atributo possivelmente está relacionado à implantação do sistema de informatização dos prontuários (e-sus), permite melhor disponibilidade de acesso aos prontuários dos pacientes e facilita o bom funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, assim referenciar e contra-referenciar os usuários de acordo com o nível de assistência que ele necessita torna-se mais rápido e eficaz, contribuindo para diminuição das lacunas encontradas na APS.

Por outro lado, evidências demonstram que a coleta de dados do sistema de saúde é muitas vezes cara, descoordenada e desconectada da tomada de decisão. A qualidade dos dados nos sistemas rotineiros de informação em saúde é pobre, com avaliações verticais do programa, muitas vezes identificando alta prevalência de dados ausentes ou imprecisos⁽²⁶⁾.

Os demais atributos essenciais (longitudinalidade e integralidade), foram considerados satisfatórios. A presença

adequada de longitudinalidade, representa um fator chave para o sistema de saúde, indica continuidade da assistência, fortalecimento de vínculo com a comunidade e corresponsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo, reduzindo erros por déficit de conhecimento e coordenação do cuidado.

A integralidade é a medida em que os serviços de saúde são prestados e estão disponíveis de forma complementar e coerente⁽⁵⁾. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul com 54 profissionais da saúde da ESF, os resultados foram positivos para serviços prestados e serviços disponíveis⁽²⁷⁾.

Estes resultados indicam instalações adequadas, boas ferramentas de diagnóstico e tratamento disponível para o atendimento de alta qualidade. Esses serviços são importantes por exemplo, para e o manejo de doenças não transmissíveis e outras condições crônicas mais comuns, que exigem apoio contínuo do paciente, tanto no monitoramento vacinal como após o diagnóstico e uma abordagem abrangente do tratamento.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações do presente estudo consiste no fato de ter sido desenvolvido em apenas dois territórios (4 CSC), o que restringe a possibilidade de generalização, pois existem cerca de 30 CSC distribuídos em outros territórios, que possuem populações com características distintas. É preciso considerar também o viés de intenção, uma vez que o próprio instrumento avalia apenas a experiência dos atores envolvidos na atenção como critério, não incorporando a avaliação técnica dos serviços prestados, assim, os profissionais podem ter avaliado positivamente os serviços em que trabalham.

CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para os serviços avaliados e chama atenção para os desafios a serem assumidos pelos profissionais para fortalecer a APS, tais como garantir acesso da população às unidades de saúde da família e melhorar a prestação de serviços. Outra importante contribuição deste estudo, reside na oportunidade de implementar modelos de gestão para a saúde de alta qualidade, uma vez que Palmas/Tocantins, além de ser capital mais nova do país, possui uma estrutura organizacional planejada e com baixa densidade demográfica.

CONCLUSÃO

Os profissionais do deste estudo têm, de maneira geral, uma boa avaliação sobre os atributos da APS propos-

tos neste estudo. Os resultados sugerem que a maioria dos atributos foi incorporada à prática profissional. Os atributos acessibilidade e coordenação ainda têm problemas a serem superados. Cabe ressaltar que o comprometimento destes atributos são barreiras que impedem a oferta de serviços de alta qualidade e enfraquece a APS.

Frente a estas constatações, aponta-se a importância de uma formação dos profissionais de saúde voltada para conhecimentos que priorizem a redução das iniquidades no acesso ao sistema de saúde, como também a criação de fluxos de informação claros e acessíveis, que busquem fortalecer a comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde.

Espera-se que as informações desta pesquisa possam contribuir para uma reflexão da atenção oferecida pelas equipes de Saúde da Família, com discussões sobre a realização de um trabalho que tenha como prioridade o desenvolvimento dos atributos da APS.

AGRADECIMENTOS

Manifestamos agradecimento aos profissionais pela confiança, apoio e participação neste projeto. Ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação para Promoção da Saúde (GEPEPS) em parceria com UFT e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (FESP).

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Os autores LM e FRPQ contribuíram na concepção e delineamento do estudo, na aquisição dos dados, na análise e interpretação dos resultados e na redação do manuscrito. EFM, FMM e SD contribuíram para análise e interpretação dos resultados. A ESM contribuiu para o desenho do estudo, análise e interpretação dos resultados. Todos os autores estiveram envolvidos na redação e revisão do manuscrito, deram a aprovação final da versão a ser publicada e concordaram em ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 07];6(11):e1196-e1252. Available from: doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Portaria no 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Vol. 2436, Ministério da Saúde. 2017. p. 9. Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>
3. Barbosa RL, Monteiro JG, Vieira APGF, Soares NSA, Moura de AMF, Freire FRWJ. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dez 18];72(1):19-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0019.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. D O União [Internet]. 2017 [cited 2019 Dez 18]; Seção 1.
5. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (MS); 2002.
6. Brasil. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Brasília DF; 2012. 1-110 p. [accessed 26 Jun 2019] Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
7. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araujo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *SANARE, Sobral* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 21];15(02):87-93. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>
8. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: A visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dez 21];23(5):979-87. Available from: doi: 10.1590/0104-1169.0489.2639
9. Macedo VLM de, Vieira LF, Neves R de S, Leandro SS. Avaliação da estratégia saúde da família em São Sebastião - Distrito Federal. *Enferm em Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dez 21];10(3). Available from: doi:10.21675/2357-707x.2019.v10.n3.2330
10. Quaresma FRP, Stein AT. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dez 21];20(8):2461-2468. Available from: doi:10.1590/1413-81232015208.07992014
11. Prates ML, Machado JC, Silva LS da, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde

- segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dez 21];22(6):1881-1893. Available from: doi:10.1590/1413-81232017226.14282016
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. 2014 [accessed 12 Sep 2019]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=1721000>
14. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/Tocantins. SEMUS. Portaria Inst No 518 de 14 de junho de 2016. [accessed 15 Dez 2019]. Available from: <file:///C:/Users/Fernando/Downloads/PORTARIA%20N%C2%BA%20518,%20INSTITUI%20A%20REDE%20DE%20ATEN%C3%87C3%83O%20E%20VIGIL%C3%82NCIA%20EM%20SA%C3%9ADE%20-%20RAVS.pdf>
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. [accessed 30 Nov 2019] Available from: file:///C:/Users/Fernando/Downloads/01_cceb_2016_11_04_16_final.pdf
16. Harzheim E, Oliveira MMC de, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 07];8(29):274-84. Available from: doi: 10.5712/rbmf8(29)829
17. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF; 2012.
18. Tomasi EE, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 07];24(1):s 193-s201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300023>
19. Pizzio A, Soares ARN. Economia criativa e gestão da cultura na cidade de Palmas - TO. *Rev Obs* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 07];4(3):1015. Available from: doi:10.20873/uft.2447-4266.2018v4n3p1015
20. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto S de AS, Araújo MFM de, Freitas RWJF. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 07];72(1):19-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>
21. Gomes MFP, Fracoli LA. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. *Rev Bras em Promoção da Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 07];31(3). Available from: doi:10.5020/18061230.2018.7108
22. Lima E de FA, Sousa AI, Leite FMC, Lima R de CD, Nascimento MH, Primo CC. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 07];20(2):275-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>
23. Silva PWKA, Chagas SI, Costa CMF, Malaquias BF, Figueirôa JN. Orientação comunitária e foco familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia de saúde da família. *Cafajeste. Saúde colet.* [Internet]. 2017 abr [cited 2020 Jan 08];25(2):242-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>.
24. Wong ST, Langton JM, Katz A, Fortin M, Godwin M, Green M, et al. Promoting cross-jurisdictional primary health care research: Developing a set of common indicators across 12 community-based primary health care teams in Canada. *Prim Heal Care Res Dev.* 2018;20(7):1-7. doi: 10.1017/S1463423618000518
25. Santos NA, Lima DR, Gontijo MKB, et al. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. *Rev APS* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 07];20(3):339-48. Available from: doi:10.34019/1809-8363.2017.v20.15964
26. Wickremasinghe D, Hashmi IE, Schellenberg J, Avan BI. District decision-making for health in low-income settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 07];31 Suppl 2(Suppl 2):ii12-ii24. Available from: doi:10.1093/heapol/czv124.
27. Pensoa JM, Péricoa E, Oliveira MMC de, Strohschoena AAG, Carreño, Ioná, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Rev bras med fam comunidade* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 07];12(39):1-9. Available from: <https://rbmfcmnuvens.com.br/rbmfcm/article/view/1212/845>

RECEBIDO: 22/10/2019

ACEITO: 31/01/2020

AVALIAÇÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NO AMBIENTE DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Fabiola Lopes Rodrigues¹

<http://orcid.org/0000-0002-8646-6316>

Luciana Melo de Moura²

<http://orcid.org/0000-0002-4514-2171>

Lara Mabelle Milfont Boeckmann³

<http://orcid.org/0000-0002-1213-559X>

Manuela Costa Melo¹

<http://orcid.org/0000-0002-2018-1801>

Fabiana Cláudia de Vasconcelos França⁴

<http://orcid.org/0000-0002-2383-4900>

Geisa SantAna¹

<http://orcid.org/0000-0001-8914-4972>

Objetivo: Avaliar o processo ensino-aprendizagem no ambiente de simulação realística na percepção de estudantes de graduação em enfermagem. **Método:** Estudo transversal descritivo com 59 estudantes. Foram aplicadas duas escalas: Experiência com o debriefing e design de Simulação. Dados analisados com Software Statistical Package for the Social Sciences, versão 24.0, The R Project for Statistical Computing versão 3.3 e Office Excel 2007. Empregaram-se Alpha de Cronbach e teste Qui-quadrado considerando $p < 0,05$.

Resultados: para as duas escalas, demonstrou-se concordância entre 62% e 93% correspondentes ao somatório dos parâmetros: concordo com a afirmação e concordo com afirmação totalmente. A confiabilidade interna da escala de experiência com debriefing foi 0.972 e da escala do design de simulação 0.964. Associando-se dimensões da escala de debriefing, obtiveram-se p-valores significativos de (0-0,0006) e para a escala de design, p-valores (0-0,0050). **Conclusões:** consolidou-se a simulação como estratégia de ensino-aprendizagem evidenciada pela avaliação satisfatória dos estudantes.

Descritores: Simulação, Educação em Enfermagem, Estudantes de Enfermagem, Simulação de Paciente, Desempenho de Papéis.

EVALUATION OF THE TEACHING-LEARNING PROCESS IN A REALISTIC SIMULATION ENVIRONMENT FOR UNDERGRADUATE NURSING

Objective: To evaluate the teaching-learning process in a realistic simulation environment according to the perception of undergraduate nursing students. **Method:** Descriptive cross-sectional study with 59 students. Two scales were applied: Debriefing Experience Scale and Simulation Design Scale. Data were analyzed using the Software Statistical Package for Social Sciences, version 24.0, The R Project for Statistical Computing version 3.3, and Microsoft Office Excel 2007. Cronbach's Alpha and Chi-square test were used considering $p < 0.05$. **Results:** Both scales showed agreement between 62% and 93%, corresponding to the sum of the parameters: I agree with the statement and I totally agree with the statement. The internal reliability was 0.972 for the debriefing experience scale and 0.964 for the simulation design scale. The association between the dimensions of the debriefing scale showed significant p-values (0-0,0006); the simulation design scale showed p-values of (0-0,0050). **Conclusion:** Simulation was evidenced as a teaching-learning strategy, as demonstrated by the satisfactory evaluation of the students.

Descriptors: Simulation, Education Nursing, Students Nursing, Patient Simulation, Role Playing.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE EN SIMULACIÓN REALISTA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Objetivo: Evaluar el proceso de enseñanza y aprendizaje en un ambiente de simulación realística en la percepción de los estudiantes de enfermería. **Método:** estudio descriptivo de corte transversal con 59 estudiantes. Se aplicaron dos escalas: experiencia con el informe y diseño de simulación. Las pruebas alfa y chi-cuadrado de Cronbach se utilizaron considerando $p < 0.05$. **Resultados:** Dos escalas mostraron un acuerdo entre 62% y 93% correspondiente a la suma de los parámetros: estoy de acuerdo con la declaración y estoy totalmente de acuerdo con la declaración. La confiabilidad interna de la escala de experiencia informativa 0.972 y la escala de diseño de simulación 0.964. La combinación de las dimensiones de la escala de informes mostró valores con p significativos (0-0,0006) y para los valores p de la escala de diseño (0-0,0050). **Conclusiones:** la evaluación de simulación consiste en mejorar la calidad de la educación en enfermería, contribuyendo para la seguridad del paciente y al avance científico.

Descritores: Simulación, Educación en Enfermería, Estudiantes de Enfermería, Simulación de Paciente, Desempeño de Papel.

¹Curso de Enfermagem da Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasília, DF

²Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF

³Universidade de Brasília, DF

⁴Fundação Universidade Aberta do Distrito Federal, Brasília, DF

Autor Correspondente: Fabiolla Lopes Rodrigues - Email: fabiollla.lopes02@gmail.com

INTRODUÇÃO

São muitas as possibilidades para utilização de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem e, na enfermagem, essas práticas pedagógicas vêm ganhando destaque, permitindo ao estudante o protagonismo e ampliando sua responsabilidade em relação à sua formação⁽¹⁻²⁾.

As metodologias ativas utilizando a simulação realística representa uma dessas abordagens ao promover o desenvolvimento de competências em ambiente protegido, onde estudantes têm a oportunidade de testar seus conhecimentos vivenciando casos clínicos previamente simulados⁽³⁾. Sendo possível avaliar desempenho e satisfação do estudante por meio de escalas validadas, como por exemplo, escala de experiência com o debriefing e escala de design da simulação⁽⁴⁻⁵⁾. Para a realização da simulação deve-se utilizar o briefing que consiste em orientações e informações disponibilizadas aos participantes antes da experiência da simulação e o debriefing, etapa que ocorre após a experiência da simulação^(3,6).

Desse modo, os estudos conduzidos no contexto educacional sobre simulação ainda possuem lacunas não totalmente esclarecidas, sobretudo, no Brasil, justificando-se a relevância da realização deste estudo, e norteando-se pela seguinte questão: Qual a avaliação do processo ensino-aprendizagem no ambiente de simulação realística na percepção de estudantes de graduação em enfermagem? Objetivou-se avaliar o processo ensino-aprendizagem no ambiente de simulação realística na percepção de estudantes de graduação em enfermagem.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal descritivo.

Participantes da pesquisa

A população do estudo foi composta por 64 estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem. Os critérios de inclusão foram: estudantes que estiveram regularmente matriculados no terceiro ano do curso de enfermagem e usaram o laboratório de simulação como estratégia de ensino-aprendizagem. Foram excluídos cinco estudantes que preencheram os instrumentos de coleta de dados de forma incorreta.

Local do estudo

O cenário utilizado foi uma Instituição de Ensino Superior vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2017. Os estudantes foram divididos em quatro grupos com dezesseis participantes cada.

Planejaram as sessões de simulação, 23 docentes que utilizaram um roteiro previamente construído a partir do eixo teórico-prático e do estudo das escalas debriefing e design de simulação.

Foram realizadas quatro sessões de simulação que versaram sobre a temática da saúde do adulto e envolveram situações clínicas de terminalidade imitando o cenário hospitalar. Um manequim adulto com painel eletrônico específico para atividade simulada da marca SimulaCare Nacional foi utilizado nas sessões.

Após as sessões, foram aplicadas duas escalas, validadas para a língua portuguesa: a escala de experiência com o debriefing” e a escala de design da simulação⁽⁴⁻⁵⁾.

A escala de experiência com o debriefing contém quatro dimensões: Analisando os pensamentos e sentimentos; Aprendendo e fazendo conexões; Habilidade do professor em conduzir o debriefing; e Orientação apropriada do professor, com um total de 20 itens.

A escala de design de Simulação” contém cinco dimensões: Objetivos e informações; Apoio; Resolução de problemas; Feedback/reflexão; e Realismo, também envolvendo 20 itens.

As escalas são do tipo Likert, onde os números de “um” a “cinco” representaram o grau de concordância dos estudantes, sendo o número “um”, concordância mínima e o número “cinco”, concordância máxima, os quais, 1=discordo totalmente da afirmação; 2=discordo da afirmação; 3=nem concordo e nem discordo da afirmação; 4=concordo com a afirmação; e 5=concordo totalmente com a afirmação.

Assim, após as sessões de simulação, os estudantes avaliaram o processo de ensino-aprendizagem utilizando as escalas.

Procedimentos de análise dos dados

Para a análise descritiva, considerou-se o nível de concordância a partir de 60% entre os estudantes, como satisfatório para o somatório das classificações da escala Likert: 4=Concordo com a afirmação; e 5=concordo totalmente com a afirmação. Recomenda-se 50% a 80% de consenso/concordância pelos participantes⁽⁷⁾.

Para o tratamento dos dados utilizaram-se tabelas, frequências, porcentagens por meio da estatística descritiva e analítica univariada com associações pelo teste Qui-Quadrado considerando nível de significância ($p < 0,05$). Avaliou-se consistência interna da escala pelo Alpha de Cronbach

considerando intervalo ideal de valores entre 0,7 e 0,9 com probabilidade de erro em 5%⁽⁸⁾, a fim de verificar se todos os itens do domínio mediram a mesma característica, por meio da correlação entre as respostas em cada escala e a partir da análise das respostas dadas pelos estudantes.

Procedimentos éticos

Cumpriu-se os aspectos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes foram esclarecidos sobre a existência de riscos e benefícios resultantes da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde com parecer 2.050.965.

RESULTADOS

Para a aplicação das duas escalas, obteve-se o somatório das proporções referentes aos níveis de concordância mais elevados da escala likert entre os estudantes que avaliaram os aspectos relacionados ao processo ensino-aprendizagem (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das respostas dos estudantes da escala de experiência com debriefing. (n=59). Brasília, DF, 2017

*Fator 1: Analisando os pensamentos e sentimentos					
Itens	+1(f%)	+2(f %)	+3(f %)	+4(f %)	+5(f%)
1. O debriefing me ajudou a analisar meus pensamentos.	3/5.0	11/18.6	7/11.8	11/18.5	26/44.0
2.O facilitador reforçou aspectos do comportamento da equipe.	2/3.3	6/10.1	6/10.1	11/18.6	33/55.9
3. O ambiente de debriefing foi fisicamente confortável.	3/5.0	5/8.4	9/15.2	13/22.0	28/47.4
4.Sentimentos incorretos foram resolvidos através do debriefing.	3/5.1	3/5.17	8/13.7	15/25.8	27/46.5
*Fator 2: Aprendendo e fazendo conexões					
5. O debriefing ajudou-me a fazer conexões na minha aprendizagem.	3 5.0	4/6.7	8/13.5	15/25.4	26/44.9
06. O debriefing foi útil para processar a experiência de simulação.	1/1.6	- / -	3/5.0	19/32.2	35/59.3

7. O debriefing proporcionou-me oportunidades de aprendizagem.	1/1.6	1/1.69	1/1.69	24/40.6	31/52.5
--	-------	--------	--------	---------	---------

8. O debriefing ajudou-me a encontrar um significado na simulação.	2/3.3	2/3.3	6/10.1	17/28.8	31/52.5
--	-------	-------	--------	---------	---------

9. As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo debriefing.	2/3.3	4/6.78	4/6.78	19/32.2	28/47.4
--	-------	--------	--------	---------	---------

10. Tornei-me mais consciente de mim mesmo durante a sessão de debriefing.	4/6.7	1/1.6	5/8.4	17/28.8	29/49.1
--	-------	-------	-------	---------	---------

11. O debriefing ajudou-me a esclarecer problemas.	1/1.6	1/1.6	2/3.3	25/42.3	28/47.4
--	-------	-------	-------	---------	---------

12. O debriefing ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real.	1/1.6	- / -	3/5.08	2/37.2	32/54.2
--	-------	-------	--------	--------	---------

*Fator 3: Habilidade do professor em conduzir o debriefing

13. O professor permitiu-me tempo suficiente para verbalizar meus sentimentos antes dos comentários.	1/1.6	- / -	6/10.1	15/25.4	32/54.2
--	-------	-------	--------	---------	---------

14. Na sessão de debriefing o professor fez os esclarecimentos corretos.	1/1.6	- / -	4/6.7	17/28.8	36/61.0
--	-------	-------	-------	---------	---------

15. O debriefing forneceu um meio para eu refletir sobre minhas ações durante a simulação.	2/3.3	- / -	2/3.3	20/33.9	33/55.9
--	-------	-------	-------	---------	---------

16. Eu tive tempo suficiente para esclarecer meus questionamentos.	1/1.6	4/6.7	9/15.2	15/25.4	27/45.7
--	-------	-------	--------	---------	---------

17. Na sessão de debriefing o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação.	3/5.0	1/1.6	7/11.8	14/23.7	31/52.5
--	-------	-------	--------	---------	---------

*Fator 4: Orientação apropriada do professor

18. O professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de debriefing.	1/1.6	1/1.6	9/15.2	0/33.9	23/38.9
19. O professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o debriefing.	1/1.6	1/1.6	2/3.39	6/27.1	37/62.7
20. O professor forneceu orientação adequada durante o debriefing.	1/1.6	1/1.6	3/5.08	14/23.7	39/66.1

Nota: *Os fatores de 1 ao 4 representam os domínios da escala; †Os números de 1 ao 5 significam o nível de concordância mínima a máxima da escala Likert, sendo o (f%), a frequência e porcentual das respostas obtidas.

A “Escala de experiência com debriefing” revelou em relação ao domínio (fator1): “Analisando os pensamentos e sentimentos” que os estudantes concordaram com as afirmações, conforme os itens e seus respectivos consensos: O debriefing me ajudou a analisar meus pensamentos (62%); O ambiente de debriefing foi fisicamente confortável (69.4%) e; os Sentimentos incorretos foram resolvidos através do debriefing (72%).

Referente ao domínio (fator 2): “Aprendendo e fazendo conexões”, constataram-se os seguintes percentuais de concordância: O debriefing ajudou-me a fazer conexões na minha aprendizagem (70.3%); O debriefing foi útil para processar a experiência de simulação (91.5%); O debriefing proporcionou-me oportunidades de aprendizagem (93%); O debriefing ajudou-me a encontrar um significado na simulação (81%); As minhas dúvidas da simulação foram respondidas pelo debriefing (80%); Tornei-me mais consciente de mim mesmo durante a sessão de debriefing (78%); e O debriefing ajudou-me a fazer conexões entre teoria e situações da vida real (91%).

Com relação ao domínio (fator 3): “Habilidade do professor em conduzir o debriefing”, os estudantes avaliaram os itens com consenso elevado em todas as afirmações, as quais: O professor permitiu-me tempo suficiente para verbalizar meus sentimentos antes dos comentários (80%); O debriefing forneceu um meio para eu refletir sobre minhas ações durante a simulação (90%); Eu tive tempo suficiente para esclarecer meus questionamentos (71%) e; Na sessão de debriefing o professor foi um especialista na temática desenvolvida na simulação (76%).

Para o domínio (fator 4): “Orientação apropriada do professor”, verificou-se que os estudantes concordaram ou concordaram totalmente com as afirmações: O professor ensinou a quantidade certa durante a sessão de debriefing (73%); O professor realizou uma avaliação construtiva da simulação durante o debriefing (90%); O professor forneceu orientação adequada durante o debriefing (90%).

Em seguida, os estudantes avaliaram as sessões utilizando a escala do design de simulação com itens distribuídos entre os domínios ou fatores (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das respostas dos estudantes da escala de design da simulação. (N=59), Brasília, DF, 2017

*Fator 1: Objetivos e informações					
Itens	†1(f %)	†2(f %)	†3(f %)	†4(f %)	†5(f%)
1.No início da simulação foi fornecida informação suficiente para proporcionar orientação e incentivo.	3/5.0	11/18.6	7/11.8	11/18.5	26/44.0
2. Eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação.	2/3.3	6/10.1	6/10.1	11/18.6	33/55.9
3. A simulação forneceu informações suficientes, de forma clara, para eu resolver a situação-problema.	3/5.0	5/8.4	9/15.2	13/22.0	28/47.4
4. Foi-me fornecida informação suficiente durante a simulação.	3/5.1	3/5.1	8/13.7	15/25.8	27/46.5
5. As pistas foram adequadas e direcionadas para promover a minha compreensão.	3 5.0	4/6.7	8/13.5	15/25.4	26/44.9
*Fator 2: Apoio					
6. O apoio foi oferecido em tempo oportuno.	1/1.6	- / -	3/5.0	19/32.2	35/59.3
7. A minha necessidade de ajuda foi reconhecida.	1/1.6	1/1.6	1/1.6	24/40.6	31/52.5
8. Eu senti-me apoiado pelo professor durante a simulação.	2/3.3	2/3.3	6/10.1	17/28.8	31/52.5

9. Eu fui apoiado no processo de aprendizagem.

2/3.3	4/6.7	4/6.7	19/32.2	28/47.4
-------	-------	-------	---------	---------

*Fator 3: Resolução de problemas

10. A resolução de problemas de forma autônoma foi facilitada.

4/6.7	1/1.6	5/8.4	17/28.8	29/49.1
-------	-------	-------	---------	---------

11. Fui incentivado a explorar todas as possibilidades da simulação.

1/1.6	1/1.6	2/3.3	25/42.3	28/47.4
-------	-------	-------	---------	---------

12. A simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades.

1/1.6	- / -	3/5.0	22/37.2	32/54.2
-------	-------	-------	---------	---------

13. A simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de enfermagem.

1/1.6	- / -	6/10.1	15/25.4	32/54.2
-------	-------	--------	---------	---------

14. A simulação proporcionou-me uma oportunidade de estabelecer objetivos para o meu paciente.

1/1.6	- / -	4/6.7	17/28.8	36/61.0
-------	-------	-------	---------	---------

*Fator 4: Feedback/Reflexão

15. O feedback fornecido foi construtivo.

2/3.3	- / -	2/3.3	20/33.9	33/55.9
-------	-------	-------	---------	---------

16. O feedback foi fornecido em tempo oportuno.

1/1.6	4/6.7	9/15.2	15/25.4	27/45.7
-------	-------	--------	---------	---------

17. A simulação permitiu-me analisar meu próprio comportamento e ações.

3/5.0	1/1.6	7/11.8	14/23.7	31/52.5
-------	-------	--------	---------	---------

18. Após a simulação houve oportunidade para obter orientação/feedback do professor, a fim de construir conhecimento para outro nível.

1/1.6	1/1.6	9/15.2	20/33.9	23/38.9
-------	-------	--------	---------	---------

*Fator 5: Realismo

19. O cenário se assemelhava a uma situação da vida real.

1/1.6	1/1.6	2/3.3	16/27.1	37/62.7
-------	-------	-------	---------	---------

20. Fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário de simulação.

1/1.6	1/1.6	3/5.0	14/23.7	39/66.1
-------	-------	-------	---------	---------

Nota:*Os fatores de 1 ao 4 representam os domínios da escala; †Os números de 1 ao 5 significam o nível de concordância mínima a máxima da escala Likert, sendo (f%), a frequência e percentual das respostas obtidas.

Ao considerar o domínio (fator 1): "Objetivos e informações", verificou-se as seguintes avaliações e seus respectivos consensos: No início da simulação foi fornecida informação suficiente para proporcionar orientação e incentivo (62.5%); Eu entendi claramente a finalidade e os objetivos da simulação (74.5%); A simulação forneceu informação suficiente, de forma clara, para eu resolver a situação-problema (70%); e As pistas foram adequadas e direcionadas para promover a minha compreensão (70%).

Conforme o domínio (fator 2): "Apoio", os estudantes avaliaram positivamente as afirmações: O apoio foi oferecido em tempo oportuno (91.5%); A minha necessidade de ajuda foi reconhecida (93%); Eu me senti apoiado pelo professor durante a simulação (81%).

Sobre o domínio (fator 3): "Resolução de problemas", os estudantes avaliaram assertivamente os itens com os respectivos níveis de concordância: A resolução de problemas de forma autônoma foi facilitada (78%); A simulação foi projetada para o meu nível específico de conhecimento e habilidades (91%); A simulação permitiu-me a oportunidade de priorizar as avaliações e os cuidados de enfermagem (80%); e A simulação proporcionou-me uma oportunidade de estabelecer objetivos para o meu paciente (90%).

Em relação ao domínio (fator 4): "Feedback/Reflexão", os estudantes avaliaram com os seguintes consensos: O feedback fornecido foi construtivo (90%); O feedback foi fornecido em tempo oportuno (71%); A simulação permitiu-me analisar meu próprio comportamento e ações (76%); Após a simulação houve oportunidade para obter orientação/feedback do professor a fim de construir conhecimento para outro nível (73%).

Referente ao domínio (fator 5): "Realismo", os estudantes avaliaram assertivamente os itens: O cenário se assemelhava a uma situação da vida real (90%); e Fatores, situações e variáveis da vida real foram incorporados ao cenário de simulação (90%).

Verificando-se a confiabilidade da escala e sua consistência interna, bem como, sua reprodutibilidade com base

nas respostas dos estudantes, o Alpha de Cronbach foi utilizado. A confiabilidade interna da escala de experiência com debriefing foi de 0.972 e da escala do design de simulação foi de 0.964.

Utilizou-se o teste Qui-quadrado para verificar diferenças significativas das associações entre os quatro domínios de análise da escala de debriefing, obtiveram-se valores significativos que variaram de (0-0,0006) e para a escala de design, pelas associações entre os cinco domínios, verificaram-se valores de (0-0,0050) (tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Associações das avaliações dos domínios da escala de debriefing. (N=59), Brasília, DF, 2017

*Relação entre os domínios	† χ^2	‡p-valor
Fator1 X Fator2	0.5121436	0.0000
Fator1 X Fator3	0.4327901	0.0006
Fator1 X Fator4	0.4381063	0.0005
Fator2 X Fator3	0.4652727	0.0002
Fator2 X Fator4	0.4796788	0.0001
Fator3 X Fator4	0.6546508	0.0000

Nota: *Fator 1: Analisando os pensamentos e sentimentos; **Fator 2:** Aprendendo e fazendo conexões; **Fator 3:** Habilidade do professor em conduzir o debriefing; **Fator 4:** Orientação apropriada do professor. †Teste Qui-quadrado; ‡significância.

Tabela 4. Associações das avaliações entre os domínios da escala de design. (N=59), Brasília, DF, 2018.

Relação entre os domínios	Teste Qui-quadrado	p-valor
Fator1 X Fator2	0.5115748	0.0000
Fator1 X Fator3	0.5922412	0.0000
Fator1 X Fator4	0.4527091	0.0004
Fator1 X Fator5	0.5028623	0.0000
Fator2 X Fator3	0.6113865	0.0000
Fator2 X Fator4	0.4925636	0.0000
Fator2 X Fator5	0.3898106	0.0024
Fator3 X Fator4	0.5717642	0.0000
Fator3 X Fator5	0.3632037	0.0050
Fator4 X Fator5	0.3969829	0.0022

Nota: *Fator 1: Objetivos e informações; Fator 2: Apoio; **Fator 3:** Resolução de problemas **Fator 4:** Feedback/Reflexão **Fator 5:** Realismo. †Teste Qui-quadrado; ‡significância.

DISCUSSÃO

A avaliação do processo ensino-aprendizagem no ambiente de simulação, na percepção dos estudantes, foi

satisfatória e de modo homogênea. As escalas de debriefing e do design apontaram níveis de concordância elevados, como recomendado por autores(7).

Neste estudo, o debriefing permitiu aos estudantes trabalhar o desenvolvimento de competências e a refletir sobre os cenários simulados e suas ações aplicadas para solucionar os objetivos, desenvolvendo a comunicação, as habilidades técnicas e a atitude profissional perante situações emergenciais. O treino simulado possibilita essa oportunidade sem risco de dano ao paciente, e a aprendizagem adquirida possibilita vivenciar e solucionar, com maior segurança, situações críticas(9-10).

A avaliação dos estudantes sobre a análise de pensamentos e sentimentos no debriefing foi satisfatória, porém, para alguns estudantes, questões emocionais vieram à tona, como sentimentos de medo, ansiedade e relacionamento com seus pares. Autores(11), relatam que os principais fatores estressores dos estudantes na simulação estão relacionados com a falta de competência e dificuldades de relacionamento. Dessa forma, serve de subsídio para que os docentes de enfermagem elaborem estratégias e cenários que permitam a minimização de fatores estressores observados.

O planejamento exige uma árdua preparação do docente, pois mesmo havendo uma boa organização, falhas podem acontecer e, caso não sejam esclarecidas, podem comprometer o sucesso da estratégia(12). As escalas de design e de debriefing contribuíram para elaboração do roteiro de simulação pelos docentes que construíram as situações e prepararam o cenário por meio do aprofundamento teórico-prático e a partir dos itens que seriam avaliados pelos estudantes, reduzindo as chances de falhas no processo.

Na simulação, os educadores devem se concentrar não apenas nos domínios psicomotores, mas também em reconhecer a influência dos domínios afetivos e cognitivos(13). Destaca-se a necessidade de investir na construção de cenários com design detalhado para que sejam os mais realísticos possíveis baseados em fatos do cotidiano, bem como, no preparo dos facilitadores ou docentes para que possam realizar um debriefing problematizador(14).

Os valores Alpha de Cronbach das duas escalas foram elevados, haja vista que as duas mediram consistentemente as características para a quais foram empregadas(8). Do mesmo modo, os resultados dos p-valores exibiram diferenças significativas(15) dentro de uma margem de erro de 5%, inferindo-se a importância de cada um dos domínios das escalas.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

A contribuição desse estudo pauta-se na utilização de escalas validadas de avaliação da simulação, o que permite que docentes e estudantes acompanhem os resultados da simulação por meio de instrumentos confiáveis e reflitam nos pontos em que podem corrigir e aprimorar as suas vivências em ambientes simulados de aprendizagem.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta como limitação a inclusão de estudantes de uma única Instituição de Ensino Superior, impossibilitando uma análise ampliada, o que torna necessário a sua replicação em outras instituições de ensino. No entanto, destacam-se os benefícios advindos da avaliação da prática profissional em cenários simulados.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a experiência da simulação realística enquanto processo ensino-aprendizagem foi avaliado de forma satisfatória pelos estudantes alcançando níveis de concordância elevados e significância estatística a partir dos achados analíticos, confirmando assim a simulação como estratégia capaz de agregar valor à educação superior em enfermagem.

Contribuições dos autores: FLRG, LMM, LMML, MCM, GSA, FCVF, contribuíram para a concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

REFERÊNCIAS

- Marques LMNSR. Active methodologies as strategies to develop education in values in nursing graduation. *Anna Nery Rev. Enferm.* 2018;22(3):e20180023. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1177>
- Freitas DA, Santos EMS, Lima LVS. Teachers' knowledge about teaching-learning process and its importance for professional education in health. *Interface - Comunic. Saude. Educ.* 2016;20(57): 437-48. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1177>
- Barreto DG, Silva KGND, Moreira SSCR, Silva TSD, Magro MCDS. Realistic simulation as a teaching strategy: an integrative review. *Rev. Baiana Enferm.* [internet] 2014 [cited May 07, 2019];28(2):208-214. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8476/8874>
- Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Coutinho VRD, Jorge BM, Mendes IAC. Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale. *Rev. Bras Enferm.* 2016; 69(4):658-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>
- Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Pedersoli CE, Fumincelli L, Mendes IAC. Validation for the portuguese language of the simulation design scale. *Texto Contexto Enferm.* 2015;23(6):1007-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004570014>
- Ferreira RP, Guedes HM, Oliveira DWD, Miranda JL. Realistic simulation as a method of teaching in the learning of the health field students. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2018;8:e2508. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.2508>
- Scarpato AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflections on the use of Delphi technique in research in nursing. *Rev. Rene.* [internet]. 2012 [cited May 11, 2019];13(1):242-51. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803/3000>.
- Taber, K.S. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ.* 2018;48:1273-1296. doi: <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Presado MHCV, Colaço S, Rafael H, Baixinho CL, Félix I, Saraiva C, Rebelo I. Learning with High Fidelity Simulation. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018;23(1):51-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.23072017>
- Mesquita HCT, Santana BS, Magro MCS. Effect of realistic simulation combined to theory on self-confidence and satisfaction of nursing professionals. *Anna Nery Rev. Enferm.* 2019;23(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0270>
- Boostel R, Felix JVC, Bortolato-Major C, Pedrolo E, Vayego SA, Mantovani MF. Stress of nursing students in clinical simulation: a randomized clinical trial. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(3):967-974. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0187>
- Miranda FBG, Mazzo A, Pereira GAJ. Use of high fidelity simulation in the preparation of nurses for urgency and emergency care: scoping review. *Sci Med.* 2018;28(1):28675. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28675>
- Al Sabei S D, Lasater K. Simulation debriefing for clinical judgment development: A concept analysis. *Nurse Educ Today.* 2016;45:42-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.008>
- Cogo ALP, Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Santos MRR. Building and developing realistic simulation scenarios on safe drug administration. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40(esp):e20180175. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180175>
- Ferreira JC, Patino CM. What does the p value really mean? *J Bras Pneumol.* 2015;41(5):485. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000000215>

Recebido 23/10/2019
Aprovado 11/02/2020

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO EM NUTRIZES ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lidiane do Nascimento Rodrigues¹

Aliniana da Silva Santos¹

Rebecca Camurça Torquato¹

Ana Paola de Araújo Lopes¹

Priscila Pereira de Souza Gomes¹

Edna Maria Camelo Chaves¹

<https://orcid.org/0000-0003-1503-4855>

<https://orcid.org/0000-0002-1742-2758>

<https://orcid.org/0000-0003-2321-5904>

<https://orcid.org/0000-0001-5409-2543>

<https://orcid.org/0000-0001-8743-145X>

<https://orcid.org/0000-0001-9658-0377>

Objetivo: identificar os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relacionados à amamentação em nutrizes acompanhadas na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Ceará, com a participação de 135 nutrizes e seus filhos. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário contendo perguntas abertas e fechadas. Foi utilizada a versão NANDA-I 2015-2017 para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. As informações obtidas no estudo foram tratadas pela análise descritiva. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Disposição para amamentação melhorada, Amamentação ineficaz, Leite materno insuficiente, Amamentação interrompida, Risco de vínculo prejudicado e Padrão ineficaz de alimentação do lactente. **Conclusão:** o diagnóstico de enfermagem relacionado à amamentação mais frequente foi Disposição para amamentação melhorada, demonstrando a importância do apoio a nutriz na prática do aleitamento.

Descritores: Enfermagem; Aleitamento Materno; Diagnóstico de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

NURSING DIAGNOSTICS RELATED TO BREASTFEEDING IN NURSING MOTHERS ACCOMPANIED IN PRIMARY HEALTH CARE

Objective: To identify NANDA-I nursing diagnoses related to breastfeeding in nursing mothers followed in primary health care. **Methodology:** This is a descriptive research with quantitative approach, conducted in a Primary Health Care Unit in Fortaleza, Ceará, with the participation of 135 nursing mothers and their children. Data collection was performed through a form containing open and closed questions. The NANDA-I 2015-2017 version was used to identify nursing diagnoses. The information obtained in the study was treated by descriptive analysis. **Results:** The identified nursing diagnoses were: Willingness for improved breastfeeding, Ineffective breastfeeding, Insufficient breast milk, Breastfeeding interrupted, Risk of impaired bonding and Ineffective pattern of infant feeding. **Conclusion:** The most frequent nursing diagnosis related to breastfeeding was Improved breastfeeding disposition, demonstrating the importance of nursing support in breastfeeding practice.

Descriptors: Nursing; Breast Feeding; Nursing Diagnosis; Primary Health Care.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES LACTANTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Objetivo: identificar los diagnósticos de enfermería NANDA-I relacionados con la lactancia materna en madres lactantes seguidas en atención primaria de salud. **Metodología:** Esta es una investigación descriptiva con enfoque cuantitativo, realizada en una Unidad de Atención Primaria de Salud en Fortaleza, Ceará, con la participación de 135 madres lactantes y sus hijos. La recolección de datos se realizó a través de un formulario que contenía preguntas abiertas y cerradas. La versión NANDA-I 2015-2017 se utilizó para identificar los diagnósticos de enfermería. La información obtenida en el estudio fue tratada mediante un análisis descriptivo. **Resultados:** Los diagnósticos de enfermería identificados fueron: voluntad de mejorar la lactancia materna, lactancia ineficaz, leche materna insuficiente, lactancia materna interrumpida, riesgo de unión deteriorada y patrón ineficaz de alimentación infantil. **Conclusión:** El diagnóstico de enfermería más frecuente relacionado con la lactancia materna fue la disposición mejorada de la lactancia materna, lo que demuestra la importancia del apoyo de enfermería en la práctica de la lactancia materna.

Descritores: Enfermería; Lactancia Materna; Diagnóstico de Enfermería; Atención Primaria de Salud.

¹ Universidade Estadual do Ceará

Autor Correspondente: Lidiane do Nascimento Rodrigues - Email: lidianerodrigues09@gmail.com

INTRODUÇÃO

A amamentação é uma ação importante para a vida do bebê, pois promove saúde ao fornecer o alimento ideal a criança em seus primeiros meses de vida, gerando muitos benefícios ao recém-nascido, como um crescimento e desenvolvimento saudável, suporte emocional e criação de vínculo com a mãe⁽¹⁾. O leite materno possui os nutrientes necessários para o bebê em cada fase de seu crescimento, pois com o passar do tempo o leite vai se modificando para suprir as necessidades da criança, podendo variar conforme a hora do dia e duração da mamada, tornando o leite de cada mãe adequado ao seu filho⁽²⁾.

Muitas ações de promoção, apoio e incentivo a amamentação vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos 30 anos. Campanhas e programas são implementados tanto em hospitais como nas unidades primárias com o objetivo de melhorar os índices de amamentação. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Melhora do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a Rede Amamenta Brasil são algumas das ações realizadas pelo governo brasileiro a favor da amamentação⁽³⁾.

No processo de promoção ao aleitamento materno, a equipe multiprofissional é de suma importância, pois a assistência conjunta dos profissionais de saúde gera um cuidado holístico à nutriz, por considerar que além do aspecto biológico, a amamentação também necessita de um equilíbrio nas esferas emocionais e afetivas para que se obtenha uma prática eficaz.

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, utiliza o processo de enfermagem para sistematizar os cuidados a serem prestados junto ao paciente, sendo esse, dividido em cinco etapas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, visando tornar a assistência holística e de qualidade, e, por consequência, promovendo a segurança do paciente e respaldando todos os cuidados realizados⁽⁴⁾.

Para efetivar esse processo, o enfermeiro deve utilizar classificações que padronizam a linguagem dos diagnósticos, como a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) utilizada mundialmente. Essa taxonomia classifica os diagnósticos de enfermagem, dentre esses, os diagnósticos relacionados ao aleitamento materno e sua prática. A utilização desses diagnósticos permite identificar problemas reais e fatores de risco, onde há necessidade de uma intervenção com foco no problema, e contextos onde a reafirmação dos benefícios da amamentação pode ser uma ação suficiente⁽⁵⁾.

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é um julgamento clínico que o enfermeiro realiza com as informações coletadas

sobre o indivíduo⁽⁵⁾. Essa etapa do processo permite identificar as necessidades do paciente e, com isso, direciona a assistência de enfermagem, buscando uma melhora na situação de saúde do indivíduo. Assim, a utilização dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a amamentação, contribui com a prática desse processo, pois os enfermeiros podem identificar situações de vulnerabilidade do binômio mãe-bebê, dificuldades no aleitamento materno e, assim, propor intervenções adequadas para o cuidado⁽⁶⁾.

Os diagnósticos de enfermagem auxiliam os enfermeiros no direcionamento dos cuidados e subsidia a tomada de decisão, visando alcançar resultados positivos no cuidado às pessoas, famílias e comunidades⁽⁷⁾. Por conseguinte, é importante utilizar os diagnósticos de enfermagem para identificar as necessidades do binômio mãe-bebê, sistematizar o cuidado de enfermagem, promover uma assistência de qualidade e traçar meios de influenciar positivamente a prática do aleitamento materno.

Considerando a importância desses aspectos, objetivou-se, neste estudo, identificar os diagnósticos de enfermagem de acordo com a NANDA-I em nutrizes acompanhadas na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo descritivo com abordagem quantitativa.

Participantes da pesquisa

A população foi constituída pelo binômio mãe-bebê, usuários da unidade, cadastrados pelas equipes de Saúde da Família. A amostra foi calculada pela fórmula para população finita: $n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$, onde Z= nível de confiança, P= Quantidade de acerto esperado, Q= Quantidade de erro esperado, N= População total, e= Nível de precisão. Assim, "n" foi constituído por 135 mães e seus bebês, N=210, Z=1,98, P=35, Q=65, e²=5%.

Os critérios de inclusão foram nutrizes acompanhadas por essa unidade primária de saúde, independentemente do número de gestações anteriores, e que tenham filhos de até seis meses de idade. Foram excluídas as mães portadoras da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) por estarem impossibilitadas de amamentar e as portadoras de distúrbios psiquiátricos pela impossibilidade de responder as questões.

Local do estudo

Desenvolvido em uma unidade de atenção primária à saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, que presta atendimento por meio de consultas de enfermagem às crianças através da puericultura.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2016. A coleta dos dados foi realizada por meio de um formulário, com perguntas abertas e fechadas, desenvolvido especialmente para a pesquisa. Foi utilizada a taxonomia II da NANDA-I (edição 2015-2017) para identificação dos diagnósticos. As variáveis do estudo relacionadas às mães foram: idade, estado civil, anos de estudo, ocupação, número de consultas no pré-natal, local de realização do pré-natal, orientação sobre aleitamento materno. Os dados referentes ao bebê coletados foram: idade, peso e problemas de saúde ao nascer. Antes do início da coleta de dados, foi realizado um teste piloto com cinco mães para adequação do formulário, as quais não foram incluídas na amostra.

Procedimentos de análise de dados

As informações obtidas com o estudo foram tratadas pela análise descritiva, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0, o qual permitiu obter a frequência das variáveis estudadas, média e desvio padrão.

Procedimentos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e aprovado com o parecer de nº 1.462.666. As participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

Dentre as 135 participantes do estudo, verificou-se que 101 nutrizes (74,8%) possuíam entre 20 a 35 de idade, com uma média de 26,8 anos (DP=6,45). Quanto ao estado civil, verificou-se que 54 (40,0%) eram casadas. Em relação a escolaridade, observou-se que 88 (65,2%) possuíam entre nove a 12 anos de estudo e 87 (64,5%) não exerciam atividade remunerada. Em relação ao pré-natal, a maioria (71,8%) tinha realizado mais de sete consultas, predominando a atenção primária como o local desses atendimentos. Também participaram mulheres que realizaram as consultas na atenção primária e hospitais particulares simultaneamente, a fim de abranger a maior parte das mulheres assistidas na unidade. Justifica-se a inclusão do atendimento privado pelo fato de estar cada vez mais frequente nessa população. Em relação às orientações sobre aleitamento materno, 76 (56,3%) foram orientadas durante o pré-natal e 108 (80%) no puerpério (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das variáveis maternas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis maternas	N	%	ME±DP
Idade (anos)			26,89±6,45
15 a 19	19	14,1	
20 a 35	101	74,8	
36 a 42	15	11,1	
Estado Civil			
União Consensual	56	41,5	
Casada	54	40,0	
Solteira	25	18,5	
Anos de estudo			
Até oito anos	26	19,3	
Nove a doze	88	65,2	
Acima de 12	21	15,5	
Ocupação			
Dona de casa	87	64,5	
Ativas no mercado de trabalho	44	32,6	
Outras	4	2,9	
Número de consultas de pré-natal			
3 a 6	31	22,9	
7 ou mais	104	77,1	
Local do pré-natal *			
Atenção primária	97	71,8	
Hospital/Particular	65	48,2	
Orientações sobre AM no pré-natal			
Sim	76	56,3	
Não	59	43,7	
Orientações sobre AM no puerpério			
Sim	108	80,0	
Não	27	20,0	

*Mães realizaram o pré-natal em mais de um local

Legenda: AM = Aleitamento materno

Quanto à idade das crianças, 29 (21,5%) eram menores de um mês, 16 (11,8%), tinham um mês, 20 (14,8%) tinham 2 meses, 24 (17,8%) estavam com três meses, 17 (12,6%) com quatro meses, 14 (10,4%) com cinco meses e 15 (11,1%) com seis meses.

De acordo com a avaliação das participantes, foram identificados os seguintes diagnósticos: Leite materno insuficiente, Padrão ineficaz de alimentação do lactente, Disposição para amamentação melhorada, Risco de vínculo prejudicado, Amamentação ineficaz e Amamentação interrompida (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem e características definidoras identificados nas nutrizes acompanhadas na atenção primária (N=135). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Disposição para Amamentação Melhorada	101	54,4
Características Definidoras		
Mãe expressa o desejo de melhorar a capacidade de amamentar com exclusividade	75	74,2
Mãe expressa o desejo de melhorar a capacidade de oferecer o leite materno às necessidades nutricionais da criança	27	26,7
Amamentação Ineficaz	37	19,9
Características Definidoras		
Lactente exibe agitação na primeira hora após a amamentação	15	40,5
Lactente chora na primeira hora após a amamentação	14	37,8
Suprimento de leite inadequado percebido	14	37,8
Sucção na mama não sustentada	7	18,9
Lactente chora ao ser posto na mama	6	16,2
Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	4	10,8
Ausência de ganho de peso do lactente	3	8,1
Incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar corretamente	2	5,4
Resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar	2	5,4
Leite Materno Insuficiente	17	9,1
Características Definidoras do Lactente		
Choro frequente	10	58,8
Tempo de sucção na mama parece insatisfatório	6	35,3
Aumento do peso inferior a 500g em um mês	2	11,7
Busca sugar a mama com frequência	2	11,7
Recusa sugar a mama	2	11,7
Características Definidoras Maternas		
Retardo na produção de leite	16	94,1
Ausência de leite com estimulação do mamilo	6	35,3
Volume de leite materno retirado é inferior ao volume prescrito	5	29,4
Amamentação Interrompida	15	8,1
Características Definidoras		
Amamentação não exclusiva	15	100,0
Risco de Vínculo Prejudicado	13	6,9
Padrão Ineficaz de Aleitamento do Lactente	3	1,6

Características Definidoras

Incapacidade de manter uma sucção eficaz 2 66,7

Nota. Obteve-se mais de um DE por nutriz.

Quanto a idade das crianças do estudo, os menores de um mês apresentaram 26 ocorrências referente ao diagnóstico mais presente nesse estudo: Disposição para amamentação melhorada. Já as crianças com seis meses apresentaram apenas 11 desse diagnóstico, conforme tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a amamentação de acordo com a idade das crianças. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

Diagnóstico de Enfermagem	Idade (meses)						
	<1	1	2	3	4	5	6
Disposição para amamentação melhorada	26	12	18	13	14	7	11
Amamentação ineficaz	4	5	6	7	4	7	4
Leite materno insuficiente	1	2	1	7	-	4	2
Amamentação interrompida	-	1	1	2	5	3	3
Risco de vínculo prejudicado	1	3	3	3	-	1	2
Padrão ineficaz de alimentação do lactente	-	-	-	2	-	1	0

Observa-se ainda na tabela 3, que houve ocorrência de mais de um diagnóstico de enfermagem em todas as idades, principalmente nas crianças com três, dois e cinco meses.

DISCUSSÃO

O aleitamento materno depende de vários fatores que podem influir positiva ou negativamente no seu sucesso. Entre eles, o nível de escolaridade mais elevado pode ser um fator positivo a ser considerado⁽⁶⁾. Outro fator importante é a idade, visto que mães com idade inferior a 20 anos introduzem alimentos complementares e outros leites mais precocemente na vida do bebê⁽⁹⁻¹⁰⁾, contribuindo assim para o desmame precoce. O trabalho da mãe fora de casa, a falta de parceiro fixo e a não realização das consultas de pré-natal são fatores favoráveis ao desmame precoce⁽¹¹⁾. Nessa pesquisa, a escolaridade da maioria das mães variou entre 9 a 12 anos de estudo, semelhante ao encontrado em outros estudos^(10,12). Além disso, a maioria das mães afirmaram que possuíam parceiro fixo, trabalhavam em casa e realizaram mais de 6 consultas de pré-natal, sendo esses fatores favoráveis para a promoção do aleitamento materno exclusivo.

O pré-natal é o momento adequado para oferecer orientações acerca do aleitamento materno, auxiliando as mães quanto às dúvidas e inquietações na prática da amamentação, uma vez que intervenções específicas de apoio profissional e acesso à informação adequada tem demonstrado efetividade para melhoria das taxas de aleitamento materno^(13,14). Desse modo, observou-se que, apesar da maioria das mães do estudo terem realizado o pré-natal na atenção primária, ainda assim, foram apontados diagnósticos de enfermagem que mostram a evolução para o desmame precoce.

Embora as vantagens do aleitamento materno sejam reconhecidas em evidências científicas no Brasil e no mundo, os índices de continuidade da amamentação são considerados muito aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, leite materno exclusivo nos primeiros seis meses, continuado até os dois anos ou mais⁽¹⁵⁾. Neste estudo, observou-se que o diagnóstico de enfermagem disposição para amamentação melhorada foi o mais frequente nos binômios no momento da investigação, seguido de amamentação ineficaz.

Apesar da maioria das mulheres apresentarem intenção de melhorar a prática de amamentação, o segundo diagnóstico de enfermagem mais frequente foi Amamentação ineficaz (19,9%), caracterizado como a dificuldade em oferecer o leite das mamas, o que pode comprometer o estado nutricional do lactente ou da criança, corroborando com um estudo desenvolvido com mulheres atendidas na atenção primária^(5,16).

Estudo desenvolvido sobre a prevalência da amamentação, em ambulatório de aleitamento materno de uma maternidade escola pública, referência no atendimento em ginecologia e obstetrícia, os autores observaram a tendência de queda no aleitamento materno exclusivo, decrescendo de 39,2% em crianças no primeiro mês para 6,5% no sexto mês, com introdução de complementos e substituições por outros leites⁽¹²⁾. Resultados semelhantes foram observados nesse estudo, pois o índice de aleitamento materno foi diminuindo com o passar dos meses.

O DE Leite materno insuficiente foi mais comum entre as crianças de três meses devido às mudanças das necessidades nutricionais do bebê que tendem a aumentar com o tempo, fazendo com que algumas nutrizes acreditem que seu leite não é suficiente para seu filho. Essa explicação também pode ser relacionada ao DE Padrão ineficaz de alimentação do lactente já que ele necessita de maiores quantidades de leite materno e seu padrão de sucção pode não atingir a demanda esperada.

A Amamentação interrompida, mais comum entre bebês de cinco meses, pode estar relacionada a volta das nutrizes

às atividades laborais, já que muitas vezes a licença maternidade não contempla os seis meses de amamentação exclusiva. Em uma pesquisa, os dados apontam que 28,6% das nutrizes apresentaram o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida, definido como a quebra na continuidade do oferecimento de leite materno que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente ou da criança^(2,5). No presente estudo, 8,1% das nutrizes apresentaram esse diagnóstico, que apesar de ser um número menor, demonstra a necessidade de uma intervenção por parte da equipe de saúde para evitar a ocorrência da interrupção do aleitamento materno.

Neste estudo, a característica definidora amamentação não exclusiva, foi identificada em todos os binômios mãe-bebês com o diagnóstico de enfermagem Amamentação interrompida. O mesmo é definido como a quebra da continuidade do oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena, direto das mamas, que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente⁽⁵⁾, favorecendo a descontinuação da amamentação exclusiva o que pode gerar prejuízos à nutrição da criança.

O diagnóstico de enfermagem Risco de vínculo prejudicado é definido como: suscetibilidade à ruptura do processo interativo, entre a criança e pais ou pessoas significativas, que promove o desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado⁽⁵⁾. Os fatores de risco que fundamentam esse diagnóstico incluem ansiedade, conflito do(a) pai/mãe devido a comportamento desorganizado do lactente, doença da criança que impede o início do contato com pai/mãe e separação pais/filho. Na presente pesquisa o DE Risco de vínculo prejudicado esteve presente em 6,9% dos binômios mãe-bebês, sendo o fator de risco ansiedade, encontrado em 92,3% das nutrizes.

A característica definidora incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração foram identificadas em 100% dos lactentes e a língua presa como má formação no diagnóstico Padrão ineficaz de alimentação. O recém-nascido prematuro muitas vezes apresenta imaturidade da musculatura da cavidade oral, dificultando a pega adequada da aréola por ingurgitamento das mamas. O manejo da prática da amamentação vai depender das dificuldades apresentadas pelas nutrizes⁽¹⁷⁾.

Neste contexto, o papel do enfermeiro é relevante, sobretudo, na redução dos índices de desmame precoce, aderindo intervenções de impacto positivo, embasados no conhecimento científico, valorizando os fatores que podem favorecer para a continuidade da amamentação, como, o conhecimento da fisiologia da amamentação, a realização de visitas domiciliares e o conhecimento do meio social

Limitações do estudo

Participantes da pesquisa acompanhados em uma única Unidade de Atenção Primária não sendo possível generalização dos resultados encontrados.

CONCLUSÃO

A utilização da linguagem diagnóstica da NANDA-I na atenção primária permitiu a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes nas mães atendidas na unidade. Observou-se que o diagnóstico Disposição para amamentação melhorada foi o mais frequente, apesar do tempo diminuído de amamentação. Entretanto, percebeu-se que ainda há a necessidade de elaborar diagnósticos de enfermagem que abranjam algumas demandas das nutrizes, como os aspectos e problemas mamários que podem surgir na amamentação e em seu manejo.

Portanto, a realização de outros estudos nos serviços que ofereçam a assistência ao aleitamento materno, pode ser útil para observar e discutir de modo aprofundado, os diagnósticos de enfermagem encontrados, gerando diversos pontos para discussões futuras.

Agradecimentos

As autoras agradecem ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e FUNCAP (Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelas bolsas de iniciação científica concedidas para a realização da pesquisa.

Conflitos de Interesse: Não há.

REFERÊNCIAS

- Lima, CM, Sousa, LB, Costa, EC, Santos, MP, Cavalcanti, MCSL, Maciel, NS. Auto eficácia na amamentação exclusiva: avaliação dos domínios técnica e pensamentos intrapessoais em puérperas. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 11]; 10(3): 9-14. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/15977/539>
- Carvalho OMC, Silva KR, Andrade LZC, Silva VM, Lopes MVO. Prevalence of nursing diagnoses of breastfeeding in the mother-infant dyad in basic health unit. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2018 ago 10]; 15(1):99-107. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3091/2375>
- Ministério da Saúde (BR). Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Ministério da Saúde [Internet]. 2014 [cited 2018 ago 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribuicao_leite.pdf.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicação do Processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA international nursing diagnoses: Definitions and classification, 2018-2020. Oxford: Wiley Blackwell; 2018.
- Chaves EMC, Dodt RCM, Freitas MC. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relacionados com o aleitamento materno. In: Moraes SCR, Souza KV, Duarte ED. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 9-28.
- Gasparin VA, Broch D, Betti T, Riquinho DL, Santo LCE. Diagnósticos de enfermagem relacionados ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 dez 19]; 7(1):234-46. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2411/pdf>
- Maranhão TA, Gomes KRO, Nunes LB, Moura LNB. Factors related to exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Cadernos Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2018 ago 10]; 23(2):132-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-132.pdf>
- Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2018 ago 10]; 46(3):537-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_02.pdf
- Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Factors associated with interruption of exclusive breastfeeding in low birth weight infants receiving primary care. *Cadernos Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2018 ago 10]; 27(5):953-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/13.pdf>
- Pivetta HMF, Braz MM, Pozzebon NM, Freire AB, Real AA, Cocco VM, et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura. *Rev Ciênc Méd Biol* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 14]; 17(1):95-101. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/12783/16432>
- Ferreira HILOC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino OS, Pinheiro AKB. Factors Associated with Adherence to the Exclusive Breastfeeding. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 14]; 23(3):683-90. Available from: doi: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n3/en_1413-8123-csc-23-03-0683.pdf
- Sardinha DM, Maciel DO, Gouveia SC, Pamplona FC, Sardinha LM, Carvalho MSB, Silva AGI. Promotion of breastfeeding in pre-natal care by the nurse. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2019 [cited 2019 dez 19]; 13(3):852-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238361/31592>
- Santos EM, Silva LS, Rodrigues BFS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMC et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2019 dez 19]; 24 (3): 1211-1222. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301211&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.126120171>
- Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2018 ago 10]; 15(5):771-9. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3240/2495>
- Freitas LJO, Melo NCCC, Valente MMOP, Moura ERF, Américo CF, Sousa CSP. Amamentação ineficaz entre nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [cited 2018 ago 10]; 22(1):103-10. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11454/9018>.
- Costa EFG, Alves VH, Souza RMP, Rodrigues DP, Santos MV, Oliveira FL. Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. *Rev Fund Care* [Internet]. 2018 [cited 2019 dez 19]; 10(1):217-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.217-223>

Recebido 28/10/2019 – Aceito 12/02/2020

ENSINO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DO BRASIL

Bárbara Santos Ribeiro¹

Tércia Oliveira Coelho¹

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery¹

Alba Benemérita Alves Vilela¹

Sérgio Donha Yarid¹

Rudval Souza da Silva¹

<https://orcid.org/0000-0002-3950-0374>

<https://orcid.org/0000-0001-8412-1018>

<https://orcid.org/0000-0002-7823-9498>

<https://orcid.org/0000-0002-1187-0437>

<https://orcid.org/0000-0003-0232-4212>

<https://orcid.org/0000-0002-7991-8804>

Objetivo: Identificar a oferta de disciplinas que discutem sobre a temática Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em enfermagem das universidades federais do Brasil. **Metodologia:** Pesquisa documental, realizada nos meses de agosto e setembro do ano de 2018, a partir dos Projetos Político Pedagógicos e matrizes curriculares dos cursos de enfermagem, disponibilizados on-line nos sites das universidades federais. **Resultados:** Identificou-se que apenas 11 cursos ofertam alguma disciplina voltada para a discussão dos Cuidados Paliativos; e destes, somente a Universidade Federal de Pernambuco, campus de Recife, incluiu a disciplina como componente obrigatório. A região Nordeste disponibiliza 6 (54,5%) cursos com disciplina para discussão dos Cuidados Paliativos, a região Sudeste 2 (18,2%) cursos, e as regiões Norte, Centro-Oeste e Sul, respectivamente 1 (9%) curso. **Conclusão:** Há uma reduzida oferta de disciplinas nos cursos de graduação em enfermagem nas universidades federais que versam sobre a promoção dos Cuidados Paliativos ao binômio paciente e família.

Descritores: Cuidados Paliativos; Educação em Enfermagem; Tanatologia.

TEACHING OF PALLIATIVE CARE IN GRADUATION IN NURSING IN BRAZIL

Objective: To identify the offer of disciplines that discuss the theme Palliative Care in undergraduate nursing courses at federal universities in Brazil. **Methodology:** Documentary research, conducted in August and September of 2018, from the Pedagogical Political Projects and curriculum of nursing courses, available online on the websites of federal universities. **Results:** It was found that only 11 courses offer some discipline focused on the discussion of Palliative Care; Of these, only the Federal University of Pernambuco, campus of Recife, included the discipline as a compulsory component. The Northeast Region offers 6 (54.5%) courses with discipline to discuss Palliative Care, the Southeast 2 (18.2%) courses, and the North, Midwest and South, respectively 1 (9%) course. **Conclusion:** There is a reduced offer of subjects in undergraduate nursing courses at federal universities that deal with the promotion of Palliative Care to the patient and family binomial.

Descriptor: Palliative Care; Nursing Education Tanatology.

ENSEÑANZA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA DE BRASIL

Objetivo: identificar la oferta de disciplinas que discuten el tema Cuidados paliativos en cursos de pregrado en enfermería en universidades federales de Brasil. **Metodología:** Investigación documental, realizada en agosto y septiembre de 2018, de los Proyectos Políticos Pedagógicos y el plan de estudios de los cursos de enfermería, disponibles en línea en los sitios web de las universidades federales. **Resultados:** Se encontró que solo 11 cursos ofrecen alguna disciplina enfocada en la discusión de Cuidados Paliativos; De estos, solo la Universidad Federal de Pernambuco, campus de Recife, incluyó la disciplina como un componente obligatorio. La Región Noreste ofrece 6 (54.5%) cursos con disciplina para hablar sobre Cuidados Paliativos, los cursos Sudeste 2 (18.2%) y el Norte, Medio Oeste y Sur, respectivamente 1 (9%) curso. **Conclusión:** Hay una oferta reducida de asignaturas en cursos de pregrado de enfermería en universidades federales que se ocupan de la promoción de los cuidados paliativos para el paciente y la familia binomial.

Descriptor: Cuidados Paliativos; Educación en Enfermería; Tanatología.

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Autor Correspondente: Bárbara Santos Ribeiro – Email: barbara_ribeiro2@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A morte, de maneira semelhante ao nascimento, consiste em um evento intrínseco à vida; compreende um episódio natural da condição humana, e a depender da matriz cultural, étnica ou religiosa que cada indivíduo traga consigo, contribui para moldar as atitudes da pessoa frente ao processo da morte⁽¹⁾. Desse modo, o fenômeno da morte pode ser percebido sob o ponto de vista positivo, quando há uma aceitação desta, ou sob o ponto de vista negativo, quando há presença do medo, recusa e o evitamento⁽¹⁻²⁾.

A morte é o fechamento natural do ciclo vital, portanto, promover uma morte digna é um desfecho do cuidado que contempla as necessidades humanas. Logo, a utilização pelo profissional de saúde de ferramentas para assegurar terminalidade da vida com mitigação do sofrimento, não é falhar em seu juramento enquanto profissional, mas é ofertar Cuidados Paliativos⁽³⁾.

A terminologia Cuidados Paliativos é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma abordagem que busca melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças incuráveis, progressivas e que ameacem a continuidade da vida⁽⁴⁾. Os Cuidados Paliativos devem reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente e seus familiares a se adaptarem às mudanças de vida impostas pela doença incurável, bem como promover a reflexão necessária para o enfrentamento da condição irreversível e/ou possibilidade de morte⁽⁵⁾.

No entanto, ao longo do processo de formação em saúde, os acadêmicos não são preparados para a aceitação do óbito. A exaustiva combinação terapêutica de recursos de toda ordem visando o restabelecimento da saúde aponta para um modelo curativista, ainda culturalmente ativo no currículo. Assim, as pessoas que precisam de assistência paliativa ficam vulneráveis e as demandas relacionadas ao fim da vida, por vezes, passam despercebidas⁽⁶⁾.

No que se refere ao exercício da enfermagem, a percepção dos enfermeiros sobre o processo de morte pode influenciar diretamente na qualidade e na oferta do cuidado ao paciente em processo de terminalidade. Os estudos mostram que nas situações em que o profissional apresenta uma postura negativa diante da morte, ocorre dele não se sentir preparado para adotar uma atitude positiva de cuidados ao fim da vida, e conseqüentemente, prejudica a qualidade da relação profissional-paciente⁽⁷⁻⁸⁾. Por outro lado, a literatura evidencia que os graduandos em enfermagem que vivenciaram em seu processo formativo a temáti-

ca da morte e do morrer tiveram mais atitudes positivas ao cuidar de pessoas no fim da vida em relação àqueles que não discutiram sobre o assunto^(2,8-11).

Em face da discussão sobre a assistência paliativa e a formação de enfermeiros, emergiu a seguinte questão de pesquisa: São ofertadas disciplinas que discutem sobre os Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em enfermagem das Universidades Federais do Brasil? Considerando o exposto, delimitou-se como objetivo para o estudo identificar a oferta de disciplinas que discutem sobre a temática Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em enfermagem das Universidades Federais do Brasil.

É nesta imersão de estudos sobre os Cuidados Paliativos como conhecimento necessário à formação de Enfermeiros, que percebemos a necessidade de iniciar esta investigação curricular pelas Universidades Federais. É um momento de refletir, também, que há precisão no rompimento de tabus em torno do fim da matéria humana. Por assim dizer, nos referimos à dignidade em saber conduzir o paciente na terapia paliativista e acolher a sua família.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa documental, com o intuito de compreender informações acerca da abordagem de Cuidados Paliativos na formação de profissionais de enfermagem das universidades federais com foco basilar no Projeto Político Pedagógico.

Participantes da pesquisa

Para elucidar o conteúdo dos documentos em questão restringimos a pesquisa apenas às universidades federais, a partir de levantamento sistemático do Projeto Político Pedagógico (PPP) dos cursos de enfermagem. Salienta-se que o PPP é o documento oficial elaborado pelos cursos de formação, no qual constam os valores, as propostas educativas para a formação profissional do estudante, buscando superar desafios políticos e pedagógicos.

Para inserção das universidades neste estudo foi dado como prioridade: ser uma instituição de ensino superior federal; disponibilidade do PPP em versão on-line nos sites das universidades federais em formato de documento de texto ou em Portable Document Format (PDF) ou formato de documento compatível com arquivo de texto.

Como critérios de não inclusão, buscou-se identificar os documentos que não expunha algum componente curricular direcionado, especificamente, para a discussão dos Cuidados Paliativos, seja como componente obrigatório ou optativo.

Procedimentos para busca e análise dos dados

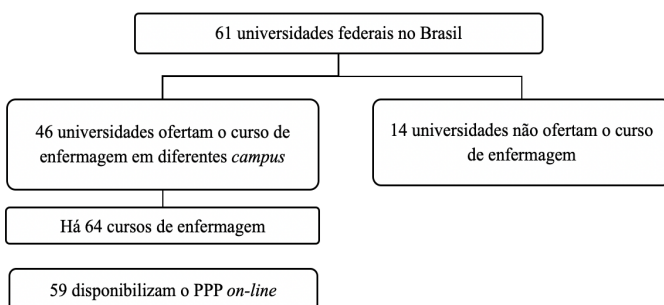
A busca documental ocorreu em duas etapas, nos meses de agosto e setembro do ano de 2018. Para sua operacionalização, inicialmente, realizou-se levantamento de todas as Universidades Federais brasileiras no site do Ministério da Educação, através do sistema e-MEC, o que permitiu constatar a existência de 61 instituições federais; destas, 47 ofertam cursos de bacharelado em enfermagem. Porém, ressalta-se que algumas universidades possuem mais de um curso de enfermagem, vista a disponibilidade em diferentes campus, o que permitiu detectar 64 cursos com seus respectivos PPP.

De posse do quantitativo de cursos de enfermagem, a amostra foi analisada mediante os critérios de inclusão supracitados: existência on-line dos PPP do curso em formato de documento de texto ou em Portable Document Format (PDF). Na coleta de dados, buscou-se identificar algum componente curricular direcionado, especificamente, para a discussão dos Cuidados Paliativos, seja como componente obrigatório ou optativo. Também se observou a indicação do semestre do qual faz parte e a carga horária do componente curricular com vista ao conteúdo de CP. Por fim, dos 64 cursos, cinco foram excluídos por não disponibilizar o PPP na versão on-line, ou seja, 59 cursos foram analisados.

Duas pessoas foram leitoras dos documentos, cabendo uma revisão de todos os processos ao término da pesquisa para mitigar possíveis vieses. A análise qualitativa dos PPP primou em extrair elementos informativos sobre o tema principal a ser investigado, constituindo as fases de busca pelos documentos, seguida da análise crítica dos PPP; garimpagem por conteúdos em CP; posterior, a categorização desta abordagem quanto à obrigatoriedade no currículo.

Para uma melhor compreensão do leitor, a Figura 1 esquematiza a sequência metodológica delimitada para o estudo.

Figura 1 Etapas de seleção das universidades federais do Brasil para análise documental. Jequié, Bahia, Brasil, 2018.



Procedimentos éticos

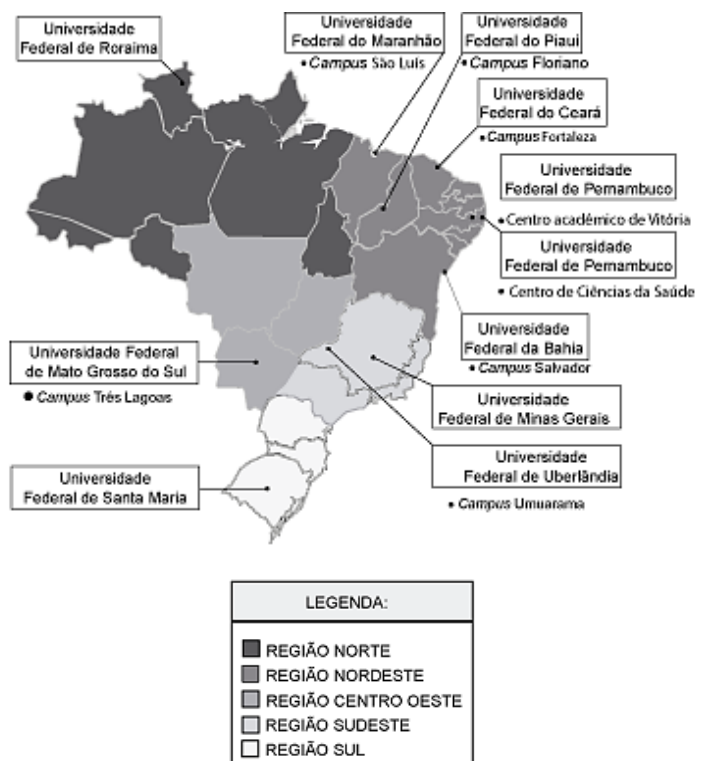
Dispensou-se a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa por tratar-se de uma pesquisa que analisou dados de domínio público, conforme Resolução do CNS nº 510/2016⁽¹⁴⁾. Para uma melhor compreensão do leitor, a Figura 1 esquematiza a sequência metodológica delimitada para o estudo.

RESULTADOS

De acordo com o portal e-MEC, existem atualmente 64 cursos de bacharelado em enfermagem oferecidos por universidades federais brasileiras. Porém, apenas 59 foram analisados por disponibilizarem o PPP na versão on-line. Mediante leitura acurada da documentação, verificou-se que somente 11 cursos ofertam alguma disciplina voltada, exclusivamente, para a discussão dos cuidados na finitude da vida.

A análise da distribuição regional revelou que, 54,5% (seis) cursos do Nordeste disponibilizam disciplinas sobre Cuidados Paliativos, seguida pela região Sudeste com 18,2% (dois) cursos. As regiões Norte, Centro-Oeste e Sul ofertam, respectivamente, 9% (um) curso (Figura 2).

Figura 2 Universidades Federais no Brasil que disponibilizam disciplinas para a discussão sobre Cuidados Paliativos. Jequié, Bahia, Brasil, 2018.



Por meio do levantamento dos dados encontrados nos PPP dos cursos de enfermagem, constatou-se o nome de identificação do componente curricular, a obrigatoriedade, a carga horária e o ano do PPP, conforme pode ser observado na Figura 3.

Identificou-se que a abordagem da temática nas disciplinas permeia a discussão sobre o processo de morte e morrer, a tanatologia e os Cuidados Paliativos. Constatou-se também que são disciplinas oriundas de PPP dos últimos 10 anos (2010-2018) e possuem carga horária que não ultrapassam 60 horas.

Tabela 1 Identificação do componente curricular disponibilizado no Projeto Político Pedagógico (PPP) on-line, ano de publicação do PPP, obrigatoriedade da disciplina e carga horária. Jequié, Bahia, Brasil, 2018.

Região	Identificação do componente curricular	Ano do PPP	Obrigatoriedade	Carga horária
Norte				
Universidade Federal de Roraima	Cuidados Paliativos e Tanatologia	2017	Optativa	40
Região Nordeste				
Universidade Federal da Bahia – campus Salvador	Cuidados Paliativos e Tanatologia	2010	Optativa	51
Universidade Federal do Ceará – campus Fortaleza	Tanatologia	2013	Optativa	32
Universidade Federal do Maranhão – campus São Luís	Tanatologia	2015	Optativa	60
Universidade Federal de Pernambuco – campus Recife	Enfermagem e Cuidados Paliativos	2013	6º período Obrigatória	30
Universidade Federal de Pernambuco – campus Vitória	Assistência de Enfermagem em Cuidados Paliativos	2011	Optativa	45
Universidade Federal do Piauí – campus Floriano	Introdução a tanatologia	2017	Optativa	60
Região Sudeste				
Universidade Federal de Minas Gerais	Tanatologia	2017	Optativa	30
Universidade Federal de Uberlândia – campus Umuarama	Cuidados Paliativos	2010	Optativa	30
Região Centro-Oeste				
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – campus de Três Lagoas	Cuidados Paliativos e a Enfermagem	2011	Optativa	51
Região Sul				
Universidade Federal de Santa Maria	O Processo de Morte e Morrer: Novo Olhar Acerca da Morte e da Vida	2012	Optativa	30

Dentre os cursos selecionados, ressalta-se que somente o curso de enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), campus Recife, inclui a discussão dos Cuidados Paliativos como componente obrigatório da grade curricular. Todos os outros oferecem a disciplina como modalidade optativa.

DISCUSSÃO

Os resultados permitiram constatar que o ensino dos Cuidados Paliativos enquanto temática teórica e/ou vivencial em disciplina tem pouca expressão nos currículos de graduação de enfermagem. A verificação dessa fragilidade também tem sido retratada em outros estudos que se propõem a analisar o ensino destes em cursos na área da Saúde, inclusive, de enfermagem^(5, 13-15).

A realidade constatada configura-se um problema para a formação profissional, pois não fica evidente na base educacional para a assistência em Cuidados Paliativos. Logo, os achados sugerem que as práticas de enfermagem nesse contexto são deficitárias em detrimento da lacuna percebida nos documentos pedagógicos analisados, o que exige a necessidade de reformulações.

Não obstante, 18, 64% (11 onze) dos cursos disponibilizarem disponibilizam alguma disciplina para discussão dos Cuidados Paliativos, destas, 90, 9% (dez) são optativas. Como ressalva, apenas a Universidade Federal de Pernambuco inclui a disciplina “Enfermagem e Cuidados Paliativos” como componente curricular obrigatório. Salienta-se a necessidade de obrigatoriedade desse conhecimento diferencial para abordagem das necessidades humanas, o que pode transcender nos profissionais em formação uma sensibilização para assistir a pessoa sem possibilidades de cura, assim como, ajudar na promoção da qualidade de vida de todo o núcleo familiar⁽¹⁶⁾.

Desse modo, percebe-se que a formação em Cuidados Paliativos na graduação em saúde ainda tem sido considerada como insuficiente por focar excessivamente em dilemas bioéticos, excluindo importantes aspectos, como farmacologia, multidisciplinaridade, integralidade e a experimentação de situações reais ligadas à teoria⁽⁷⁾.

Notou-se ainda, que os respectivos PPP dos cursos que abordam sobre a temática foram publicados nos últimos 10 anos, o que parece coincidir com a recente trajetória dessa abordagem de cuidados. Com alusão à história, os Cuidados Paliativos foram definidos pela OMS em 1990, e redefinidos em 2002, como uma vertente que aperfeiçoa a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas de saúde crônicos, por intermédio da prevenção e alívio do sofrimento⁽¹⁷⁾.

No que se refere às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em enfermagem do ano de 2001, encontra-se em todo o texto, ênfase no desenvolvimento de competências e habilidades que respeitem preceitos bioéticos para atuação do Enfermeiro, assim como, a necessidade de atuar de forma que haja garantia da integralidade na assistência. Entretanto, não se observa nenhuma determinação “específica” que oriente a formação em Cuidados Paliativos⁽¹⁸⁾.

Desse modo, percebe-se que o ensino dos Cuidados Paliativos no Brasil tem sido vagaroso mediante iniciativas exitosas, porém pontuais, quando se considera o quantitativo de pessoas que vão a óbito sem esses cuidados⁽¹⁹⁾. O grande enfrentamento é lidar com o que não se pode tornar técnico – lidar com a subjetividade do ser. É neste abismo entre o ser técnico e o ser humano que é necessária a construção de um elo entre a melhor assistência e a expressão de humanidade, pois cada pessoa é única e o seu sofrimento também⁽⁵⁻⁶⁾.

Portanto, apesar de existir em alguns cursos de enfermagem do Brasil disciplinas para discussão da temática, a crítica que se faz é quanto a complexidade do conteúdo, pois corrobora para uma práxis que implica em desconstrução de alguns conhecimentos para que outros sejam alicerçados em prol do bem-estar em vida ou até mesmo, de uma boa morte. Por assim dizer, diante dos resultados encontrados no panorama da esfera federal das matrizes curriculares analisadas é que provocamos este debate complexo que não cabe nas aulas raras e superficiais dispostas pela matriz curricular dos cursos de graduação. Estas precisam ser mais completas e em maior número, ministradas de forma longitudinal no processo de formação, despertando no acadêmico a noção de que a cura e o paliativismo andam paripassu.⁽¹⁹⁾

No Brasil, a proposta do Melhor em Casa, traz uma nova modalidade de assistência domiciliar, instituída pela portaria de nº 963/2013, do Ministério da Saúde. Trata-se de um serviço destinado a pessoas com necessidades definitivas ou temporárias. Neste processo, ocorre a implantação de Cuidados Paliativos proporcionados por uma equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) que atua no seio do lar de quem recebe essa assistência⁽²⁰⁾.

Embora seja vagaroso o investimento em políticas públicas voltadas para a promoção dos Cuidados Paliativos, no Brasil, o SUS reconhece e já oferta assistência na área. Desse modo, ressalta-se a relevância de desenvolver o cuidado humanizado e paliativista, trazendo identidade às ações, por se configurar uma assistência peculiar a cada indivíduo, visando um crescimento expressivo nesta abor-

dagem de transição, onde a pessoa e seus familiares estão envoltos da vida, da morte e do morrer, sendo este último um ato único e pessoal do ser humano.

Por fim, espera-se que espaços para discussão sobre Cuidados Paliativos seja uma realidade em todas as Universidades Federais que dispõem do curso de enfermagem, quer seja em disciplinas específicas, ou de maneira transversal, não obrigatoriamente disciplinares.

Contribuições do estudo para a prática

O estudo contribui para a reflexão e discussão sobre a inclusão de conteúdos específicos sobre Cuidados Paliativos no currículo dos cursos de graduação, sensibilizando futuros profissionais da saúde sobre a visão humanística, diante das necessidades dos pacientes sem possibilidades de cura.

Limitação do estudo

A pesquisa se limitou a análise dos cursos de graduação em enfermagem de Universidades Federais. Não foram incluídos no estudo cursos de universidade estaduais ou de instituições privadas.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo permitiram constatar a reduzida oferta de disciplinas nos cursos de graduação em enfermagem nas Universidades Federais brasileiras que discutem especificamente sobre os Cuidados Paliativos nas múltiplas dimensões de assistência ao binômio paciente e família.

Dentre os 11 cursos que ofertam alguma disciplina para discussão dos Cuidados Paliativos, notou-se que todos tinham PPP dos últimos dez anos (2008-2018), o que evidencia a recente história dessa abordagem. Apenas a Universidade Federal de Pernambuco inclui a disciplina Enfermagem e Cuidados Paliativos como componente curricular obrigatório.

Percebeu-se que a valorização do modelo curativista, com estudo das patologias visando unicamente a cura, é um conceito educacional que requer reformulação, objetivando suprir as necessidades humanas que não são atuais, como por exemplo, uma morte digna. Logo, constata-se que a inserção dos CP nos currículos de graduação de Enfermagem das Universidades Federais do Brasil ainda é uma conquista a ser almejada nos PPP.

Assim, faz-se necessário uma abordagem dos Cuidados Paliativos de maneira mais específica na formação dos profissionais de saúde, com ênfase maior na formação dos profissionais da Enfermagem que estão mais próximos dos

pacientes terminais, assim como de seus familiares, capacitando-os para prestarem o cuidado no processo de morte e morrer.

Contribuição dos autores: BSR, TOC: contribuíram para a concepção e desenho do estudo, análise e interpretação

dos dados, redação do artigo. RSS, RNSOB, SDY, ABAV: contribuíram para a revisão crítica da versão final do artigo.

Agradecimentos: À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

- Jafari M, Rafiei H, Nassehi A, Soleimani F, Arab M, Noormohammadi MR. Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 05]; 21(2):192-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26009673>
- Souza MCS, Sousa JM, Lago DMSK, Borges MS, Ribeiro LM, Guilhem DB. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 12]; 26(4):1-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000400313&lng=en&enrm=iso&tlng=pt
- Malta R, Rodrigues B, Priolli DG. Paradigma na Formação Médica: Atitudes e Conhecimentos de Acadêmicos sobre Morte e Cuidados Paliativos. *Rev bras educ med* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 10]; 42(2): 34-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022018000200034&lng=pt&enrm=iso
- World Health Organization. Palliative Care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05. Genève, 2007. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716263>
- Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 02]; 20(59): 1041-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-328320160005010102&script=sci_abstract&tlng=pt
- Arantes ACQ. A morte é um dia que vale a pena viver. Casa da Palavra, 2016.
- Mondragón-Sánchez EJ, Cordero EAT, Espinoza MLM, Landeros-Olvera EA. A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet] 2015 [cited 2019 Dec 13]; 23(2):323-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000200019&script=sci_abstract&tlng=en
- Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *Open Nurs J* [Internet] 2013 [cited 2019 Dec 18]; 7(1):14-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23400515>
- Lima MGR, Nietsche EA, Terra LG, Stangherlin RC, Belmont D, Motta CA, et al. Percepção de enfermeiros sobre a morte e o morrer: influência do ensino acadêmico. *Rev Enf UFSM* [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 18]; 39 (2): 171-80. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/artic/view/8559/0>
- Bandeira D, Cogo SB, HildebrandtLM, Badke MR. Death and dying in the formation process of nurses from the perspective of nursing professors. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 18]; 23(2):400-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200400
- Mondragón-Sánchez EJ, Cordero EAT, Espinoza MLM, Landeros-Olvera EA. A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 18]; 23(2):323-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000200019&script=sci_abstract&tlng=en
- Brasil. Resolução nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União* 2016. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Fernandes MA, Evangelista CB, Platel ICS, Agra G, Lopes MS, Rodrigues FA. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 19]; 18(9):2589-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900013
- Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 17]; 18(9):2577-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012
- Moura LVC, Passos ECS, Santos RMM, Rosa DOS, Sobrinho CLN. Ensino da tanatologia nos cursos de graduação em enfermagem. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 16]; 32:1-11. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20888>
- Carvalho KK, Lerch-Lunardi V, Silva PA, Schafer-Vasques TC, Amestoy, SC. Educational process in palliative care and the thought reform. *Invest educ Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 15]; 35(1): 17-25. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072017000100017
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic [Internet]; 2009. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial* [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília; 2001 nov 9. Seção 1, p. 4.
- Pyype P; Symons L; Wens J; Van den Eynden B; Stes A; Deveugele M. Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners: a focus group study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 11]; 15:36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24552145>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, DF, 26 de abril de 2016, Edição 78, Seção 1, Página 33.* Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Recebido 26/10/2019 – Aceito 11/02/2020

CONTRIBUIÇÃO DAS LIGAS ACADÊMICAS PARA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Carlos Romualdo de Carvalho e Araujo¹

<https://orcid.org/0000-0001-6282-0571>

Roberlandia Evangelista Lopes²

<https://orcid.org/0000-0002-6810-7416>

Maria Socorro de Araújo Dias³

<https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto³

<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

Quitéria Larissa Teodoro Farias³

<https://orcid.org/0000-0003-3877-7598>

Ana Suelen Pedroza Cavalcante³

<https://orcid.org/0000-0002-2220-4333>

Objetivo: Compreender a contribuição das ligas acadêmicas para a formação em Enfermagem. **Metodologia:** Estudo exploratório-descriptivo, sob abordagem qualitativa, realizado com 31 estudantes de cinco Ligas Acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral - Ceará - Brasil, no período de março a maio de 2017. Os dados foram coletados por meio de grupo focal e analisados mediante a análise temática de Minayo. **Resultados:** Os principais achados mostram que a metodologia adotada pelas ligas contribui para o fortalecimento do ensino, pesquisa e extensão, bem como, que os estudantes são motivados a participar pelo desejo de ter outras experiências no campo da Enfermagem, inserção precoce no território, qualificação do currículo e reforço no ensino e aprendizagem. **Conclusões:** As ligas acadêmicas são experiências potentes na transformação do cenário de práticas de saúde, mediadas por ações de ensino, pesquisa, extensão, assistência e transformação social, contribuindo assim, para a formação em enfermagem.

Descritores: Educação em Enfermagem; Educação para a saúde; Estudantes de enfermagem; Extensão comunitária.

CONTRIBUTION OF ACADEMIC LEAGUES FOR NURSING FORMATION

Objective: To understand the contribution of academic leagues to nursing formation. **Methodology:** Exploratory-descriptive study, with qualitative approach, fulfilled with 31 students from five Academic Leagues of the Nursing course at Universidade Estadual Vale do Acaraú in Sobral - Ceará - Brazil, in the period of March to May 2017. Data were collected through focus group and analyzed through Minayo thematic analysis. **Results:** The main results show that the methodology adopted by the leagues contributes to the strengthening of teaching, research and extension, as well as, that students are motivated to participate by the desire to have other experiences in the field of nursing, early insertion into the territory, curriculum qualification and reinforcement in teaching and learning. **Conclusions:** Academic leagues are potent experiences in changing the health care scenario, mediated by teaching, research, extension, assistance and social transformation actions, thus contributing to nursing formation.

Descriptors: Nursing Education; Health Education; Students, Nursing; Community-Institutional Relations

CONTRIBUCIÓN DE LAS LIGAS ACADÉMICAS PARA A LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

Objetivo: Comprender la contribución de las ligas académicas a la formación en enfermería. **Metodología:** Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 31 estudiantes de cinco ligas académicas del curso de enfermería en la Universidad Estadual Vale do Acaraú en Sobral - Ceará - Brasil, de marzo a mayo de 2017. Los datos fueron recolectados a través del grupo focal y analizados a través del análisis temático de Minayo. **Resultados:** Los principales hallazgos muestran que la metodología adoptada por las ligas contribuye al fortalecimiento de la enseñanza, la investigación y la extensión, además, que los estudiantes estén motivados para participar por el deseo de tener otras experiencias en el campo de la enfermería, la inserción temprana en el territorio, la calificación del plan de estudios y el refuerzo en la enseñanza y el aprendizaje. **Conclusiones:** las ligas académicas son experiencias potentes en la transformación del escenario de prácticas de salud, mediadas por acciones de enseñanza, investigación, extensión, asistencia y transformación social, contribuyendo así a la educación en enfermería.

Descriptores: Educación en Enfermería; Educación para la salud; Estudiantes de enfermería; Relaciones Comunidad-Institución

¹ Universidade Federal do Ceará, CE

² Centro Universitário UNINTA, CE

³ Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Sobral, CE

Autor Correspondente: Carlos Romualdo de Carvalho e Araujo - Email: romualdoerca@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O debate sobre a formação das Ciências da Saúde, vem emergindo atualmente para a necessidade de um ensino colaborativo, envolvido por docentes, discentes, usuários, gestores, profissionais da saúde e comunidade, que proporcione uma educação voltada para além da transmissão dos conhecimentos, mas na problematização e transformação da realidade⁽¹⁾, buscando para além da melhoria da qualidade de vida, ampliar o protagonismo entre trabalhadores da saúde e as famílias adscritas a um território-sanitário, durante o processo saúde-doença-cuidado.

Desde 2001, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) assegurou-se que a estrutura dos cursos de graduação devem estar articulados ao tripé universitário ensino-pesquisa-extensão, buscando alcançar esse ensino crítico-reflexivo⁽²⁾, e no caso da Enfermagem o perfil do egresso se voltar às necessidades locais regionais.

Nesse contexto, inserem-se as Ligas Acadêmicas as quais são grupos estudantis, que procuram aprofundar seus conhecimentos em uma determinada área⁽³⁾. Não há um conceito claro e bem constituído do que são as ligas, contudo diversas definições podem ser encontradas assim como uma variedade de objetivos e funções são estabelecidos e relacionados a estas⁽⁴⁾.

No que toca à sua aplicação na ciência da Enfermagem, ela pode proporcionar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, a interação ativa entre os sujeitos, a emancipação, a autonomia, o respeito às diferenças, a horizontalidade dos agentes envolvidos, além da vivência multidisciplinar, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional. Essa interação entre áreas do conhecimento pode ser encontrada nas ligas, as quais realizam atividades voltadas para a cidadania, sendo benéficas tanto a formação do estudante, quanto para a sociedade em geral⁽⁵⁻⁶⁾.

Diante dessa condição, as ligas cada vez mais vêm assumindo importância na formação em Enfermagem, como atividade extracurricular, dado seu potencial de contribuir para a concepção do futuro profissional, desenvolvendo ações no âmbito do ensino, pesquisa e extensão⁽⁴⁾.

Entretanto, apesar das ligas no Brasil, historicamente estarem vinculadas aos cursos de Medicina, desde 1920, estas são potentes ferramentas que contribuem para a formação profissional nas diversas disciplinas das Ciências da Saúde, mas ainda há pouco produção científica⁽⁴⁻⁷⁾. A lacuna se aprofunda ainda mais quando se trata de discutir

o fenômeno proposto na íntegra, a contribuição das ligas para a formação em Enfermagem.

Em resposta a essa condição, o presente estudo busca compreender a contribuição das ligas acadêmicas para a formação em enfermagem, verificando os fatores que levam os estudantes a ingressarem nestas e, as estratégias de ensino-aprendizagem que são utilizadas nesses espaços.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Estudo de natureza exploratório-descritivo, sob abordagem qualitativa, considerando-se que este permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, além de construir novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação⁽⁸⁾.

Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) em Sobral - Ceará, com estudantes do curso de Enfermagem. O curso de Enfermagem da UVA é histórico na região Noroeste do Ceará, por ter sido o primeiro de nível universitário a ser ofertado no interior do estado, caracterizando uma alínea social no processo de formação de enfermeiros para o mercado de trabalho⁽⁹⁾.

Participantes do Estudo

No curso de Enfermagem da UVA, participaram do estudo as seguintes ligas: Liga de Enfermagem em Saúde da Família (LESF); Liga de Enfermagem de Cuidados Domiciliares (LECID); Liga de Enfermagem em Urgência e Emergência (LENUE); Liga de Promoção à Saúde do Adolescente (LIPSA) e Liga Interdisciplinar em Saúde da Criança (LISCRI).

As ligas são compostas por 66 participantes, todavia 31 estudantes compuseram a pesquisa. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de inclusão, foram inseridos no estudo os estudantes que estavam participando efetivamente das ações da liga; e como critério de exclusão, os que estavam há menos de seis meses.

Coleta e análise de dados

As informações foram coletadas nos meses de março a maio de 2017, por meio de um grupo focal, que representa uma técnica de coleta, a partir da interação grupal, e pro-

move uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. Foram formados três grupos, um com nove e dois com onze participantes, conforme a disponibilidade dos ligantes, sendo mesclado entre os participantes de diversas ligas.

Os encontros aconteceram semanalmente, com duração de aproximadamente uma a duas horas⁽¹⁰⁾. A coleta foi feita por meio de um roteiro norteador, com seguintes perguntas: a) Qual a contribuição das LA para a formação? b) O que motivou você a ingressar na L? c) Qual (is) processo (s) de ensino-aprendizagem as L dispõem? As falas foram gravadas com autorização dos participantes e, em seguida, transcritas e as informações obtidas foram sistematizadas e efetuada a análise temática de Minayo⁽⁸⁾.

Após, se deu a sequência com a exploração do material, ocorrendo a codificação, classificação e definição das seguintes categorias: a) As Ligas Acadêmicas fortalecendo o ensino, a pesquisa e a extensão e b) Fatores que impulsionam a adesão às Ligas Acadêmicas. Assim, como foi proposta a inferência e as interpretações a fim de contemplar as novas dimensões teóricas.

Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu o emanado pela Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, a qual assegura os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, bem como garante os princípios da bioética e seu protocolo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, sob o Parecer Nº 1.345.575.

Para preservação do anonimato dos participantes, atribuindo-se a letra "L" que representa o termo Ligante, seguido de um numeral arábico, como nos casos: L1, L2, L3 (...) L3, e assim sucessivamente.

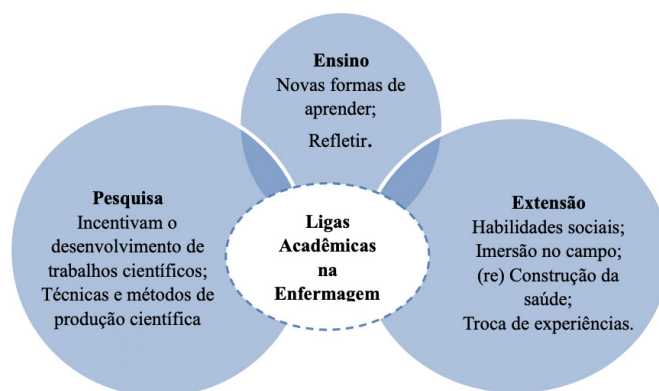
RESULTADOS

Os resultados estão expostos em três categorias temáticas, descritas a seguir.

As Ligas Acadêmicas fortalecendo o ensino, a pesquisa e a extensão

O tripé universitário (ensino, pesquisa e extensão) aparece na fala de 25 dos 31 entrevistados. Essa tríade, em princípio, é caracterizada de forma individualizada, uma vez que, estes deveriam ser idealizados enquanto atividades complementares e indissociáveis. Nessa tessitura, apresenta-se de forma sumarizada a Figura 1 que expõe os principais resultados encontrados nessa categoria.

Figura 1 Expressões das Ligas Acadêmicas no ensino, pesquisa e extensão.



Os estudantes de Enfermagem referem que as ligas contribuem para o exercício da extensão, em especial, para que eles possam desenvolver habilidades sociais necessárias ao trabalho em saúde. Isso facilita a imersão no campo e a (re) construção de práticas e saberes em saúde com base no contexto do processo saúde-doença-cuidado das famílias, sujeitos e comunidades locais.

Essa condição, ora referida é confirmada nas seguintes falas:

A Liga nos liga à comunidade (L10).

(...) nada como você estar em campo para você conhecer o que é conversar com a população, ver o próprio paciente com suas necessidades físicas e biológicas, aplicar a Sistematização de Enfermagem [SAE] voltada para a necessidade psicossocial do paciente (...) (L7).

A partir do momento que a gente vai para o campo, atuar com a comunidade a gente tem a oportunidade de trocar experiências, conhecer as necessidades e a realidade de cada pessoa, cada família (L16).

Por meio dos discursos, é possível apreender que estes veem a extensão como uma troca de experiências e saberes, em que o conhecimento emergido em sala de aula chega até a comunidade; sendo a extensão universitária, uma forma de interação entre a universidade e a sociedade na qual está inserida.

No contexto do ensino, 22 entrevistados apontam as ligas como proposta pedagógica inovadora com novas formas de aprender e de gerar reflexões. As falas reforçam essa condição:

Refletir sobre o fazer do enfermeiro, se empoderar e ter mais domínio dos processos, assim, você sente até mais segurança no que fazer, como realizar (L22).

As ligas nos incentivam a pensar e aplicar o uso de metodologias novas, metodologias ativas para produção do conhecimento (L30).

Somos instigados a fazer, isso nos leva a buscar novas formas de abordagem grupal, abordagem individual, o que muitas vezes não é dito na faculdade (L12).

Percebe-se, que os estudantes consideram que as ligas oferecem uma diversidade de oportunidades para o desenvolvimento de habilidades para a promoção da saúde e não apenas no cuidado centrado na doença.

No âmbito da pesquisa, todos os entrevistados apontam que as ligas incentivam o desenvolvimento de trabalhos científicos, como forma de publicizar e compartilhar as experiências obtidas em campo, além de aprimorar as técnicas e métodos de produção científica. Esse contexto é percebido nas seguintes falas:

Nas ligas há o incentivo a pesquisa, saber quais os tipos de pesquisa, como realizar a pesquisa, meu primeiro trabalho foi por intermédio da liga (L2).

Eu já tive um trabalho científico premiado em um evento, fruto das experiências da liga. Isso me deixou muito feliz, me deixando com vontade de fazer mais (L8).

Percebe-se nas falas dos ligantes, que as ligas perpassam o seu papel de extensão universitária e proporcionam também, a formação para a pesquisa, com um olhar para o espaço onde a práxis é desenvolvida, estimulando assim o fomento à produção científica.

Fatores que impulsionam a adesão às Ligas Acadêmicas

Dentre os motivos que levaram os estudantes de Enfermagem a participarem das Ligas, destacam-se: outras experiências na área; a inserção precoce no território; a qualificação do currículo; e o reforço no ensino e aprendizagem. Como pode-se observar nas falas a seguir:

Curiosidade de saber o que o enfermeiro faz, as ações, as vulnerabilidades no território, o que eu preciso saber, como é a vida do enfermeiro, ter um olhar curioso para adquirir conhecimentos (L13).

Sair das quatro paredes da universidade, conhecer a população, poder ajudar em alguma coisa, pois o aluno que está na academia está muito centrado nas atividades que ocorrem aqui dentro você conhece e a teoria, mas nada como você estar junto a comunidade (L27).

Esta necessidade de aproximação com a prática reflete o anseio do estudante em desempenhar suas atividades no território, além disto, as ligas são vistas como uma estratégia que contribui para o reconhecimento em sim do papel do Enfermeiro na prática.

Outro destaque nas falas é referente à pontuação no currículo, ou seja, as atividades propostas contribuem para fortalecimento do currículo:

Os alunos veem a questão do currículo, pois desde o começo da faculdade nós somos incentivados a participar. Isso faz com que os alunos sintam vontade de participar. Não somente pela questão do aprendizado, mas também para fortalecer o currículo, é um dos pontos para o aluno procurar uma liga (L31).

A questão da carga horária brilha muito aos olhos do acadêmico. Mas, nos primeiros momentos a gente começa a perceber que uma liga acadêmica ela foge somente de uma carga horária, você vai se ver como profissional, a liga vislumbra, principalmente a LESF, preparação do acadêmico para que ele vá a campo (L26).

Por outro lado, a procura dos estudantes para participar das ligas traz a reflexão sobre as possíveis fragilidades curriculares durante a formação em Enfermagem. Essa questão é percebida nas seguintes falas:

As ligas nos dão a oportunidade de nos empoderarmos do que é falho na nossa graduação, principalmente nos estágios (L5).

Sabemos que na grade curricular existem lacunas, e nós sentimos isso. As ligas surgem com o intuito de preencher essas lacunas (L24).

Desta forma, percebe-se que as LA tratam de uma atividade da qual o estudante pode escolher participar ou não, tornando-se um espaço teoricamente livre das formalidades acadêmicas. Nesse espaço, o estudante aprenderá por iniciativa própria, num exercício de autogestão de seu aprendizado, buscar novos conhecimentos e desenvolver outras práticas para além daquelas institucionalizadas no currículo.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que há contribuições das ligas acadêmicas na formação dos estudantes de Enfermagem, tais como: o fortalecimento do tripé universitário (ensino, pesquisa e extensão); o despertar para o pensamento crítico-reflexivo; e a importância do envolvimento com atividades extracurriculares. Dentre as atribuições das ligas, é importante que estas promovam uma forte articulação do tripé universitário⁽¹²⁾, estimulando a integração entre ensino-serviço-comunidades, por meio de atividades que relacione a teoria estudada em sala de aula com a vivência prática.

Quanto ao aspecto do ensino constatou-se que as ligas estão buscando se distanciar do modelo de apenas exposição de conteúdo, para tornarem-se espaços úteis a professores e estudante na construção de práticas, implementação de novas metodologias e cenários inovadores para o fortalecimento do processo de ensino e aprendizagem⁽¹²⁾.

Sobre as atividades de pesquisa, percebeu-se que muitos conhecimentos são materializados em produtos para a divulgação científica. Os integrantes envolvidos em pesquisas tornam-se potencialmente melhores profissionais, devido à ampliação da visão crítica e do poder reflexivo⁽⁶⁾. Isto afeta o desempenho profissional, com tendência a formação de lideranças mais sólidas baseadas em evidências científicas. Assim, percebe-se a relevância da pesquisa nas ligas e faz-se necessário incentivar os estudantes para a investigação e iniciação científica, dado a influência desta atividade na maturidade intelectual, compreensão da ciência e possibilidades futuras, tanto acadêmicas como profissionais⁽¹²⁾.

Em relação às ações de extensão universitária, foi notória a inserção das ligas no desenvolvimento de atividades junto à comunidade. Apesar de parecer óbvio a necessidade de inserção de ligas acadêmicas na comunidade, não é o que se tem constatado em alguns estudos^(6,7). As associações estudantis precisam estar atentas ao papel das ligas na extensão para reorientação das práticas, de modo que seja realizada em sua essência e plenitude⁽¹³⁾.

Perpassando esses aspectos de ensino, pesquisa e extensão, as ligas têm de ser pensadas num contexto mais amplo, com relevância acadêmica e social, gerando impacto no meio onde se desenvolvem, com ganhos para a comunidade científica e a população em geral. Além disto, favorecem a diversidade de cenários de prática, proporcionando uma aproximação entre o estudante e as demandas de saúde da comunidade. Concomitantemente, possibilitam o trabalho em equipe e a vivência em distintos níveis de complexidade de assistência e atenção à saúde praticada pelo SUS.

Dentro dessa perspectiva, percebem-se sinais de direcionamento da formação dos estudantes para um modelo de

atenção voltada para a promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças e agravos, de modo humanizado^(13,15).

Nesse contexto, as DCN dos cursos de graduação em Enfermagem trazem as competências e habilidades gerais dos estudantes e estão diretamente relacionadas com o papel formativo estabelecido pelas ligas acadêmicas, as quais são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Dentre essas, pode-se destacar em maior evidência: a) atenção à saúde: os estudantes de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde; b) liderança: envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz no trabalho em equipe multiprofissional, e c) administração e gerenciamento: os estudantes devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração, bem como estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde^(13,14).

Destaca-se que a liderança em enfermagem só tem sentido quando desenvolvida com o intuito de promover o bem-estar integral e social da população e da realidade onde estão inseridos⁽¹⁶⁾.

Dessa mesma forma, vê-se a aproximação com a prática como um momento para o estudante refletir sobre o conhecimento pessoal e profissional, na tentativa de consolidação da autoestima. Constata-se, portanto, que as experiências vivenciadas nas Ligas Acadêmicas podem contribuir na formação profissional e na construção propositiva de fazeres com representação e benefícios para a população.

O protagonismo dos estudantes de Enfermagem junto às ligas, mostra-se como uma potente estratégia para o desenvolvimento da liderança em Enfermagem para o desenvolvimento de Práticas Avançadas de Enfermagem, bem como poderá contribuir para o que propõe a Campanha Nursing Now que busca "empoderar os enfermeiros a assumirem o 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 aos cuidados em saúde de alta qualidade⁽¹⁷⁾.

CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA

A partir de evidências científicas que mostram as contribuições das Ligas Acadêmicas para a formação em Enfermagem fomentará a disseminação destas nas instituições de ensino em geral, fortalecendo os três pilares da universidade (ensino, pesquisa e extensão), bem como a responsabilidade social, por meio da integração entre ensino-serviço-comunidade.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo aborda a realidade do curso de enfermagem em uma única instituição de ensino, a qual desenvolve estratégias que se tornam incentivadoras da participação dos acadêmicos em atividades desta natureza que vão além da utilização para carga horária complementar ao curso, como por exemplo a concessão de bolsas de extensão.

CONCLUSÃO

De posse das evidências que emergem neste estudo, reforça-se que as Ligas Acadêmicas são potencialidades para a transformação do cenário de práticas de saúde nos diversos cenários e pontos da rede de atenção à saúde, mediada pelas ações de ensino, pesquisa, extensão, assistência e transformação social.

Tenciona-se à reflexão e a necessidade de avaliar as ligas, quanto a possíveis vieses relacionados ao desvio de

seus objetivos, quando esta se torna uma especialização precoce ou adota conceitos e técnicas equivocadas e não padronizadas.

Merece atenção o perfil dos estudantes e as potenciais consequências das ações desenvolvidas, devendo as instituições formadoras garantir coerência em todo o processo (planejamento, execução, monitoramento e avaliação) das Ligas Acadêmicas.

Desta forma, as Ligas Acadêmicas contribuirão para a formação em Enfermagem desde que desenvolvam ações de relevância para a saúde das comunidades onde estão inseridas, adotando compromisso com os princípios do SUS, respeitando aspectos éticos e morais, buscando estimular o trabalho inter e multidisciplinar, por meio de espaços democráticos e humanísticos.

Contribuições dos autores: todos os autores contribuíram em todas as etapas do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Biscarde DGS, Pereira-Santos M, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface (Botucatu)*. Botucatu. [internet] 2014. [acesso em 03 nov 2019]; 18(4):177-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0177.pdf>
2. Brasil. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. [internet] 2001. [acesso em 03 nov 2019]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
3. Soares LR, Freitas-Junior R, Ribeiro LZ, Rahal RMS. Iniciação científica na graduação: experiência da liga da mama da Universidade Federal de Goiás. *Revista Brasileira de Mastologia*. [internet] 2017. [acesso em 03 nov 2019]; 27(1): 21-5. Disponível em: http://www.mastology.org/wp-content/uploads/2017/01/MAS-v27n1_21-25.pdf
4. Panobianco M, Borges M, Caetano EA, Sampaio BAL, Magalhães PAP, Moraes DC. A contribuição de uma liga acadêmica no ensino de graduação em enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. [internet] 2013. [acesso em 03 nov 2019]; 14(1):169-178. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3351/2589>
5. Bastos MLS, Trajman A, Teixeira EG, Selig L, Belo TCT. The role of academic associations in professional training. *Jornal Brasileira Pneumologia*. [internet] 2012. [acesso em 03 nov 2019]; 38(6):803-805. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n6/en_v38n6a18.pdf
6. Ferreira IG, Souza LE, Botelho NM. Ligas acadêmicas de medicina: perfil e contribuições para o ensino médico. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. [internet] 2016. [acesso em 03 nov 2019]; 14(4):239-44. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/221/217>
7. Melo Neto AP, Martins AF, Alves PVB, Carvalho VR, Melo PGA, Pinheiro VGF. Liga acadêmica do pulmão: extensão universitária como parte da formação médica. *Sanare*. [internet] 2015 [acesso em 03 nov 2019]; 14(2):135-140. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/838/509>
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde, 11ª ed. São Paulo: Hucitec. 2008.
9. Ximenes Neto FRGX, Muniz CFF, Dias LJLF, Júnior FD, Silva MAM, Oliveira EN. Perfil sociodemográfico dos estudantes de Enfermagem Da Universidade Estadual Vale Do Acaraú (UVA). *Enfermagem em Foco*. [internet] 2017. [acesso em 01 nov 2019]; 8(3) Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1532>
10. Backes DS, Colomé, JS Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*. [internet] 2011. [acesso em 03 nov 2019]; 35(4):438-442. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: MS. [internet] 2012 [acesso em 03 nov 2019] Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Ministério da Educação e do Desporto (BR). Lei de diretrizes e bases da educação nacional - lei nº 9394/1996. Brasília: MEC. [internet] 1996 [acesso em 03 nov 2019] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm
13. Conchão S. Extensão universitária na faculdade de medicina do abc: quais avanços e limites? *ABCS Health Sciences*. [internet] 2015. [acesso em 03 nov 2019]; 40(3):318-323. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/814/709>
14. Brasil. Projeto Político Pedagógico Institucional da Universidade de Brasília. Brasília: Decanato de Extensão; (Relatório). [internet] 2011 [acesso em 03 nov 2019] Disponível em: https://unila.edu.br/sites/default/files/files/Projeto%20Político%20Pedagógico%20_%20UNB.PDF
15. Saube R, Cestari ME. O trabalho coletivo na construção do projeto político pedagógico dos cursos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet] 2006. [acesso em 03 nov 2019]; 4(2)dez. Disponível em <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/760/832>
16. Pereira L, Ramos A, Schallenberger C, Vaz M, & Barlem E. Liderança em enfermagem: abordagem ecossistêmica com impacto no cuidado. *Enfermagem em Foco*. [internet] 2018. [acesso em 03 nov 2019]; 9(3). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1351>
17. Mendes IAC. Agora, sim!!! Lançamento da Campanha Nursing Now Brasil. *Enfermagem em Foco*. [internet] 2019 [acesso em 01 nov 2019] 10(2) Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2331/495>

Recebido: 05/11/19 - Aceito: 11/02/2020

LIDERANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR: DIFERENÇAS ENTRE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS E ENFERMEIROS GERENTES

Ana Maria Martins Carlos¹

Isabel Berns Kuiava¹

Marcello Maciel Nogueira¹

Fernando Henrique Antunes Menegon²

Selma Regina de Andrade²

José Luis Guedes dos Santos²

<https://orcid.org/0000-0003-3727-1675>

<https://orcid.org/0000-0002-3640-8935>

<https://orcid.org/0000-0002-2524-3864>

<https://orcid.org/0000-0002-8840-4653>

<https://orcid.org/0000-0001-7449-6860>

<https://orcid.org/0000-0003-3186-8286>

Objetivo: analisar a diferença entre a perspectiva de liderança de enfermeiros assistenciais e gerentes no ambiente hospitalar. **Método:** estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. Coleta de dados ocorreu por meio da aplicação do Brazilian Nursing Work Index Revised com uma amostra de 106 enfermeiros de hospital universitário público da Região Sul do Brasil e submetidos à análise estatística descritiva. **Resultados:** A média da subescala de Liderança para os enfermeiros assistenciais e gerentes foi 2,16(±0,51) e 1,92(±0,49), respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os itens com maior dissonância referem-se à prática do gerente de enfermagem como líder e sua interação com a equipe. **Conclusão:** o estudo evidenciou aspectos que podem contribuir para a melhoria do ambiente de prática e para o desenvolvimento da liderança de enfermeiros no ambiente hospitalar.

Descritores: Liderança; Ambiente de Trabalho; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

LEADERSHIP IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: DIFFERENCES BETWEEN OF REGISTERED NURSES AND NURSE MANAGERS

Objective: To analyze the difference between the leadership perspective of registered nurses and nurse managers in the hospital environment. **Method:** descriptive-exploratory study with quantitative approach. Data collection occurred through the application of the Brazilian Nursing Work Index Revised with a sample of 106 nurses from a public university hospital in Southern Brazil and submitted to descriptive statistical analysis. **Results:** the mean of the Leadership subscale for registered nurses and nurse managers was 2.16 (± 0.51) and 1.92 (± 0.49), respectively. There was no statistically significant difference between the groups. The most dissonant items refer to the nursing manager's practice as a leader and his interaction with the team. **Conclusion:** the study evidenced aspects that may contribute to the improvement of the practice environment and to the development of the leadership of nurses in the hospital environment.

Descriptors: Leadership; Working Environment; Nursing Care; Nursing.

LIDERAZGO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO: DIFERENCIAS ENTRE ENFERMEROS ASISTENCIALES Y GERENTES

Objetivo: Analizar la diferencia entre la perspectiva de liderazgo de enfermeras asistenciales y gerentes en el entorno hospitalario. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cuantitativo. La recopilación de datos se produjo mediante la aplicación del Índice de trabajo de enfermería brasileño revisado con una muestra de 106 enfermeras de un hospital universitario público en el sur de Brasil y sometido a análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** La media de la subescala de Liderazgo para enfermeros asistenciales y gerentes de enfermería fue 2,16 (± 0,51) y 1,92 (± 0,49), respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los elementos más disonantes se refieren a la práctica del gerente de enfermería como líder y su interacción con el equipo. **Conclusión:** el estudio evidenció aspectos que pueden contribuir a la mejora del ambiente de práctica y al desarrollo del liderazgo de las enfermeras de atención y gestión.

Descriptorios: Liderazgo; Ambiente de Trabajo; Atención de Enfermería; Enfermería.

¹Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, SC2

²Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Autor Correspondente: Fernando Henrique Antunes Menegon - Email: fernandomenegon01@gmail.com

INTRODUÇÃO

Para além do cuidar, o trabalho realizado pelo enfermeiro contempla distintas dimensões, como, administrar/gerenciar e realizar ações de ensino e pesquisa. A gestão do cuidado, por sua vez, vem se destacando como uma ferramenta transversal entre estas dimensões no trabalho do enfermeiro, com a ideia de articular suas ações e considerando a liderança um atributo essencial para a sua prática ⁽¹⁾.

Nas instituições de saúde, nos diversos campos de atenção como a primária, secundária e terciária, esse profissional desenvolve ações de gestão do cuidado, sendo líder da equipe de enfermagem e responsabilizando-se pelos recursos materiais e humanos ^(2,3).

Com destaque para os ambientes hospitalares, que possuem um aumento da complexidade do trabalho e a incorporação de novas tecnologias, evidencia-se um quantitativo expressivo de enfermeiros que cada vez mais necessitam de qualificação para o desempenho de funções inerentes à prática profissional ⁽⁴⁾. Além de qualificação profissional, a disposição de ambientes de trabalhos com infraestrutura adequada e equipe de saúde multiprofissional integrada favorece a presença de líderes capazes de articular aspectos internos e externos ao serviço, de forma coerente com a complexidade das unidades hospitalares ⁽⁵⁾.

A liderança pode ser a chave para o alcance de metas organizacionais, visto que é esperado que o enfermeiro consiga direcionar sua equipe, de forma que esta confie em suas palavras; que seja agente motivador e de inspiração; que instigue a reflexão sobre o fazer, desafiando o processo e provocando mudanças; e que promova apoio e colaboração para melhorar a prática e reconhecer o trabalho das equipes. Embora o enfermeiro reconheça a importância do desenvolvimento de habilidades voltadas à liderança, muitas vezes, a prática torna-se desestimulante diante das demandas, dos entraves organizacionais e da falta de apoio dos níveis hierárquicos superiores de gestão ⁽⁶⁾.

A liderança enquanto construção pessoal e profissional exige que o enfermeiro tenha a capacidade de interagir com as adversidades impostas pela dinamicidade dos ambientes de trabalho ⁽⁷⁾. Essa realidade coloca frequentemente os enfermeiros assistenciais e gerentes em situações desafiadoras, promovendo uma rotina de trabalho estressante e desencorajando esses profissionais a assumirem posições gerenciais ^(5,8).

Diversas características podem influenciar o ambiente de trabalho e tornar as práticas assistenciais e gerenciais desafiadoras, tais como a tomada de decisão, autonomia

e liderança do enfermeiro nos ambientes hospitalares. Assim sendo, ambientes de trabalho com características favoráveis possibilitam maior satisfação profissional dos enfermeiros, melhoria da prática profissional e maior engajamento para que os profissionais assumam cargos gerenciais, especialmente no contexto hospitalar ^(9,10).

Este estudo fundamenta-se na necessidade e importância de conhecer a visão de enfermeiros assistenciais em comparação com enfermeiros gerentes quanto às condições do ambiente hospitalar de trabalho e o exercício de liderança. Para contribuir com a prática profissional de enfermeiros assistenciais e gerentes, definiu-se como questão de pesquisa: Como se configura a liderança de enfermeiros assistenciais e gerentes no contexto hospitalar? O objetivo deste estudo foi analisar a diferença entre a perspectiva de liderança de enfermeiros assistenciais e enfermeiros gerentes no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa.

Local do estudo

O cenário do estudo foi um hospital universitário público da Região Sul do Brasil, com 268 leitos e que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde. O serviço de enfermagem da instituição está estruturado em quatro departamentos assistenciais: (1) Emergência e Ambulatório, (2) Clínica Médica, (3) Clínica Cirúrgica e (4) Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, os quais congregam 17 serviços de enfermagem. Cada um desses serviços possui um enfermeiro gerente, que é responsável pela gerência da unidade e do cuidado, atuando tanto na administração quanto na assistência direta, quando necessário.

Participantes da pesquisa

Não foi realizado cálculo amostral para a seleção da amostra. A população elegível foi composta pelos 162 enfermeiros lotados nos departamentos assistenciais do hospital. Foi considerado como critério de inclusão um tempo de experiência igual ou maior que três meses no atual local de trabalho. Foram excluídos enfermeiros ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza e que exerciam exclusivamente atividades administrativas. Assim, obtiveram-se 132 enfermeiros aptos para a pesquisa, os quais foram convidados a integrar o estudo. Desse total, 106 (80,3%) aceitaram participar, sendo 94 (88,7%) enfermeiros assistenciais e 12 (11,3%) enfermeiros gerentes.

Coleta de dados

Para a coleta dos dados, utilizaram-se dois instrumentos: 1) Ficha de dados sociais e profissionais (idade, sexo, estado civil, tempo de experiência profissional, tempo de atuação na instituição e formação) e 2) Subescala de liderança do Brazilian Nursing Work Index Revised (B-NWI-R), versão validada do Nursing Work Index Revised para uso no Brasil⁽¹⁾.

A Subescala de Liderança do B-NWI-R é composta por 12 itens avaliados por meio de uma escala Likert, cuja pontuação varia entre um e quatro pontos, sendo solicitado ao participante que responda se concorda ou não com a afirmativa: “esse fator está presente no meu trabalho diário” com as opções: concordo totalmente (um ponto); concordo parcialmente (dois pontos); discordo parcialmente (três pontos) e discordo totalmente (quatro pontos), ou seja, quanto menor a pontuação, maior a presença dos atributos mensurados. Valores abaixo de 2,5 representam ambientes favoráveis à prática profissional e médias acima de 2,5 pontos indicam ambientes desfavoráveis⁽¹²⁾. Destaca-se que, neste estudo, o alfa de Cronbach da subescala liderança foi 0,85.

Procedimentos de análise dos dados

O estudo foi realizado no segundo semestre de 2018, a partir do banco de dados de um macroprojeto de pesquisa desenvolvido entre 2012 e 2015. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva com cálculo de medidas de posição e dispersão (média aritmética, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo). A simetria dos dados foi verificada por meio de histogramas de distribuição amostral, porém as variáveis não apresentaram distribuição normal. Dessa forma, o teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado para comparar a pontuação do B-NWI-R dos enfermeiros gerentes e assistenciais. As relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$. As análises foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0.

Procedimentos éticos

A pesquisa integra um macroprojeto sobre governança de enfermagem no ambiente hospitalar, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE): 09885612.1.0000.0121. Os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi entregue após esclarecimentos sobre a pesquisa.

RESULTADOS

Predominaram participantes do sexo feminino (n=98,

92,4%), com média de 35 anos para os enfermeiros assistenciais e 38 anos para os gerentes. Em relação à formação profissional, todos os participantes possuíam pós-graduação, sendo que 49(46,2%) em nível *lato sensu* e 47(44,3%) em nível *stricto sensu* (mestrado e doutorado).

A média da subescala de Liderança do B-NWI-R para os enfermeiros assistenciais e gerentes foi 2,16(±0,51) e 1,92(±0,49), respectivamente. Embora a média dos enfermeiros assistenciais tenha sido superior, não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Esse resultado indica que ambos percebem o ambiente de trabalho favorável para o exercício da liderança (Tabela 1).

Em relação aos itens da subescala de Liderança do B-NWI-R, o item 7 - Os enfermeiros participam ativamente dos esforços para controlar custos, apresentou média acima de 2,5 pontos para os dois grupos, configurando-se como uma característica desfavorável do ambiente de trabalho. Identificou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos nas médias dos itens 3 e 7 (Tabela 1).

Tabela 1 – Subescala Liderança do B-NWI-R (n=106). Florianópolis, SC, Brasil.

Itens	Enfermeiros assistenciais		Enfermeiros gerentes		p-valor
	MA*	DP**	MA*	DP**	
1. Suporte às ideias novas e criativas referentes aos cuidados do paciente	2,26	0,75	2	0,60	0,08
2. O gerente de enfermagem é um bom administrador e líder	2,16	0,86	1,5	0,52	0,28
3. O diretor do departamento de enfermagem é acessível e sempre presente para a equipe	2,45	0,88	1,92	0,67	0,04
4. Flexibilidade na alteração da escala de trabalho	1,67	0,75	1,5	0,91	0,84
5. Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito	2,37	0,90	2,25	0,97	0,75
6. Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente	2,1	0,78	1,83	0,72	0,95
7. Os enfermeiros participam ativamente dos esforços para controlar custos	2,64	0,83	3	0,60	0,01
8. A equipe de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos	2,24	0,94	1,92	0,90	0,32

9. O cuidado de enfermagem é baseado mais em modelos de enfermagem do que em modelos médicos	1,78	0,84	1,58	0,67	0,43
10. Os gerentes de enfermagem consultam sua equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia	2,21	0,83	1,58	0,67	0,72
11. Os enfermeiros participam ativamente na elaboração de sua escala de trabalho	1,84	0,77	1,75	0,97	0,33
12. Cada unidade de enfermagem determina suas próprias normas e procedimentos	2,39	0,90	2,25	0,87	0,50
Total	2,16	0,51	1,92	0,49	0,74

*MA = Média Aritmética, **DP = Desvio Padrão

A partir da diferença entre as médias dos enfermeiros assistenciais e gerentes para cada item da subescala de Liderança do B-NWI-R, obteve-se a dissonância entre a percepção de liderança dos dois grupos. Os itens 2 e 10 tiveram a maior diferença (Tabela 2).

Tabela 2 – Dissonância entre a percepção de liderança de enfermeiros assistenciais e gerentes. Florianópolis, SC, Brasil.

Itens	Dissonância
1. Suporte às ideias novas e criativas referentes aos cuidados do paciente	0,26
2. O gerente de enfermagem é um bom administrador e líder	0,66
3. O diretor do departamento de enfermagem é acessível e sempre presente para a equipe	0,53
4. Flexibilidade na alteração da escala de trabalho	0,17
5. Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito	0,12
6. Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente	0,27
7. Os enfermeiros participam ativamente dos esforços para controlar custos	0,36
8. A equipe de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos	0,32
9. O cuidado de enfermagem é baseado mais em modelos de enfermagem do que em modelos médicos	0,2
10. Os gerentes de enfermagem consultam sua equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia	0,63
11. Os enfermeiros participam ativamente na elaboração de sua escala de trabalho	0,09
12. Cada unidade de enfermagem determina suas próprias normas e procedimentos	0,14

DISCUSSÃO

Os resultados da subescala de Liderança do B-NWI-R indicaram que enfermeiros assistenciais e gerentes percebem as características do ambiente de trabalho favoráveis para o exercício da liderança. Como aspecto positivo, o item 4, referente à flexibilidade na alteração da escala de trabalho, obteve a melhor avaliação entre os dois grupos. A flexibilidade na alteração das escalas pode ser favorável à liderança, na medida em que pode conferir maior autonomia aos enfermeiros para a redistribuição dos profissionais durante os turnos de trabalho. Tal remanejamento ocorre de acordo com a necessidade do serviço, favorecendo a gestão da equipe e evitando a sobrecarga de trabalho diante de faltas inesperadas. A importância da flexibilização na distribuição da carga de trabalho entre a equipe, como forma de propor estratégias para adequar a organização dos processos de cuidado com base na escala de trabalho é uma estratégia que indica que esta flexibilização também pode resultar em maior satisfação profissional para o desenvolvimento das atividades⁽¹³⁾.

É importante ressaltar que o cuidado de enfermagem no hospital onde se desenvolveu o presente estudo tem como base modelos de enfermagem, mais do que em modelos médicos, e ao analisar as respostas ao item 9 da B-NWI-R permite notar que, para os participantes, há uma clareza sobre a filosofia de enfermagem seguida pela instituição, destacando-se como o segundo resultado mais favorável. O desenvolvimento da liderança, de forma persuasiva e influente positivamente junto aos componentes da equipe, que impõe ao enfermeiro a assimilação das premissas que norteiam sua prática profissional⁽¹⁴⁾.

As relações entre os gerentes e a equipe quanto às normas e rotinas estabelecidas pelos enfermeiros assistenciais, constituem a segunda maior divergência entre as respostas dos grupos neste estudo. A formulação de boas relações entre os profissionais reflete os propósitos dos serviços de saúde e auxilia os modelos assistenciais. Estudo indica que atuação de líderes experientes pode facilitar e auxiliar o desenvolvimento da liderança e conseqüentemente a promoção de cuidados qualificados e seguros para os pacientes⁽¹⁵⁾.

A qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de saúde, a boa interação interpessoal e as características do ambiente de trabalho configuram-se como requisitos necessários para a garantia de resultados positivos e em consonância com uma prática segura e de qualidade para o paciente^(4,5,16). Estudo realizado na Bélgica aponta um papel importante dos gestores na interação com a equipe e no desenvolvimento dos profissionais em relação à liderança e

às tarefas executadas pelos enfermeiros, para a qualificação da assistência⁽¹⁷⁾.

Destacou-se como característica desfavorável a expressão de que os enfermeiros participam ativamente dos esforços para controlar custos. Em geral, os hospitais realizam os serviços de maior complexidade tecnológica e, para isto, utilizam grande quantidade de recursos materiais, físicos, humanos e financeiros, sendo os enfermeiros, responsáveis por grande parte do seu planejamento, distribuição e controle. Diante desta realidade, tem se ampliado o debate entre os gestores institucionais da área da saúde sobre a importância do gerenciamento adequado desses recursos^(5,18).

Neste estudo, os enfermeiros gerentes percebem um maior distanciamento de sua prática no controle de custos. Estudo indica que o envolvimento dos enfermeiros no gerenciamento de custos deve associar-se à co-responsabilização das ações e a uma política de gestão de recursos, presentes nos serviços de saúde⁽¹⁸⁾. Esse resultado pode estar associado ao fato de o hospital tratar-se de uma instituição de ensino universitário, vinculado à estrutura governamental e dependente do repasse financeiro estatal não realizando a autogestão dos custos relacionados à compra de materiais.

Apesar dos resultados positivos para ambos os grupos, ao analisar cada item observa-se uma dissonância entre eles. A comparação entre os profissionais destaca que os enfermeiros gerentes percebem um ambiente mais favorável para o desenvolvimento da liderança apesar de não ter havido uma diferença estatística significativa entre eles. Os resultados indicam que os enfermeiros assistenciais percebem o gerente de enfermagem como um bom líder e administrador. Contudo, este resultado é mais enfatizado pelos enfermeiros gerentes, obtendo a maior diferença que indica que o gerente de enfermagem é um bom administrador e líder entre os profissionais.

Tal diferença pode indicar certo distanciamento entre a gestão do cuidado e a gestão do serviço de enfermagem ou, até mesmo, uma visão antagônica da prática do profissional, ou seja, daquele que realiza o cuidado diretamente e daquele que realiza a gestão de uma unidade hospitalar. Estudo realizado com enfermeiros italianos destaca que a liderança exercida pelos enfermeiros gerentes possui influência no desenvolvimento do trabalho de enfermeiros assistenciais, logo, melhorar os estilos de liderança dos gerentes pode melhorar os níveis de satisfação no trabalho dos enfermeiros da equipe⁽¹⁹⁾.

Outro aspecto sinalizado pelos participantes deste estudo é a existência de um ambiente desfavorável para enfermeiros assistenciais e favoráveis aos gerenciais quando

se trata da aproximação e da acessibilidade ao diretor do Departamento de Enfermagem para a resolução de problemas do dia a dia. Essa aproximação ou a falta dela pode influenciar no envolvimento dos enfermeiros assistenciais em processos decisórios relacionados à assistência e, como consequência, pode se tornar um ponto desestimulante para os enfermeiros que visam assumir cargos gerenciais. Estudo aponta que baixos níveis de satisfação no trabalho dos enfermeiros estão relacionados à dimensão política que envolve esses profissionais, especialmente com as limitações enfrentadas em relação à autonomia e liderança⁽¹⁰⁾.

CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA

O estudo traz contribuições para o exercício de liderança de enfermeiros assistenciais e gerentes no ambiente hospitalar e destaca a importância de maior proximidade entre enfermeiros que atuam na gestão do cuidado e na gestão dos serviços de enfermagem. Também pode subsidiar o desenvolvimento de ações de educação permanente visando ao aperfeiçoamento de competências de liderança desses profissionais.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo, pontua-se a amostragem dos participantes, pois se optou pela composição de uma amostra por conveniência a partir do número total de enfermeiros. Além disso, o estudo foi realizado em um único hospital universitário, o que limita a generalização dos resultados a outros cenários hospitalares. São necessárias pesquisas em outras instituições para possibilitar comparações e ampliar as discussões sobre a temática investigada.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros assistenciais e gerentes percebem o ambiente de trabalho favorável para o exercício da liderança. A média da subescala de Liderança do B-NWI-R para os enfermeiros assistenciais e gerentes foi 2,16(±0,51) e 1,92(±0,49), respectivamente. Os enfermeiros gerentes apresentaram uma média superior em relação aos enfermeiros assistenciais, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os itens com maior dissonância referem-se à prática do gerente de enfermagem como líder e sua interação com a equipe sobre procedimentos e problemas do dia a dia.

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

REFERÊNCIAS

1. Jacondino MB, ThofehrnMB, AmestoySC, Moura PMM, Porto AR, Borges LR. Representations of nurses in a teaching hospital about the object, purpose and instruments of their work. *Rev Fun Care Online*. [internet]. 2019 [cited 2019 nov 22];11(1):216-21. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6982/pdf_1
2. Lanzoni GMM, Meirelles BHS, Erdmann AL, Thofehrn MB, Dall'Agnol CM. Actions/interactions motivating nursing leadership in the context of primary health care. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 22];24(4):1121-29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401121&lng=en.
3. Andrade SR, Piccoli T, Ruoff AB, Ribeiro JC, Sousa FM. Normative grounds of health care practice in Brazilian nursing. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2016 [cited 2019 nov 22];69(6): 1082-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601082&lng=en
4. Silva VLS, Camelo SHH, Soares MI, Resck ZMR, Chaves LDP, Santos FC, et al. Leadership practices in hospital nursing: a self of manager nurses. *Rev Esc Enferm USP*. [internet]. 2017 [cited 2019 Nov 22]; 207:51:e03206. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03206.pdf
5. Santos, JLG, De Pin SB, Echevarria-Guanilo ME, Balsanelli AP, Erdmann AL, Ross R. Nursing leadership and quality of care in a hospital setting: mixed methods research. *Rev. Rene* [internet]. 2018 [cited 2019 Nov 22];19:e3289. Available from: http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/31648/pdf_1.
6. Ferreira VB, Amestoy SC, Silva GTR, Felzemburgh RDM, Santana N, Trindade LL, et al. Transformational leadership in nurses' practice in a university hospital. *Acta Paul. Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 22];31(6):644-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600644&lng=en.
7. Pereira LA, Ramos AM, Schallenberger CD, Vaz MC, Barlem ELD. Leadership in nursing: ecosystem approach with the impact care. *Enferm.foco* [internet]. 2018 [cited 2019 nov 22];9(3):66-70. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1351>
8. Brewer CS, Kovner CT, Djukic M, Fatehi F, Greene W, Chacko TP et al. Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. *J Adv Nurs*. [internet]. 2016 [cited 2019 nov 22];72(11):2879-93 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13055>
9. Santos JLG, Erdmann AL, Peiter CC, Alves MP, Lima SBS, Backes VMS. Comparison between the working environment of nurse managers and nursing assistants in the hospital context. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet] 2017 [cited 2019 Nov 22];51:e03300. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100488&lng=en.
10. Duche-Pérez AB, Galdos GLR. Job satisfaction and happiness in Peruvian nurses. *Enferm.glob*. [internet]. 2019 [cited 2019 nov 22];54:359-63. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/334741/258481>
11. Gasparino RC, Guirardello EB, Aiken LH. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index Revised. *J Clin Nurs* [internet] 2011 [cited 2019 Nov 22];20(23-24):3494-501. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21749511>
12. Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2019 Nov 22]; 21(3):765-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300765&lng=en.
13. Kreling A, Magalhães AMM. Administração de medicamentos: carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação clínica. *Cogitare Enferm*. [internet] 2018 [cited 2019 Nov 22];23(1):1-9. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/173914/001061469.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Ribeiro OMPL, Martins MMFPS, Tronchin DMR. Nursing professional practice models: an integrative literature review. *Rev. Enf. Ref*. [Internet]. 2016 Set [cited 2019 nov 22];serIV(10):125-33. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000300014&lng=pt.
15. Martins BG, Silva LMC, Capaccioli BRBS, Neves VR, Balsanelli AP. Development and validation of a leadership training program for nurses. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2019 nov 22];28:e20180048. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100325&lng=en.
16. Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LGS. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm. Foco* 2019; 10(3):28-33.
17. Van Hecke A, Goemaes R, Verhaeghe S, Beyers W, Decoene E, Beekman D. Leadership in nursing and midwifery: Activities and associated competencies of advanced practice nurses and midwives. *J Nurs Manag* [internet]. 2019 [cited 2019 nov 22];27(6):1261-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31145493>
18. Lima AFC. Direct costs of integrated procedures of conventional hemodialysis performed by nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 22];26:e2944. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100322&lng=en
19. Morsiani G, Bagnasco A, Sasso L. How staff nurses perceive the impact of nurse managers' leadership style in terms of job satisfaction: a mixed method study. *J Nurs Manag*. [internet]. 2017 [cited 2019 nov 22];25(2):119-28. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12448>.

RECEBIDO: 06/12/2019 – ACEITO: 13/02/2020

VULNERABILIDADE DE ESTUDANTES DE MEDICINA RELACIONADA AO CONHECIMENTO SOBRE TUBERCULOSE

Natália Sperli Galdes Marin dos Santos Sasaki^{1, 2}

Ana Carolina Bertoque¹

Maria de Lourdes Sperli Galdes Santos²

Carla Silva Machado³

Camila Garcel Pancote¹

Luciano Garcia Lourenção⁴

<https://orcid.org/0000-0002-8627-9713>

<https://orcid.org/0000-0003-2805-4978>

<https://orcid.org/0000-0001-6110-619X>

<https://orcid.org/0000-0003-2742-8181>

<https://orcid.org/0000-0002-8823-675X>

<https://orcid.org/0000-0002-1240-4702>

Objetivo: Identificar aspectos associados à vulnerabilidade de estudantes de Medicina, relacionada ao conhecimento sobre a tuberculose. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado em 2017, com estudantes do primeiro ao terceiro ano de Medicina. Para a análise dos dados utilizou-se tabelas de contingência, com aplicação do odds ratio e intervalo de confiança de 95%, e teste qui-quadrado ou Exato de Fisher, considerando $p \leq 0,05$. **Resultados:** Participaram 182 estudantes, com predomínio de mulheres (63,2%), faixa etária 21-25 anos (56,6%), matriculados no ciclo básico (61,0%). Os sinais e sintomas mais referidos foram tosse (91,2%), febre (42,3%) e hemoptise (34,1%); a principal causa da doença foi Bacilo de Koch/Mycobacterium tuberculosis (53,8%); o meio de transmissão foi a via respiratória (63,7%) e o meio de prevenção foi evitar contato com a pessoa doente (35,2%). A maioria dos estudantes referiu que a doença tem tratamento (91,8%) e cura (85,2%); o tratamento é realizado por antibioticoterapia (38,5%) e medicação (31,9%). **Conclusão:** Os estudantes de medicina apresentaram vulnerabilidade relacionada ao conhecimento sobre a doença, o que permite identificar a existência de lacunas no processo de formação.

Descritores: Tuberculose; Educação Médica; Conhecimento; Vulnerabilidade em Saúde.

VULNERABILITY OF MEDICAL STUDENTS RELATED TO KNOWLEDGE ABOUT TUBERCULOSIS

Objective: To identify aspects associated with the vulnerability of medical students, useful for knowledge about tuberculosis. **Methodology:** Cross-sectional study, carried out in 2017, with students from the first to the third year of Medicine. For an analysis of the data used contingency tables, with application of odds ratio and 95% confidence interval, and chi-square or Fisher's exact test, considering $p \leq 0.05$. **Results:** 182 students participated, with a predominance of women (63.2%), aged between 21 and 25 years (56.6%), enrolled in the basic cycle (61.0%). The most serious signs and symptoms were (91.2%), fever (42.3%) and hemoptysis (34.1%); the main cause of disease was Koch's Bacillus/Mycobacterium tuberculosis (53.8%); the means of transmission was respiratory (63.7%) and the means of prevention was to avoid contact with a sick person (35.2%). Most students reported that the disease is treated (91.8%) and cured (85.2%); treatment is carried out by antibiotic therapy (38.5%) and medication (31.9%). **Conclusion:** Medical students detected a useful vulnerability to knowledge about a disease, which allows to identify the presence of gaps in the training process.

Descriptors: Tuberculosis; Education Medical; Knowledge; Health Vulnerability.

VULNERABILIDAD DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA RELACIONADOS CON EL CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Objetivo: Identificar aspectos asociados con la vulnerabilidad de los estudiantes de medicina, útiles para el conocimiento sobre la tuberculosis. **Metodología:** Estudio transversal, realizado en 2017, con estudiantes del primer al tercer año de Medicina. Para análisis de los datos se utilizó tablas de contingencia, con aplicación de odds ratio e intervalo de confianza del 95%, y chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, considerando $p \leq 0.05$. **Resultados:** Participaron 182 estudiantes, con predomínio de mujeres (63,2%), con edades comprendidas entre 21 y 25 años (56,6%), matriculados en el ciclo básico (61,0%). Los signos y síntomas más graves fueron (91,2%), fiebre (42,3%) y hemoptisis (34,1%); la causa principal de la enfermedad fue Bacillus/Mycobacterium tuberculosis de Koch (53,8%); el medio de transmisión fue respiratorio (63,7%) y el medio de prevención fue evitar el contacto con una persona enferma (35,2%). La mayoría de los estudiantes informaron que la enfermedad es tratada (91,8%) y curada (85,2%); El tratamiento se lleva a cabo con antibióticos (38,5%) y medicamentos (31,9%). **Conclusión:** Los estudiantes de medicina detectaron una vulnerabilidad útil al conocimiento sobre una enfermedad, lo que permite identificar la presencia de brechas en el proceso de capacitación.

Descritores: Tuberculosis; Educación Médica; Conocimiento; Vulnerabilidad de la Salud.

¹ União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago).

² Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Programa de Pós-graduação em Enfermagem

³ Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG).

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Autor correspondente: Natália Sperli Galdes Marin dos Santos Sasaki - Email: nsperli@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em 2016 foram registrados 10,4 milhões de casos novos de Tuberculose (TB) no mundo, sendo a nona causa de morte global e a principal entre pessoas que vivem com HIV, matando aproximadamente 1,3 milhões de pessoas, das quais 374 mil eram coinfectadas pelo HIV.⁽¹⁾ Portanto, ações de detecção precoce e tratamento eficazes são fundamentais para reduzir a transmissão da TB,⁽²⁻³⁾ sendo meta reduzir 90% do número de mortes e 80% da incidência.⁽⁴⁾ O Brasil, único país da América do Sul pertencente à lista dos 30 países com altas taxas de TB no mundo, registrou, em 2016, incidência de 42 casos por 100 mil habitantes e mortalidade de 2,6 casos por 100 mil habitantes.^(1,5)

Nos países com alta incidência, como o Brasil, o tempo para o diagnóstico da doença costuma ser longo, devido a fatores relacionados tanto ao doente quanto à organização dos serviços de saúde.⁽²⁻³⁾ Além disso, a baixa escolaridade, as condições socioeconômicas e as precárias condições de saúde, o desemprego e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde interferem na ocorrência da TB.⁽⁶⁻⁷⁾

No caso do Brasil, a limitação de verbas para a saúde pública, causada pela crise econômica de 2016, ocasionou ainda mais prejuízos para as ações de controle da TB. Além disso, a falta de conhecimento e informação sobre a propagação da doença, mitos e estereótipos associados a vulnerabilidade, contribuem para o aumento do estigma, atrasando o diagnóstico e agravando a disseminação do bacilo.⁽⁷⁻¹¹⁾

Déficits na formação de profissionais da saúde comprometem a capacidade dos serviços na produção do cuidado ao doente de TB, especialmente a identificação precoce dos casos.^(7,12) A não busca ativa de sintomáticos respiratórios pelos profissionais e a não percepção dos sinais e sintomas pelos doentes, contribuem para um atraso no diagnóstico, favorecendo a transmissão e perpetuação da TB no território e dificultando, cada vez mais, as ações de controle da doença.^(2,6,10)

Considerando a importância do conhecimento dos estudantes de Medicina sobre a TB, especialmente nas ações em serviços da Atenção Básica à Saúde, este estudo objetivou identificar aspectos associados à vulnerabilidade individual dos estudantes de Medicina, relacionada ao conhecimento sobre a doença.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Estudo transversal sobre aspectos associados à vulnerabilidade individual dos estudantes de Medicina, relacio-

nada ao conhecimento sobre a doença.

Participantes da Pesquisa

A população do estudo foi constituída por todos os estudantes de Medicina, maiores de 18 anos, matriculados do primeiro ao terceiro ano do curso (primeiro ao quinto semestre letivo), totalizando uma população de 300 estudantes. No ano de realização do estudo, a Faculdade contava com estudantes matriculados em cinco semestres letivos, justificando, assim, a opção por essa população.

A amostra foi de conveniência, constituída pelos estudantes que concordaram em participar, após convite e esclarecimento sobre os objetivos do estudo. Foram excluídos do estudo os estudantes que não responderam ou não devolveram o questionário.

Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma instituição de ensino superior privada, localizada em um município de grande porte do noroeste paulista. A instituição utiliza um currículo integrado para o curso de Medicina, com organização das disciplinas por módulos temáticos, que compreendem os ciclos: básico - primeiro ao quarto semestres (primeiro e segundo ano do curso); específico - quinto ao oitavo semestres (terceiro e quarto ano); e internato - nono e décimo semestres (quinto e sexto ano de formação).

Atendendo as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina⁽¹³⁾, os estudantes são incluídos nos cenários de prática desde o início do curso, em disciplina específica do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade, com 40 horas do primeiro ao quarto semestres e 80 horas do quinto ao oitavo semestres letivos.

No ciclo básico, a integração ensino-serviço acontece essencialmente na Atenção Básica, onde deve ocorrer o diagnóstico da TB. Há inclusão de alguns serviços de nível secundário, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no terceiro semestre do curso.

No ciclo específico, os estudantes passam a desenvolver atividades práticas tanto na Atenção Básica, quanto em serviços de nível secundário e terciário, como Centro de Atenção Especializada em Saúde da Mulher, serviços de referência médica e hospitais, que também realizam diagnóstico de tuberculose.⁽⁷⁾ O ensino sobre tuberculose está incluído na disciplina de Infectologia, desenvolvida no quinto semestre do curso.

Instrumento e Procedimento de Coleta dos Dados

Os dados foram coletados no ano de 2017, utilizando-se um instrumento elaborado pelos autores, contendo variáveis sociodemográficas e sobre a etiopatogenia (agente

etiológico, fonte de infecção, mecanismo de transmissão), prevenção e controle da TB, a fim de avaliar o conhecimento prévio que os estudantes tinham sobre a doença e se isto interfere no cuidado prestado durante as atividades práticas.

Além das variáveis sociodemográficas e relacionadas à TB, foram coletadas informações sobre a formação prévia em outro curso superior, área de conhecimento deste curso e ciclo do curso em que os estudantes estão inseridos (ciclo básico ou específico).

A coleta foi realizada pelos pesquisadores em sala de aula, durante atividades acadêmicas dos estudantes. Inicialmente os alunos foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, os autores entregaram os questionários e aguardaram até que os estudantes respondessem.

Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram tabulados e agrupados em categorias, de acordo com as respostas; posteriormente, foram analisados por meio de tabelas de contingência, com aplicação do teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, considerando-se nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$). Para a análise da associação entre as variáveis foi calculado o odds ratio, com intervalo de confiança de 95%.

Procedimentos Éticos

Atendendo os princípios da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com Parecer nº 08/2016, de 25/02/2016.

RESULTADOS

Dos 182 estudantes que responderam o questionário, a maioria era mulher (63,2%), com idade entre 21 e 25 anos (56,6%), cursando o ciclo básico do curso de Medicina (61,0%). Alguns já possuíam formação em curso superior (7,7%), sendo a maioria na área da saúde (5,5%) como Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física, Farmácia e Psicologia.

Tabela 1 Perfil demográfico e de formação dos estudantes do curso de medicina. São José do Rio Preto, 2017.

	Variáveis	n	%
Faixa Etária (anos)	18 a 20	61	33,5
	21 a 25	103	56,6
	26 a 30	14	7,7
	31 ou mais	4	2,2

Sexo	Feminino	115	63,2
	Masculino	67	36,8
Ciclos Cur- sados	Básico	111	61,0
	Específico	71	39,0
Área de Formação Anterior	Exatas	1	0,5
	Humanas	3	1,6
	Saúde	10	5,5
	Sem Formação Anterior	168	92,3
Total		182	100,0

A Tabela 2 apresenta os dados referentes à associação entre o conhecimento dos estudantes de Medicina sobre a etiopatogenia e mecanismos de controle e prevenção da tuberculose, segundo o ciclo do curso em que os estudantes estão matriculados.

Os sinais e sintomas mais referidos pelos estudantes foram: tosse (91,2%), febre (42,3%) e hemoptise (34,1%). Em relação à causa da doença, a maioria respondeu que é causada pelo Bacilo de Koch ou *Mycobacterium tuberculosis* (53,8%). E sobre os meios de transmissão, a maioria referiu ser por via respiratória (63,7%) e contato direto com a pessoa contaminada (29,7%).

Como meios de prevenção da TB, os estudantes evidenciaram: evitar contato com a pessoa doente (35,2%) e higienização das mãos (11,0%). A maioria respondeu que a doença tem tratamento (91,8%) e cura (85,2%), e que o tratamento é realizado com antibioticoterapia (38,5%) e com medicação (31,9%). Entretanto, 8,2% responderam que a doença não tem cura ou não sabem que existe tratamento.

A análise do conhecimento, segundo os ciclos do curso, mostrou relação estatisticamente significativa do nível de conhecimento entre estudantes do ciclo básico e específico sobre os meios de transmissão - contato direto com pessoa contaminada ($p < 0,00$), contato com o agente etiológico ($p < 0,00$) e via respiratória ($p < 0,00$); causa da doença - *Mycobacterium tuberculosis* / Bacilo de Koch ($p = 0,05$), vírus/tabaco ($p = 0,03$); sinais e sintomas - dor ($p = 0,01$), febre ($p = 0,02$) e emagrecimento ($p < 0,00$); métodos de prevenção - contato com doente ($p = 0,04$) e vacinação ($p < 0,00$); e cura - medicação ($p = 0,02$) e uso de antibióticos ($p = 0,01$).

O ciclo básico mostrou maior risco em relação ao ciclo específico nas variáveis relacionadas ao meio de transmissão por via respiratória (OR 1,67; IC [1,34-2,07]); causas da doença como *Mycobacterium tuberculosis* / Bacilo de Koch (OR 1,23; IC [0,98-1,55]); sinais sintomas como febre (OR 1,30; IC [1,01-0,97], dor (OR 1,55; IC [1,01-2,38] e emagrecimento (OR 2,29; IC [1,15-4,53]); cura, pelo uso de antibiótico (OR 1,36; IC [1,04-1,77]).

Tabela 2 Análise do conhecimento dos estudantes de medicina sobre etiopatogenia, meios de transmissão, cura e tratamento da tuberculose, segundo os ciclos do curso de medicina. São José do Rio Preto, 2017.

Variáveis	Ciclos cursados									Valor p
	Básico			Específico			Total			
	n	%	Odds ratio [IC 95%]	n	%	Odds ratio [IC 95%]	n	%		
Meios de Transmissão	Vírus, Fungo, Poeira, Tabaco	1	33,3	1,84 [0,37-9,17]	2	66,7	0,578 [0,25-1,31]	3	1,6	0,33
	Contato direto com pessoa contaminada	43	79,6	0,67 [0,54-0,82]	11	20,4	2,30 [1,32-4,02]	54	29,7	0,00
	Contato com agente etiológico	7	6,3	0,59 [0,53-0,67]	0	0,0	---	7	3,8	0,02
	Via respiratória	57	49,1	1,67 [1,34-2,07]	59	50,9	0,36 [0,21-0,62]	116	63,7	<0,00
Causas da doença	Mycobacterium tuberculosis/ bacilo de Koch	54	55,1	1,23 [0,98-1,55]	44	44,9	0,716 [0,47-1,05]	98	53,8	0,05
	Vírus/tabaco	11	91,7	0,64 [0,52-0,79]	1	8,3	4,94 [0,75-32,55]	12	6,6	0,03
	Bactéria	27	65,9	0,90 [0,70-1,17]	14	34,1	1,18 [0,74-1,89]	41	22,5	0,29
	Não respondeu	19	61,3	0,99 [0,73-1,35]	12	38,7	1,01 [0,62-1,64]	31	17,0	0,56
Sinais e sintomas	Tosse	103	62,0	0,81 [0,49-1,33]	63	38,0	1,32 [0,78-2,23]	166	91,2	0,24
	Febre	40	51,9	1,30 [1,01-0,97]	37	48,1	0,67 [0,47-0,97]	77	42,3	0,02
	Dor	13	41,9	1,55 [1,01-2,38]	18	58,1	0,60 [0,42-0,88]	31	17,0	0,01
	Dispneia	29	61,7	0,98 [0,76-1,28]	18	38,3	1,02 [0,67-1,56]	47	25,8	0,52
	Fadiga	21	61,8	0,99 [0,73-1,32]	13	38,2	1,02 [0,64-1,64]	34	18,7	0,54
	Emagrecimento	6	28,6	2,29 [1,15-4,53]	15	71,4	0,49 [0,34-0,69]	21	11,5	0,00
	Sudorese	6	46,2	1,35 [0,74-2,45]	7	53,8	0,70 [0,41-1,21]	13	7,1	0,19
Hemoptise	33	53,2	1,22 [0,93-1,60]	29	46,8	0,75 [0,52-1,07]	61	34,1	0,08	

Métodos de prevenção	Evitar Contato Com doente	45	70,3	0,79 [0,63-1,00]	19	29,7	1,48 [0,97-2,27]	64	35,2	0,04
	Evitar locais fechados e aglomerados	6	85,7	0,70 [0,50-0,97]	1	14,3	2,80 [0,45-7,34]	7	3,8	0,16
	Evitar tabagismo	0	0,0	---	2	100,0	0,38 [0,32-0,46]	2	1,1	0,15
	Exame de escarro	2	100,0	0,61 [0,54-0,68]	0	0,0	---	2	1,1	0,37
	Higiene das mãos	13	65,0	0,93 [0,66-1,31]	7	35,0	1,13 [0,60-2,11]	20	11,0	0,44
	Saneamento básico	1	100,0	0,61 [0,54-0,68]	0	0,0	-	1	0,5	0,61
	Vacinação	19	39,6	1,73 [1,20-2,50]	29	60,4	0,52 [0,37-0,73]	48	26,4	<0,00
Não respondeu	25	65,8	0,91 [0,70-1,18]	13	34,2	1,18 [0,73-1,91]	38	20,9	0,31	
Cura	Medicação	42	72,4	0,77 [0,61-0,96]	16	27,6	1,61 [1,01-2,55]	58	31,9	0,02
	Antibiótico	35	50,0	1,36 [1,04-1,77]	35	50,0	0,64 [0,45-0,92]	70	38,5	0,01
	Tratamento dos abscessos	1	100,0	0,61 [0,54-0,68]	0	0,0	-	1	0,5	0,61
	Não respondeu	33	62,3	0,97 [0,75-1,25]	20	37,7	1,05 [0,70-1,57]	53	29,1	0,47
Tem tratamento	Sim	102	61,1	0,98 [0,64-1,51]	65	38,9	1,03 [0,54-1,97]	167	91,8	0,57
	Não/não sabe	9	60,0		6	40,0		15	8,2	

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos estudantes de Medicina deste estudo corrobora com a tendência à feminilização da profissão, que vem ocorrendo no Brasil, conforme apontam os últimos registros dos órgãos de classe.⁽¹⁴⁾

A presença de estudantes com outra formação superior no curso estudado é reflexo da expansão das escolas médicas no Brasil que, por um lado, oportunizou a busca desses profissionais por uma nova identidade profissional e, por outro, criou o desafio de integrar pedagogicamente

o ensino teórico com a realidade prática, a partir da inserção dos estudantes nos serviços de saúde desde o início do curso.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Essa expansão das escolas médicas teve início na década de 1970, após reivindicações da categoria, e ganhou força no início do século XXI. Com o aumento do número de vagas, houve a implementação de um currículo pautado na interdisciplinaridade, integração docente-assistencial e incorporação de tecnologias pedagógicas ao ensino dos cursos da área da saúde.⁽¹⁷⁾

Neste cenário, as diretrizes curriculares se estruturaram em consonância com as políticas públicas de saúde, buscando maior inserção do aluno na comunidade local, principalmente no âmbito do SUS, para desempenharem atividades voltadas para a atenção, gestão e educação em saúde, com vistas a intervir na comunidade, a partir do conhecimento adquirido⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ Portanto, considera-se importante que os estudantes dos cursos iniciais tenham conhecimento básico sobre as principais doenças transmissíveis e não transmissíveis que atingem a população, entre elas, a tuberculose.

O conhecimento adequado destes estudantes sobre a TB pode favorecer o diagnóstico de casos da doença entre usuários dos serviços de atenção básica e pessoas da comunidade onde são desenvolvidas as atividades práticas de integração ensino-serviço, e representam uma oportunidade de aprendizado pela prática baseada em evidências.⁽¹⁸⁾ No entanto, o ensino da tuberculose ainda é considerado incipiente, fragmentado e desvinculado da realidade dos programas de controle da doença⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e, no curso estudado, ocorre na disciplina específica de pneumologia, no terceiro ano da graduação, favorecendo a vulnerabilidade relacionada ao conhecimento sobre a doença.

Apesar de os estudantes do curso avaliado serem inseridos nos campos de atuação desde o primeiro semestre, principalmente em Unidades Básicas de Saúde, e realizarem atividades de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção, proteção e reabilitação à saúde dos usuários, por meio de atividades educativas e visitas domiciliares, os resultados mostraram uma significativa parcela que desconhecia o agente etiológico, os meios de transmissão e as medidas de prevenção e controle da TB. Esse desconhecimento reflete as fragilidades e os desafios da formação médica, decorrente da valorização da clínica hospitalar e das especialidades, a hegemonia da prática curativista, e a forte presença do modelo flexneriano, incorporado pelos docentes, apesar das mudanças curriculares implementadas.^(2,10,16,19)

Além disso, o fato de a maioria dos estudantes estarem matriculados do primeiro ao quarto semestre do curso evidencia que a abordagem da TB não é realizada nas séries iniciais, gerando vulnerabilidade dos estudantes relacionada ao conhecimento sobre a TB. Considerando que a formação em saúde deve ser direcionada pelos determinantes sociais locais, pelo perfil epidemiológico e pelas condições de saúde da população, com inserção precoce dos estudantes nos cenários de práticas⁽¹⁶⁾ e que a TB é uma doença presente no mu-

nício do estudo^(6-7,20), evidencia-se que o processo de formação dos estudantes de medicina apresenta fragilidades.

Não obstante, a vulnerabilidade relacionada ao conhecimento sobre a TB apresentada pelos estudantes pode representar um risco à própria saúde, ao comprometer o uso correto de equipamentos de proteção individual e aumentar o risco de aquisição da Tuberculose de Infecção Latente (TBIL).⁽²¹⁻²²⁾

Além de comprometer o desenvolvimento de ações resolutivas durante as atividades de interação ensino-serviço, a lacuna de conhecimento encontrada nestes primeiros anos da graduação pode prejudicar a formação profissional no momento de vivência prática, fragilizando a prática futura do profissional, em ações de controle da TB nos serviços de saúde. Assim, é importante ressaltar que o sucesso das ações de controle da TB depende, entre outros fatores, da adequada atuação dos profissionais da saúde na busca ativa, no diagnóstico, no tratamento e na prevenção da doença.⁽²³⁾ Por isso, a qualificação adequada dos profissionais da saúde é apontada como aspecto central para a qualidade e resolutividade das ações de controle da TB.

Profissionais com conhecimento incipiente sobre a TB apresentam uma visão equivocada da doença, levando à demora no diagnóstico e ao tratamento injusto e discriminatório, que favorecem a perpetuação do bacilo no território e aumentam transmissão da doença.⁽²³⁻²⁵⁾ Portanto, o conhecimento equivocado ou a falta de conhecimento dos estudantes de Medicina sobre TB contribuem para potencializar sua vulnerabilidade à doença, bem como daqueles que estarão sob seus cuidados.

Nesse contexto, percebe-se que, mesmo com a implementação de currículos interdisciplinares, metodologias ativas, integração ensino-serviço e incorporação de tecnologias pedagógicas ao ensino, persistem falhas no processo de formação que comprometem a resolutividade de ações de controle da TB. Apesar de as novas diretrizes curriculares dos cursos de Medicina exigirem a inserção dos estudantes nos serviços de saúde desde o primeiro semestre do curso, nota-se que o modelo flexneriano ainda tem forte influência na formação médica, devido ao perfil dos docentes que foram formados sob a égide desse modelo. Assim, ainda persiste o desafio de implementar, nos cursos de Medicina, currículos que formem profissionais aptos para lidar com as situações que encontrarão na comunidade, ou seja, que tenham capacidade de reflexão crítica sobre o cenário sócio, político, econômico e cultural no qual o usuário do serviço de saúde está inserido.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo contribuiu para a identificação dos pontos de vulnerabilidade relacionada ao conhecimento dos estudantes de Medicina sobre a TB. Permite a identificação de fragilidades no modelo de formação implementado pela instituição, relacionadas à descontextualização dos conteúdos teóricos com a prática nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, possibilita a implementação de ações que supram as lacunas existentes no processo de formação dos futuros médicos, de forma a fortalecer a prática desses profissionais, na produção do cuidado ao doente e no controle da TB.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Destaca-se, como limitação do estudo, o fato de ser um curso novo, que permitiu avaliar o conhecimento dos estudantes sobre TB somente do primeiro ao terceiro ano, e impossibilitou a avaliação do conhecimento ao longo dos seis anos de formação.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que os estudantes de Medicina

apresentam vulnerabilidade relacionada ao conhecimento sobre a TB, principalmente em relação aos aspectos da prevenção da doença, busca ativa de sintomáticos respiratórios e eficácia do tratamento. Os resultados evidenciam que as disciplinas do ciclo básico do curso falham na abordagem de conteúdos inerentes ao diagnóstico, tratamento e controle da TB, gerando vulnerabilidade nos estudantes.

Este déficit de conhecimento, relacionado ao estigma da doença e à falta de informação, causam consequências graves para os doentes e para a comunidade, pois retardam o diagnóstico e tratamento precoces.

Contribuições dos autores: NSGMSS contribuiu para a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. ACB contribuiu com a coleta, análise e interpretação dos dados, e redação do artigo. MLSGS, LGL, CSM e CGP contribuíram para a redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Conflitos de Interesse: Não há

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. Geneva; 2017 [cited 2018 Mar 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf>
2. Sasaki NSGMSS, Santos M de LSG, Vendramini SHF, Ruffino-Netto A, Villa TCS, Chiaravalloti-Neto F. Delays in tuberculosis suspicion and diagnosis and related factors. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 16];18(4):809-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040011>
3. Mistry N, Rangan S, Dholakia Y, Lobo E, Shah S, Patil A. Durations and delays in care seeking, diagnosis and treatment initiation in uncomplicated pulmonary tuberculosis patients in Mumbai, India. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152287. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152287>
4. World Health Organization. Bending the curve - ending TB: Annual report 2017. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254762/1/978929022584-eng.pdf>
5. Silva GDM, Bartholomay P, Cruz OG, Garcia LP. Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017;22(10):3307-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.18032017>
6. Santos MBF, Lourenção LG, Baptista MA, Gazetta CE. Perfil da população notificada por tuberculose em um hospital escola do interior paulista de 2010 a 2014. *Enferm. Brasil.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 16]; 17(1):18-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v17i1.1230>
7. Quintero MCF, Vendramini SHF, Santos MLS, Santos MR, Gazetta CE, Lourenção LG. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev. salud pública* [Internet]. 2018 [citado 20 dez. 2019];20(1):103-109. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.64177>
8. Brasil. Câmara dos Deputados. Emenda Constitucional no 95, de 2016 [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2016 [citado 2018 jan. 30]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>
9. Popolin MP, Rodrigues LBB, Fronteira I, Yamamura M, Neto MS, Arcêncio RA. Conhecimento sobre tuberculose, estigma so-

- cial e a busca pelos cuidados em saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2016;17(3):123-32. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v17i3.14144>
10. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. *Bol. Pneumol. Sanit.* [Internet]. 2004 [citado 2018 Mar 16];12(1):19-26. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2004000100004&lng=pt
11. Santos NSGM, Santos MSLG, Vendramini SHF, Villa TCS, Ruffino-Netto A, Chiaravallotti Neto F et al. Tuberculose e análise espacial: revisão da literatura. *Cienc Enferm.* [Internet]. 2014 [citado 20 dez. 2019];20(2):117-129. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200012>
12. Barrêto AJR, Evangelista ALF, Sá LD, Almeida SA, Nogueira JA, Lopes AMC. Care management for tuberculosis: from education to the nurse practice. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 16];66(6):847-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600006>
13. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Educação; 2014 [citado 2018 jan. 30]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
14. Scheffer MC, Jones A, Cassenote F. A feminização da medicina no Brasil. *Rev bioét.* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 16];21(2):268-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a10v21n2.pdf>
15. Vieira ALS, Garcia ACP, Amâncio Filho A, Pierantoni CR, Ferraz CA, Oliveira ES et al. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília (DF): MS, 2004. Disponível em: http://obsnetims.org.br/uploaded/16_5_2013__0_Tendencias_do_sistema_educativo.pdf. Acesso em: 14 fev. 2020.
16. 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 [citado 14 fev. 2020]; 23(6):1971-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>
17. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2018 Mar 16]; 44(3):383-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300015>
18. Ramos FRS. Da relação ética e tecnologia em discursos exemplares: o caso das práticas baseadas em evidências. *Enferm. Foco* [Internet]. 2010 [citado 20 dez. 2019]; 1(1):28-32. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/6/7>.
19. Gaviria MB, Henao HM, Martínez T, Bernal E. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010 [citado 2018 Mar 16];27(2):83-92. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a01v27n2.pdf>
20. Ponce MAZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino Netto A, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 2018 mar. 16];29(5):945-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500012>
21. Prado TN, Riley LE, Sanchez M, Fregona G, Nóbrega RLP, Posuelo LG, et al. Prevalence and risk factors for latent tuberculosis infection among primary health care workers in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 16];33(12):e00154916. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00154916>
22. Lacerda TC, Souza FM, Prado TN, Locatelli RL, Fregona G, Lima RCD, et al. Tuberculosis infection among primary health care workers. *J. bras. Pneumol.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 16];43(6):416-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562016000000211>
23. Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CAA. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [citado 20 dez. 2019]; 10(3):134-40. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2001>
24. Mushtaq MU, Shahid U, Abdullah HM, Saeed A, Omer F, Shad MA, et al. Urban-rural inequities in knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis in two districts of Pakistan's Punjab province. *Int J Equity Health*. 2011;10:8. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-8>
25. Levy DR, Santos CEG. O Programa Mais Médicos e os impactos na saúde da população brasileira. *Rev Bras Previd* [Internet]. 2015 [citado 2018 jan. 30];4. Disponível em: <http://www.prev.unifesp.br/index.php/edicoes-antiores/vol-4-novembro-de-2015/54-medicos>

RECEBIDO : 05/01/2020 - ACEITO: 11/03/2020

ENFERMAGEM EM PRÁTICAS AVANÇADAS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: OPORTUNIDADE DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO NO BRASIL

Marisa Aparecida Amaro Malvestio¹

Lilian Prates Belem Behringer¹

Sérgio Dias Martuchi¹

Marcos Aurélio da Silva Fonseca¹

Luciano Silva¹

Eduardo Fernando de Souza¹

Gilson Clementino Hanszman¹

Rildo Bezerra¹

<https://orcid.org/0000-0003-0633-9278>

<https://orcid.org/0000-0003-004492>

<https://orcid.org/0000-0002-6873-4647>

<https://orcid.org/0000-0002-3031-4700>

<https://orcid.org/0000-0003-1748-028>

<https://orcid.org/0000-0002-2108-6507>

<https://orcid.org/0000-0002-7934-3406>

<https://orcid.org/0000-0002-4806-7824>

Objetivo: analisar o cenário de implementação da Enfermagem de Práticas Avançadas (EPA) no atendimento pré-hospitalar (APH) como ferramenta de acesso ao cuidado no Brasil. **Metodologia:** Estudo exploratório, analítico, de revisão narrativa, delineado para constituir uma reflexão teórica sobre o cenário de aplicação da EPA no modelo pré-hospitalar brasileiro a partir das experiências de outros países e da análise do modelo e resultados da atenção pré-hospitalar no Brasil. **Conclusão:** Experiências internacionais demonstram que a EPA é uma estratégia de valor na busca de acesso à saúde. A ampliação do papel dos enfermeiros no modelo brasileiro de APH pode viabilizar o alcance da cobertura 100% e incrementar a capacidade de avaliação e a realização de procedimentos em tempo adequado, assegurando acesso oportuno ao cuidado.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência; Prática Avançada de Enfermagem; Assistência à Saúde

NURSING IN ADVANCED PRACTICES IN PRE-HOSPITAL CARE: OPPORTUNITY TO EXPAND ACCESS TO CARE IN BRAZIL

Objective: to analyze the scenario of implementation of Advanced Practice Nursing (APN) in prehospital care (PHC) as a tool for access to care in Brazil. **Methodology:** Exploratory, analytical, narrative review study, designed to constitute a theoretical reflection on the scenario of application of APN in the Brazilian pre-hospital model from the experiences of other countries and the analysis of the model and results of pre-hospital care in Brazil. **Conclusion:** International experiences demonstrate that the APN is a valuable strategy in the search for access to health. The expansion of the role of nurses in the Brazilian model of PHC can enable the reach of 100% coverage and increase the capacity for evaluation and the performance of procedures in adequate time, ensuring timely access to care.

Descriptors: Emergency Medical Services; Advanced Nursing Practice; Health Care

ENFERMERÍA EN PRÁCTICAS AVANZADAS EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: OPORTUNIDAD DE AMPLIAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN EN BRASIL

Objetivo: analizar el escenario de implementación de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en la atención prehospitalaria (APH) como herramienta de acceso a la atención en Brasil. **Metodología:** estudio exploratorio, analítico, de revisión narrativa, diseñado para constituir una reflexión teórica sobre el escenario de aplicación de EPA en el modelo prehospitalario brasileño a partir de las experiencias de otros países y el análisis del modelo y los resultados de la atención prehospitalaria en Brasil. **Conclusión:** Las experiencias internacionales demuestran que la EPA es una estrategia valiosa en la búsqueda de acceso a la salud. La expansión del papel de las enfermeras en el modelo brasileño de APS puede permitir alcanzar el 100% de cobertura y aumentar la capacidad de evaluación y el desempeño de los procedimientos en tiempo adecuado, asegurando el acceso oportuno a la atención.

Descriptorios: Servicios médicos de emergencia; Práctica de enfermería avanzada; Cuidado de la salud

¹Comissão Nacional de Urgência e Emergência do Conselho Federal de Enfermagem.
Autor correspondente: Marisa Amaro Malvestio - marisa.malvestio@gmail.com

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Enfermagem em Práticas Avançadas (EPA) é uma das estratégias globais de estímulo à ampliação do acesso e da cobertura em saúde. A proposta é divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e apoiada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁽¹⁻⁵⁾.

A EPA⁽¹⁾ é definida como “enfermeiros que adquiriram conhecimento especializado, habilidades para tomada de decisão em situações complexas e competências clínicas para prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto ou país em que estão credenciados para praticar”. Trata-se de um conceito que evoca a ampliação do escopo de práticas para domínios de alta especificidade, compatibilizados às necessidades de saúde da sociedade e seus cidadãos, respeitando políticas públicas e o desenvolvimento da profissão em cada país^(1-2,5).

A EPA na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma potente estratégia para o alcance de cobertura e acesso universal⁽⁶⁻⁷⁾. No entanto, estudos têm demonstrado que as possibilidades de aplicação do conceito são amplas e a área de urgência é uma das futuras direções⁽¹⁾.

O cenário da atenção às urgências no Brasil é marcado por desafios típicos de países em desenvolvimento com múltiplas transições em andamento^(8,11). Apesar da implementação da Rede de Atenção às Urgências (RUE)⁽⁹⁾, há necessidade de viabilizar cobertura 100% e atendimento oportuno aos agravos tempo-dependentes, bem como garantir cuidado nos quadros de agudização de causas crônicas advindas do envelhecimento da população que ainda convive com as doenças infecciosas e parasitárias^(8,10).

O atendimento pré-hospitalar (APH) é um dos pontos assistenciais da RUE e a mais democrática das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), pois cidadãos de todas as classes sociais, cobertos ou não por planos privados, podem necessitar de cuidado de urgência. Nessa fase do atendimento, o “tempo até o cuidado adequado” influencia o resultado de saúde e assim, “cobertura e acesso” ganham novas dimensões e interação de maneira pragmática. A “cobertura” de um serviço de APH não envolve apenas a disponibilidade territorial do serviço, mas associa “disponibilidade em tempo adequado”. Já o “acesso oportuno”, associa “cuidado adequado em tempo adequado”. Para um ótimo APH, é preciso explorar soluções que garantam acesso oportuno ao cidadão e não apenas cobertura.

Objetivo analisar o cenário de implementação da EPA no âmbito do APH como ferramenta de ampliação da cobertura e acesso oportuno ao cuidado de urgência e emergência no modelo brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, analítico, de revisão narrativa, delineado para constituir uma reflexão teórica sobre o cenário da aplicação da EPA na ampliação de acesso ao cuidado pré-hospitalar no Brasil. A revisão se inicia com a análise das experiências de implantação da EPA em outros países e especificamente nas urgências, para em seguida, analisar aspectos do modelo implementado e do cenário e resultados da atenção pré-hospitalar no Brasil.

Enfermagem em Práticas Avançadas pelo mundo

A OMS está estimulando a revisão de papéis entre os profissionais de saúde, para alcançar uma combinação melhor de competências e atribuições e adequar a oferta de cuidado, ampliando o acesso. Nessa proposta, há espaço para uma nova conformação da prática do Enfermeiro e uma expansão em seu papel.⁽¹⁻⁶⁾

Experiências com EPA existem desde 1940, principalmente para atender as necessidades de saúde em áreas rurais e remotas, onde a disponibilidade de médicos era crítica. A partir de 1990, inúmeros países redefiniram a atuação do enfermeiro em áreas onde precisavam ampliar a resolubilidade, como a APS, cuidado domiciliar e crítico, obstetrícia, saúde do idoso e da criança.⁽¹⁻⁶⁾

Começam a surgir bons resultados de pesquisa sobre o impacto da EPA e revisões sistemáticas têm mostrado que enfermeiros promovem cuidados seguros e eficazes, melhoram o acesso a serviços e reduzem tempos de espera, com ótima qualidade de atendimento e maior eficiência do sistema de saúde.^(1,3-4,11)

Delamaire e Lafortune (2010)⁽¹¹⁾ analisaram os resultados da atuação de EPA na APS em 12 países. A avaliação foi focada no impacto sobre o cuidado ao paciente (acesso, qualidade, resultados e satisfação) e sobre o custo. Mesmo em diferentes cenários, os resultados mostraram melhor acesso à serviços e redução de tempos de espera, com ótima qualidade de atendimento para diferentes agravos. Pacientes expressaram alta taxa de satisfação, principalmente pela disponibilidade dos enfermeiros para fornecer informações e aconselhamento. Os resultados foram neutros quanto aos custos ou com redução discreta em comparação com abordagens de substituição de tarefas com médicos. No entanto, a redução de custos potenciais relacionadas à prevenção de complicações e o sobre a integração de serviços não foi considerada.

A revisão sistemática de Newhouse et al (2011)⁽¹¹⁾ avaliou se desfechos de cuidados por enfermeiros eram semelhantes aos desfechos por outros provedores e demonstrou que os cuidados prestados pelos enfermeiros em colabo-

ração com os médicos, são semelhantes e, de certa forma, melhores do que aqueles prestados apenas pelos médicos. Nos agravos agudos, a abordagem do enfermeiro foi associada com redução do tempo de internação e custo para pacientes hospitalizados. Os autores concluíram que os cuidados realizados por enfermeiros foram eficazes e de alta qualidade.

Pesquisadores canadenses⁽³⁾ analisaram o custo-efetividade das ações de enfermeiros treinados, com bons resultados em: cuidado hospitalar, ambulatorial e de transição; qualidade da assistência e redução de custos (a partir da redução de tempo de internação e de reinternações de idosos); menos visitas à emergência por pacientes oncológicos e bom impacto na satisfação do paciente. A redução de erros e a redução de cuidados abaixo do padrão ideal também foram associados à participação dos enfermeiros no cuidado.

Enfermagem em Práticas Avançadas nas urgências

A EPA nas urgências hospitalares já está bem estabelecida em países como Irlanda, Austrália, Canadá, Polônia, Inglaterra e Bélgica⁽¹⁾. Nesse espectro, o APH também pode ser considerado uma área de expansão da atuação do enfermeiro por sua complexidade e especificidade. Experiências com enfermeiros no APH já são encontradas em alguns países^(12,13,14) onde, não obstante a continuidade do trabalho de outros profissionais, já são encontrados resultados efetivos em termos de cuidado e estratégia de acesso.

Em Portugal⁽¹²⁾, o APH possui duas modalidades com enfermeiros: a ambulância de Suporte Imediato de Vida, (também tripulada por um técnico de ambulância), e as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, (veículos tripulados também por médicos). O Suporte Imediato foi idealizado para o atendimento, estabilização e transporte de vítimas de acidentes e doença súbita e já atende 97% dos pacientes críticos do país⁽¹²⁾.

Na Suécia⁽¹³⁾, em 2000, foi determinado que todas as ambulâncias deveriam ser tripuladas por um Enfermeiro, fato alcançado progressivamente em 2005. O objetivo foi aumentar as competências em saúde no APH. Em 2015, após 10 anos dessa medida, pesquisadores demonstraram que houve melhora na qualidade do cuidado frente ao aperfeiçoamento da avaliação clínica e do exame físico que viabilizaram a tomada de decisões e realização de procedimentos por enfermeiros na cena. Tais melhorias levaram a um cuidado resolutivo e baseado nas necessidades do paciente⁽¹³⁾.

Na Holanda⁽¹⁴⁾, ambulâncias atuam com enfermeiros e apoio médico quando necessário. Desde 1992, os profissionais recebem treinamento e atuam com protocolos con-

sensuados entre associações médicas e de enfermagem. Além do curso inicial, os profissionais recebem treinamentos regionais e nacionais com exames teóricos anuais. Nesse modelo, estudo⁽¹⁴⁾ analisou as competências médicas e de enfermagem disponíveis no APH e considerou que o enfermeiro possui ampla gama de competências sobrepostas às dos médicos e nessa perspectiva, as competências adicionais do médico, puderam ser adicionadas complementarmente.

Nos Estados Unidos⁽¹⁵⁾, o Corpo de Bombeiros de Los Angeles detectou um aumento nas solicitações de baixa complexidade com alta reincidência. Fatores como o envelhecimento da população, sobrecarga de pacientes sem acesso ao sistema de saúde, excessivo acionamento para agravos em saúde mental e casos sociais eram a causa. Para esse cenário, além do atendimento às urgências, o serviço adotou uma abordagem proativa e desenvolveu um sistema para fornecer atendimento e encaminhamento adequados, com unidades especializadas, tripuladas por bombeiro ou paramédico e um enfermeiro, com abordagem resolutiva e encaminhamento a unidades primárias. Os resultados demonstraram eficácia nos quadros agudos em idosos, usuários frequentes e pacientes com problemas mentais, resultando em redução da sobrecarga dos recursos de emergência⁽¹⁵⁾.

O contexto das urgências e da atenção pré-hospitalar no Brasil

O modelo brasileiro de atenção às urgências permanece fragmentado, subfinanciado e reativo às condições agudas ou à agudização das crônicas. Custos elevados afligem os municípios e é preocupante a baixa disponibilidade e/ou a baixa adesão de médicos nos serviços de urgência. A transição demográfica eleva o percentual de idosos na população e traz os quadros repetitivos de agudização das condições crônicas para o convívio com as doenças tempo-dependentes e causas externas e infecciosas que já superlotam as portas de urgência. A crise econômica e a redução de empregos formais movimentam milhões de usuários do sistema privado para o SUS, cuja porta de entrada, historicamente mais fácil e transponível, é da urgência. Como resultado de todos esses fatores temos portas de urgência superlotadas⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Para o enfrentamento a esse cenário, vem sendo implementada a RUE⁽⁹⁻¹⁰⁾, que preconiza a cooperação e a formação de arranjos organizativos entre os diferentes serviços no mesmo território, para ampliar a disponibilidade de recursos, com economia de escala. Na RUE, o atendimento à urgência é responsabilidade de todos os pontos de atenção, desde o

APH móvel, e a APS até as portas de urgência e a atenção domiciliar, respeitada a capacidade de atenção de cada um⁽⁹⁻¹⁰⁾.

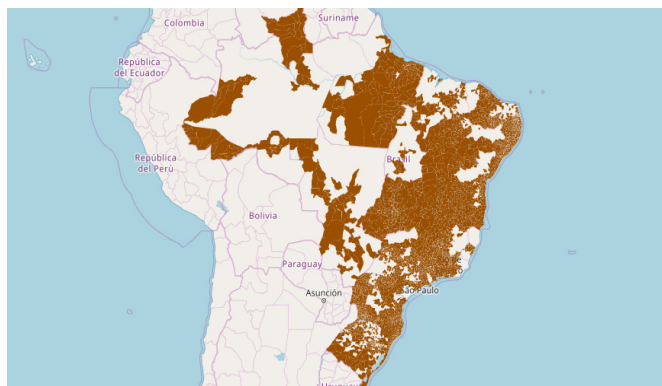
Em 2003, foi estabelecido um modelo de sistema de APH móvel para o país, com dígito telefônico único, regulação médica, veículos padronizados, equipamentos e modalidades. No ambiente público, com essa estrutura foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, o SAMU 192, cujo objetivo é chegar precocemente à vítima de agravo de urgência ou emergência de qualquer natureza, realizando o atendimento e o transporte às unidades que prestam serviços de urgência. O fomento federal para adesão ao modelo, com financiamento e custeio tripartite, estimulou sua rápida implementação em todo o país⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Além do papel assistencial, o SAMU 192 é fundamental na performance da RUE, funcionando como ligação entre os pontos assistenciais e organizador do fluxo de atenção a partir do exercício da regulação das urgências, tornando-se uma poderosa ferramenta de acesso ao cuidado para o cidadão em situação de urgência. Assim, a configuração do SAMU 192 tem potencial para afetar seus próprios resultados assistenciais e, também, os resultados da RUE⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As modalidades assistenciais do SAMU 192 são: o SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV), cuja equipe mínima é composta por dois profissionais (um técnico ou auxiliar de enfermagem e um condutor), e o SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) com três profissionais (um médico, um enfermeiro e um condutor)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Em 2018⁽¹⁸⁾, o SAMU 192 possuía 192 centrais de regulação, estava presente em 3.533 municípios (63,4% do total), (Figura 1) e alcançava cobertura de 170,6 milhões de habitantes (82,2%).

Figura 1: Cartograma representando a cobertura do SAMU 192 segundo os limites das cidades que aderiram ao sistema. Brasil, junho/2018.

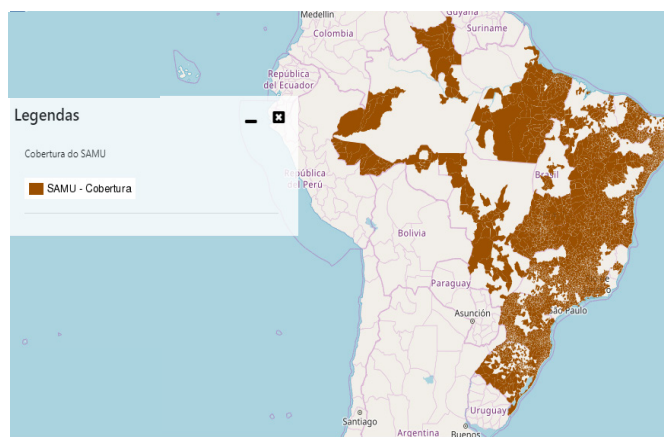


Fonte: INDE19

A ampla cobertura do SAMU 192 se justifica pela forte presença nas capitais e centros urbanos. Estados como Santa Catarina, Goiás, Roraima, Paraíba, Alagoas, Sergipe e o Distrito Federal alcançaram 100% de cobertura em seu território, porém para alcançar 100% de cobertura no país restam 2037 municípios (36,6%) e cerca de 38 milhões de habitantes (17,8%) dispersos em áreas rurais extensas e em municípios com menos de 50 mil habitantes principalmente no centro-oeste, norte e nordeste⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A Figura 2 apresenta a evolução do SAMU 192 nos últimos 6 anos. Em 2018, o modelo contava com 3.307 ambulâncias, sendo 2.702 de SBV (81,7%) e 605 de SAV (18,3%)⁽¹⁹⁻²⁰⁾. A resposta aérea, por embarcação e por motos não será avaliada no presente estudo.

Figura 2: Evolução do número de municípios cobertos e da distribuição das unidades móveis de SBV e SAV do SAMU 192. Brasil, 2013-2018.



Fonte: SAGE (2013 a 2017)⁽²⁰⁾ e Ministério da Saúde (2018)⁽¹⁸⁾

No período, 415 novas ambulâncias de SBV e 51 ambulâncias de SAV foram implementadas na cobertura de atenção pré-hospitalar de 769 cidades, gerando cobertura para cerca de 29,5 milhões de pessoas⁽²⁰⁾. Para esse crescimento houve fomento à regionalização⁽²¹⁾, para viabilizar economia de escala para custeio e manutenção do serviço.

Os indicadores utilizados na avaliação de cobertura geralmente são populacionais. No início da implantação do SAMU 192 a legislação recomendava um SBV para cada 100 mil habitantes e um SAV para cada 400 mil^(16,21). Na evolução do modelo, com a necessidade de ampliar cobertura e melhorar “tempo-resposta”, foram associados critérios geográficos, de mobilidade, de disponibilidade de recursos em saúde e possibilidade de estabelecimento de economia de escala^(16-17,21).

Nesse cenário, a Figura 3 demonstra que proporção das modalidades assistenciais e a proporção das cidades cobertas vem se modificando.

Figura 3: Evolução da proporção de unidades móveis segundo a modalidade e municípios cobertos do SAMU 192, Brasil, 2013-2018.

	2003	2013	2018
Unidade SAV:Unidade SBV	1:4	1:4,1	1:4,4
Unidade SBV:Município	-	1:1,2	1:1,3
Unidade SAV:Município	-	1:4,9	1:5,8

Fonte: SAGE (2013 a 2017)⁽²⁰⁾ e Ministério da Saúde (2018)⁽¹⁸⁾

Observam-se duas tendências: crescimento da cobertura e da capacidade de resposta na direção da modalidade SBV e a perspectiva de compartilhamento de uma unidade entre várias cidades frente a política de regionalização. No caso do SAV, cada unidade já atende a 5,8 municípios e esse cenário pode ser pior, se considerarmos que as capitais e grandes cidades possuem múltiplas unidades, agravando a proporção em áreas do interior.

Quando uma ambulância realiza a cobertura de múltiplas cidades, as distâncias a serem percorridas são maiores, seja no deslocamento até o paciente ou até a unidade de saúde de destino. Em grandes distâncias, o tempo-resposta⁽¹⁷⁾ (tempo entre o acionamento do sistema de urgência e a chegada da ambulância para atendimento) e o tempo total⁽¹⁷⁾ (tempo entre um acionamento e liberação para um novo atendimento) se tornam ainda maiores, ampliando o tempo de ocupação da viatura com deslocamentos e limitando a disponibilidade da ambulância como recurso assistencial. Esse panorama constitui cobertura com falso acesso ao cuidado, pois restringe e atrasa o cuidado em tempo adequado.

Esse crescimento na direção do SBV é preocupante frente a capacidade resolutive da modalidade. O SBV é a primeira resposta às solicitações de socorro simplesmente por ser a mais disponível, porém nele atuam 2 profissionais de nível médio⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. A despeito da importância do SBV, seus profissionais, mesmo treinados, vivenciam situações para além da capacidade de abordagem, pois suas competências e prerrogativas profissionais são restritas e essa é uma perspectiva temerosa para a segurança assistencial. Por sua vez, o SAV concentra a capacidade clínica e reso-

lutiva, mas responde por 18,3% da força de trabalho e não está disponível de forma oportuna e regular no território.

Contribuem para esse cenário de polarização entre o SAV e o SBV, o design do modelo e custos (ou dificuldades) com recursos humanos e manutenção do SAV (materiais, medicamentos e equipamentos). O desinteresse ou indisponibilidade de médicos para ocupar as vagas nos centros urbanos e/ou os custos de sua fixação em territórios rurais ou remotos, também faz com que os gestores prefiram investir na implantação de SBV⁽²¹⁾.

A Figura 4 apresenta a distribuição dos atendimentos realizados pelo SAMU 192, em 2018, e actualmente apresenta a participação das modalidades na assistência.

Figura 4: Distribuição de atendimentos e transporte inter-unidades, segundo a modalidade de atendimento. SAMU 192, Brasil, Jan-Dez, 2018.

	Atendimento pré-hospitalar terrestre		Transporte inter-unidades de saúde		Total de atendimentos terrestres	
	N	%	N	%	N	%
SAV	767.009	17,4%	253.775	34,2%	1.020.784	19,8%
SBV	3.639.876	82,6%	487.070	65,8%	4.126.946	80,2%
TOTAL	4.406.885	100%	740.845	100%	5.147.730	100%

Fonte: Tabnet DATASUS⁽²²⁾, acessado em 15/04/19.

O SBV efetivou 82,6% dos atendimentos e o transporte interunidades correspondeu a um a cada oito acionamentos dessa modalidade. Já o SAV ocupou 1/4 de sua disponibilidade em transportes, que geralmente envolve longas distâncias, maior tempo de deslocamento e períodos de espera, resultando em mais indisponibilidade para os atendimentos.

Apesar da belíssima trajetória do SAMU 192 na história do SUS, com reconhecimento pela população e amplo percentual de cobertura informado, o acesso oportuno ao cuidado de urgência permanece fora do alcance para milhões de pessoas. As dificuldades são políticas, econômicas e derivadas do modelo escolhido. Há uma necessidade urgente de ampliar cobertura, viabilizando o serviço em cidades menores, mas há também a necessidade de garantir segurança assistencial, ampliando a capacidade resolutive das equipes disponíveis.

Espaço para a EPA como estratégia para acesso oportuno no APH

No modelo brasileiro de APH, a participação do enfermeiro está restrita à composição do SAV e a coordenação da equipe de enfermagem⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. No entanto, considerando as competências e as prerrogativas profissionais que podem ser incorporadas, a introdução do enfermeiro qualificando o SBV como 3º componente, ajustaria a polarização existente entre as competências em saúde disponíveis no SBV e no SAV, compatibilizando a capacidade da equipe às potenciais necessidades dos pacientes⁽⁵⁾. Nessa composição alcança-se melhor capacidade de avaliação com pouca incorporação tecnológica, viabilizando a realização segura de orientações, procedimentos e administração de medicamentos em situações restritas por regulação, telemedicina e protocolos, visando a estabilização de pacientes de maior complexidade e assim, potencial melhoria na atenção à agravos crônico-agudizados e tempo-dependentes⁽⁵⁾.

Os enfermeiros já participam do APH brasileiro. Dados do sistema de registro de produção do Ministério da Saúde já registram a força e a direção dessa participação (Figura 5).

Figura 5: Distribuição dos atendimentos e transporte interunidades, segundo a modalidade de atendimento e profissionais envolvidos. SAMU 192, Brasil, Jan-Dez, 2018.

	SAV		SBV		SAV		SBV	
	Atendimento		Transporte		Atendimento		Transporte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Com Médico	560.960	73,1	177.110	69,8	-	-	15.797	3,2
Com Enfermeiro*	206.049	26,9	76.665	30,2	-	-	48.774	10,0
Com Téc. Enf.	-	-	-	-	2.945.291	80,9	350.063	71,9
Com Aux. Enf.	-	-	-	-	694.585	19,1	72.436	14,9
Total	767.009	100	253.775	100	3.639.876	100	487.0770	100

Fonte: Tabnet DATASUS⁽²²⁾ em 15/04/19. *Com enfermeiro, sem médico.

Em 2018, compondo o SAV com o condutor, o enfermeiro realizou 26,9% dos atendimentos e 30,2% dos transportes. No SBV compondo com o condutor, o enfermeiro efetivou 10%

dos transportes. Esses dados representam a força da presença do enfermeiro no território, sua aderência ao APH e sua importância como agente de acesso ao cuidado. Por outro lado, esse registro demonstra que 1/4 dos atendimentos e 1/3 dos transportes registrados como SAV, estão sendo realizados sem a presença de médicos. É possível que a indisponibilidade de médicos no território, baixa adesão e alta rotatividade justifiquem esses resultados, assim como já visto em outros países⁽¹⁻³⁾. Devido às regras de registro, não foi possível analisar a frequência em que enfermeiro e técnico ou auxiliar atuam em conjunto.

Observa-se que o auxiliar de enfermagem respondeu por 19,1% dos atendimentos, acentuando a preocupação com as competências em saúde disponibilizadas no modelo. Considerando a Lei 7498/1986⁽²³⁾, a assistência direta a pacientes no APH só poderia ser realizada pelo Enfermeiro e/ou pelo Técnico de Enfermagem.

Já há em atividade no Brasil um padrão de prática para os enfermeiros no APH. Registros institucionais⁽²⁴⁻²⁵⁾ e a vivência dos autores sobre a realidade nacional, destacam múltiplas experiências em serviços existentes nos estados de São Paulo⁽²⁴⁾, Rio de Janeiro, Bahia e Ceará⁽²⁵⁾, onde o enfermeiro atua como 3º profissional do SBV ou, na ausência do médico no SAV, formando uma equipe com o técnico de enfermagem^(5,24,25).

No SAMU 192 da cidade de São Paulo, o Enfermeiro atua desde 2004 com protocolo institucional⁽²⁴⁾ que registra medicações e procedimentos a serem utilizados com apoio do médico regulador e com uso da telemedicina. No geral, tais práticas se relacionam às necessidades de estabilização dos agravos tempo-dependentes e de agudização de doenças crônicas¹ incluindo medicações por via endovenosa ou intraóssea, manejo de vias aéreas com acesso supraglótico e utilização de escalas de avaliação. A indisponibilidade desses procedimentos em tempo oportuno, potencialmente concorrerem para a persistência e agravamento de alguns quadros, ocorrência de sequelas e maiores custos de internação para o sistema.

É preciso analisar as experiências nacionais e internacionais. Estudos sobre a complexidade dos atendimentos e a atuação da Enfermagem e dos Médicos no APH, segundo padrão, interação e resultados, são importantes para direcionar o desenvolvimento do modelo brasileiro.

A maior participação do enfermeiro na assistência, pode ser uma grande ferramenta de acesso oportuno, expandindo quali-quantitativamente o modelo de atenção nos grandes centros e nas áreas rurais e remotas, e também ampliando a satisfação das expectativas e ne-

cessidades do usuário, resultando em impacto para o cidadão e para o sistema de saúde⁽⁵⁾.

Limitações do estudo

Os estudos sobre resultados da EPA são mais frequentes na APS onde esse papel da Enfermagem já está consolidado. Análises sobre os resultados da participação do enfermeiro no APH ainda são limitados à algumas experiências no mundo, porém vem crescendo e se constituem em importante perspectiva de pesquisa. A revisão narrativa não se utiliza de estratégias sofisticadas e exaustivas de busca, e assim, a seleção dos estudos e a interpretação das informações está sujeita a maior subjetividade.

Contribuições do estudo para a prática

A expansão do papel do Enfermeiro é uma estratégia de ampliação do acesso à saúde. A fundamentação teórica, bem como a análise das experiências e dos contextos em que essa expansão pode ser útil, auxiliam na identificação de novas perspectivas de atuação profissional, ao mesmo tempo que apresentam modelos que podem servir de referência no enfrentamento dos problemas do sistema brasileiro de atenção à saúde.

CONCLUSÃO

Experiências internacionais demonstram que a EPA é uma estratégia de valor na busca de acesso à saúde. Frente ao cenário desafiador das urgências no Brasil, a incorporação de Enfermeiros treinados e habilitados no APH, têm potencial para qualificar o modelo e levar segurança assistencial às áreas que ainda precisam ser cobertas, bem como, às áreas que vivenciam a indisponibilidade de médicos e/ou a exclusiva presença de SBV, garantindo acesso oportuno. A presença do enfermeiro amplia a capacidade de avaliação e possibilita o uso de medicações e procedimentos sob protocolos e regulação médica com o auxílio de telemedicina, trazendo benefícios ao paciente em situação de urgência e ao sistema de saúde, com um cuidado mais seguro, encaminhamentos mais adequados e possivelmente melhores resultados de saúde. A presença do enfermeiro no APH já é um fato relevante no mundo e em nosso país.

Contribuição dos autores: Concepção do artigo: MAAM, SDM, EFS; Análise e interpretação dos dados, Redação do artigo e Redação final : MAAM; Revisão Crítica: SDM, EFS, LPBB, MASF, LS, GCH, RB.

REFERÊNCIAS

1. Delamaire M, Lafortune, G. Nurses in Advanced Roles: a description and evaluation in 12 developed countries. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Working Papers. [Internet] 2010 [cited 2017 feb 13]; 54. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmbrefms5g7-enpdf?expires=1488735304&id=id&accname=guest&checksum=69DAF99FCAA32B3EF3D77153888E6F14>
2. Sherr B, Wong FKY. The Development of Advanced Nursing Practice Globally. *Journal of Nursing Scholarship*. [Internet] 2008 [cited 2017 feb 13]; 40(3):204-11. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x/epdf>.
3. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Morán Peña L, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2017 [cited 2018 Feb 13]; 25, e2826. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-02826.pdf>.
4. Cassiani SHDB, Zugi KE. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [Cited 2017 Feb 13]; 67(5):675-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rben/v67n5/pt_0034-7167-reben-67-05-0677.pdf.
5. Malvestio MAA, Arci MS, Souza EF, Paula CE, Martuchi SD, Matos EFS, Veiga AG. Enfermagem em Práticas Avançadas: perspectivas para o atendimento pré-hospitalar. *Enfermagem em Revista*. 2017 [cited 2018 Jul 12]; 18:18-9. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/revista_coren_sp_junho_2017.pdf.
6. Pan American Health Organization (PAHO). Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 12]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34958/9789275120033_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
7. Toso, BRGO. Práticas Avançadas de Enfermagem em atenção primária: estratégias para implementação no Brasil. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 mar 02]; 7 (3/4): 36-40. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913/343>
8. Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2019 mar 02]; 23(6):1737-1750. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rben/v67n5/pt_0034-7167-reben-67-05-0677.pdf.

www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1737.pdf

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria no1600 GM/MS de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 07 jul. 2011. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf. Cited 2018 dec 12.

10. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização pan-americana de Saúde, 2011.549p. [Cited 2018 dec 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

11. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. Nursing Economics [Internet]. 2011 [cited 2018 mar 02]; 29(5):1-22. Available from: <https://www.micnp.org/assets/Website/StandardsofPracticePage/APN%20outcomes%20-%20A%20Systematic%20Review.pdf>

12. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Relatório Anual Integração VMER e SIV 2017. 2017 [cited 2019 Feb 20]. Available from: https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/05/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2017_vers%C3%A3o-corrigida-16-05-2018.pdf

13. Skog S, Linda W, Lindström V. Development of the Prehospital Emergency Care. The Registered Nurses' Role in the Ambulance Service - A Swedish perspective. Emergency Med [Internet]. 2015 [cited 2018 nov 18]; 6:294. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/376d/693ca25302840e46f1a31f202d40ff37f4ee.pdf?_ga=2.159223098.1844146819.1581539126-1844378312.1562786353

14. Van Schuppen H, Bierens J. Understanding the prehospital physician controversy. Step 1: comparing competencies of ambulance nurses and prehospital physicians. Eur J Emerg Med [Internet]. 2011[cited 2018 nov 18]; 18(6):322-7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/50989613_Understanding_the_prehospital_physician_controversy_Step_1_Comparing_competencies_of_ambulance_nurses_and_prehospital_physicians

15. Eckstein M, Ito T, Guggenheim A, Sanko S. Nurse Practitioner Response Unit Launched in Los Angeles. Journal of Emergency Medical Services [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 18], 2(42). Available from: <https://www.jems.com/articles/print/volume-42/issue-2/features/nurse-practitioner-response-unit-launched-in-los-angeles.html>

16. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 2048 do, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF, 2002.

Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Cited 2016 dec 12.

17. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação no 3 GM/MS de 03 de outubro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Cited: 2018 mar 20.

18. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Dados de 2018: População passa a contar com 476 novas ambulâncias do SAMU 192 [Cited 10 dez 2018]. Available from : <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42892-populacao-passa-a-contar-com-476-novas-ambulancias-do-samu-192>

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Infraestrutura Nacional de Dados Espaciais (INDE) [database]. Cited 2018 dec 10. Disponível em: <https://inde.gov.br/>

20. Ministério da Saúde(BR). Sala de Apoio à gestão estratégica (SAGE) [database]. Cited 2018 nov 12. Available from: <http://sage.saude.gov.br/#>

30. O'Dwyer G et al. Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: Estratégias de ação e dimensões estruturais. Cad. Saúde Pública. 2017 [cited 2018 Mar 13]; 33(7):e00043716. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00043716.pdf>.

31. Ministério da Saúde(BR). Tabnet Datasus [database]. Cited 2019 apr 15. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def>.

32. Presidência da República (BR). Lei no 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF 1986. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Cited 2018 mar 20.

33. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (BR). SAMU 192 Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar Suporte Intermediário de Vida [Internet]. 2014 [cited 2018 mar 13]. Available from: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolodeatendimentoprehospitalar.pdf> Acessado em 13/03/2018.

34. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (BR). SAMU 192 Regional Fortaleza. Protocolos de Suporte Básico de Vida SAMU-For [Internet].2016 [cited 2018 mar 20]. Available from: <http://www.samu.fortaleza.ce.gov.br/index.php/repositorio-institucional/send/2-normas-de-conduta-tecnica-e-gestora/85-protocolos-de-suporte-basico-de-vida-samufor>

RECEBIDO EM: 01/09/2019. - ACEITO EM:16/12/2019

COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRAS PEDIÁTRICAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES DE ONCOLOGIA

Fernanda Ribeiro de Araujo Oliveira¹

<https://orcid.org/0000-0002-4478-1385>

Flávia Lilalva de Holanda¹

<https://orcid.org/0000-0001-9451-7032>

Alexandre Pazetto Balsanelli¹

<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>

Objetivo: Identificar as competências das enfermeiras pediátricas que atuam em oncologia. **Metodologia:** Revisão integrativa, nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, National Library of Medicine da U.S., portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, busca livre em sites da Oncology Nurse Society e Library Online. Os critérios de inclusão: pesquisas originais e documentos de Sociedades Internacionais de Oncologia, em português, inglês e espanhol, com os resumos nas bases selecionadas, no período de 2011 a 2018. **Resultados:** Selecionados sete artigos com descrição das competências, sendo as principais: desenvolvimento profissional/educação, coordenação do cuidado, experiência e especialização, cuidados clínicos baseados em evidências, análise para recursos financeiros e acompanhamento do paciente em pesquisa clínica. **Conclusão:** Há limitação neste estudo, visto que há somente um documento internacional que abordada as competências em oncologia pediátrica, sendo necessário a tradução e validação desta matriz nas instituições brasileiras.

Descritores: Competências clínicas; Competências profissionais; Enfermeiras pediátricas; Institutos de câncer; Serviço hospitalar de oncologia.

COMPETENCIES FOR PEDIATRIC NURSES OF ONCOLOGY HOSPITAL SERVICES

Objective: To identify the competencies of pediatric nurses working in oncology. **Method:** Integrative review in the databases: Virtual Health Library, U.S. National Library of Medicine, portal for journals of the Higher Education Personnel Improvement Coordination, free search on Oncology Nurse Society and Library Online websites. Inclusion criteria: original research and documents of International Society in Oncology, in Portuguese, English and Spanish, with abstracts in the selected bases, from 2011 to 2018. **Results:** Selected seven articles with description of competences, the main ones being: professional development/education, coordination of the care, experience and expertise, evidence-based clinical care, knowledge of financial resources and patient follow-up in clinical research. **Conclusion:** There is a limitation in this study, since there is only one international document that addresses the competences in pediatric oncology, requiring the translation and validation of this matrix in Brazilian institutions.

Descritores: Clinical Competencies; Professional Competences; Pediatric Nurses; Cancer Institutes; Hospital Oncology Service.

COMPETENCIAS PARA ENFERMERAS PEDIÁTRICAS DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE ONCOLOGIA

Objetivo: identificar las competencias de las enfermeras pediátricas que trabajan en oncología. **Metodología:** Revisión integradora en las bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud, Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU., Portal para revistas de la Coordinación de Mejoramiento del Personal de Educación Superior, búsqueda gratuita en los sitios web de Oncology Nurse Society y Library Online. Criterios de inclusión: investigación original y documentos de Sociedades Internacionales de Oncología, en portugués, inglés y español, con resúmenes en las bases seleccionadas, de 2011 a 2018. **Resultados:** Siete artículos seleccionados con descripción de competencias, siendo los principales: desarrollo profesional / educación, coordinación de atención, experiencia y experiencia, atención clínica basada en evidencia, conocimiento de recursos financieros y seguimiento de pacientes en investigación clínica. **Conclusión:** Hay una limitación en este estudio, ya que solo hay un documento internacional que aborda las competencias en oncología pediátrica, que requiere la traducción y validación de esta matriz en las instituciones brasileñas.

Descritores: Competencias Clínicas; Competencias Profesionales; Enfermeras Pediátricas; Institutos de Cáncer; Servicio Hospitalario de Oncología.

¹ Grupo de Estudos e Pesquisa de Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem - GEPAG, da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.
Autor correspondente: Fernanda Ribeiro de Araujo Oliveira. - E-mail: fernanda.ribeiro.ara@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, surgiram vários avanços no diagnóstico e tratamento do câncer que provocaram uma série de consequências físicas, emocionais e sociais. Inicia-se um processo no qual os pacientes vivenciam diversas perdas de autonomia, alterações nos hábitos de vida, com necessidade de criar novas maneiras de viver e adaptar-se à realidade apresentada, bem como depender de medicações e a conviver com os efeitos adversos da terapêutica⁽¹⁾.

Cabe ao enfermeiro atuar em ações de prevenção, controle da doença e qualidade de vida. Para tal, necessita possuir competências para prestar assistência aos pacientes com câncer, desde a avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares⁽²⁾.

A oncologia é uma área específica, na qual muitas vezes, o currículo generalista para a formação do enfermeiro é insuficiente; por isso, identifica-se a necessidade da busca do desenvolvimento profissional com atualização técnico-científica por meio de especialização, pós-graduação, residências, treinamentos, cursos de atualização e congressos⁽³⁾.

Desta forma, a área de Educação Permanente ganha destaque, pois a prática assistencial passa a ser norteadora por modelos estratégicos de gestão de pessoas, com ênfase em qualificação, retenção e indicadores de qualidade, como uma forma de balizar a eficácia educacional⁽²⁾.

Além da habilidade na aplicação do conhecimento, os enfermeiros de oncologia precisam aumentar sua competência para direcionar e influenciar o plano de cuidado⁽³⁾.

Para este estudo, se define competência como a capacidade da pessoa gerar resultados dentro dos objetivos estratégicos e organizacionais da empresa, traduzindo-se pelo conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e entrega que levam a um desempenho. Estes comportamentos devem ser observáveis e mensuráveis relacionadas ao desempenho no trabalho⁽⁵⁾.

Entretanto, não foram encontradas na literatura quais são as competências atribuídas aos enfermeiros que atuam em oncologia pediátrica, o que justifica a realização deste estudo⁽²⁾.

Além disso, espera-se que o desafio de contratação de profissionais e a execução de um programa de treinamento e desenvolvimento específico, sejam elaborados e aprimorados com base numa matriz de competências das enfermeiras em oncologia pediátrica, com intuito de padronizar as avaliações e balizar os resultados obtidos no seu desempenho prático.

Por este motivo, o objetivo deste estudo é identificar as competências das enfermeiras pediátricas que atuam em oncologia.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa que seguiu as etapas: elaboração da questão norteadora, critérios de inclusão e exclusão dos estudos, definição das informações que serão extraídas, avaliação, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽⁴⁾.

Para guiar esta revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais são as competências para as enfermeiras pediátricas e oncológicas, seguindo a estratégia PICO sendo "P-Publico": enfermeiras, "I-Intervenção": competências, "Co-Contexto": pediatria e oncologia⁽⁴⁾.

Local do estudo

Para a seleção dos artigos foram utilizadas três bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde Brasil), PubMed (National Library of Medicine da U.S), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), busca livre em sites ONS (Oncology Nurse Society) e Library Online. Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses na etapa do processo de elaboração da revisão.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão dos artigos foram: pesquisas originais e documentos de Sociedades Internacionais de Oncologia, publicados em português, inglês e espanhol, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas. Os critérios de exclusão dos artigos foram: duplicidade nas bases, não disponíveis na íntegra e aqueles que não responderam à questão norteadora da revisão.

Período

Compreendido entre 2011 a 2018 e este recorte foi escolhido para ampliar as opções dos estudos dos últimos oito anos.

Coleta de dados

Para a organização inicial das informações, utilizou-se a listagem fornecida pela base de dados para leitura e análise de todos os títulos e, posteriormente, procedeu-se ao resgate dos textos completos e resumos disponíveis que deveriam conter o termo competência.

Os termos de busca, selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde e no Medical Subject Heading Terms, descritos e detalhados: competência profissional AND enfermeiras pediátricas, competência profissional AND enfermagem oncológica, competência clínica AND enfermagem oncológica OR enfermeiras pediátricas, competência clínica OR competência profissional AND enfermeiras pediátricas OR enfermagem oncológica, competências AND enfermeiras pediátricas OR enfermagem oncológica, oncology nurse AND core competence, core competence AND pediatric nurse, core competence AND oncology nursing AND pediatric nurse e core competence AND oncology nursing.

Procedimento de análise dos dados

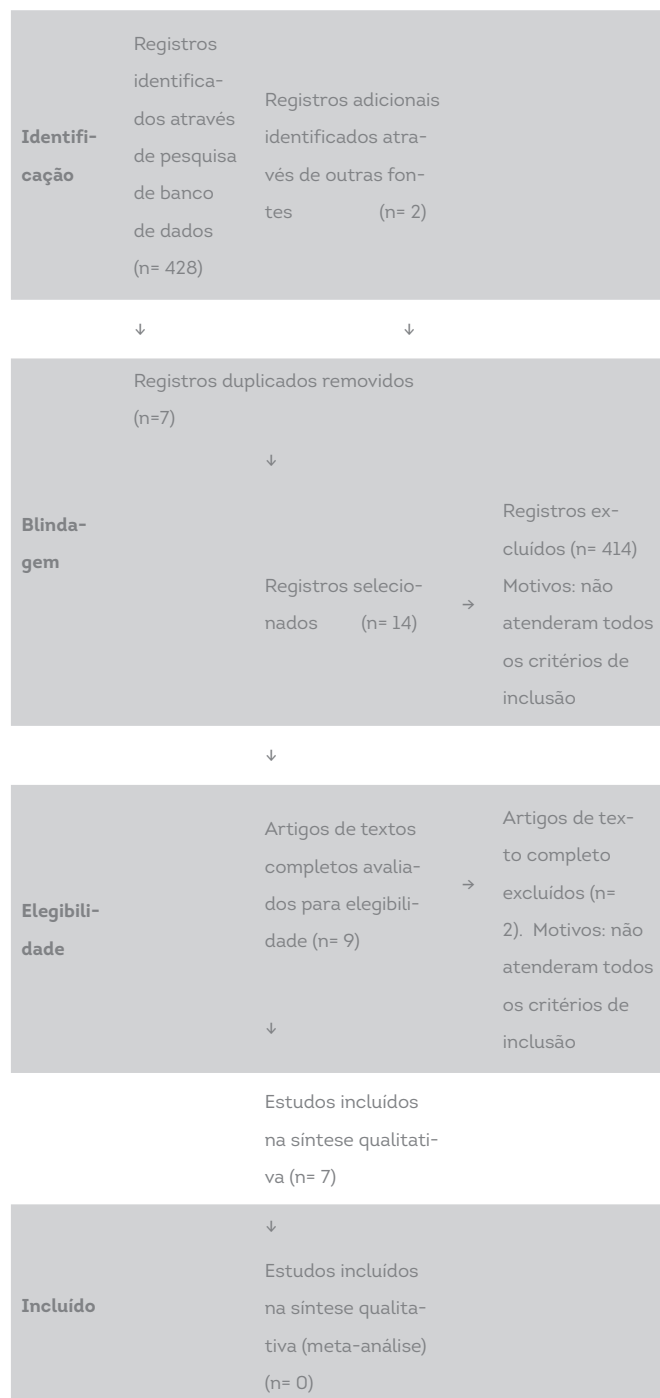
As buscas foram realizadas pelo acesso on-line e a amostra final desta revisão integrativa foi constituída de 14 artigos. Destes, sete eram repetidos e nove foram selecionados, após a leitura dos resumos, foram excluídos dois artigos que não abordavam o tema de competência dos enfermeiros oncológicos ou pediátricos. Incluído também dois documentos sendo um da Oncology Nursing Society⁽⁶⁾ e um da Canadian Association of Nurses in Oncology⁽⁷⁾ que descrevem as competências do enfermeiro oncologista pediátrico, sendo concluída a revisão com sete artigos (relacionados no Quadro 1 e 2) e dois documentos (relacionados no Quadro 3). O detalhamento referente ao desenvolvimento da busca para obtenção dos resultados para a presente revisão está descrito no fluxograma PRISMA Figura 1.

Foi elaborada uma planilha no programa Microsoft Office Word®, para coleta das informações com as seguintes variáveis: título, autores, periódico de publicação/ano, objetivos, método, referencial teórico e competências elencadas.

Para validação dos artigos selecionados, houve um processo de discussão com outros dois pesquisadores.

Foi aplicado o checklist para avaliação da qualidade metodológica com 22 itens na lista de verificação da Iniciativa - versão traduzida para o português (Brasil): Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology STROBE⁽⁸⁾. Optou-se pelo STROBE, porque é considerado o atual padrão-ouro quando se trata de guiar a construção e avaliação de estudos observacionais. Para definir a classificação, os artigos foram divididos em três categorias: **A** - valor igual ou maior que 80%, **B** - entre 80 a 50% e **C** - valor abaixo de 50%⁽⁹⁾.

Figura 1: Fluxograma de seleção de identificação dos estudos PRISMA⁽¹⁰⁾. São Paulo, 2018.



Aspectos éticos

Os aspectos éticos deste estudo foram preservados. Todos os autores dos artigos analisados formam referenciados adequadamente, conforme a Lei de Direitos Autorais nº 9610 de 19 de fevereiro de 1998⁽¹⁰⁾. Os dados e informações das pesquisas foram apresentados de forma fidedigna.

RESULTADOS

Os estudos incluídos nesta revisão estão apresentados nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão integrativa e a síntese dos resultados. São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Título/Autores/Periódico/Ano e Referencial Teórico	Objetivo/ Método	Competências Elencadas	STROBE
<p>Specialist nurse key worker in children's cancer care: Professionals perspectives on the care characteristics of the role⁽¹⁾.</p> <p>Autores: Martins A, Aldiss, S, Gibson F.</p> <p>Periódico e Ano: J European Journal of Oncol Nurs. 2016 (24):70-78.</p> <p>Referencial teórico: Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO).</p>	<p>Objetivo: Descrever o desenvolvimento e a implementação do cargo de enfermeiro especialista em 18 centros de câncer infantil no Reino Unido.</p> <p>Método: Pesquisa qualitativa. 42 entrevistas semiestruturadas em um grupo focal com 12 trabalhadores-chave</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordenar o cuidado ✓ Ter experiência e especialização ✓ Ter o relacionamento com as famílias 	A
<p>www.Oncology Nurse Generalist Competencies⁽²⁾.</p> <p>Autores: Gaguski ME, Bruce SD, Brucker E, Leija C, LeFebvre K, Mackey H.</p> <p>Periódico e Ano: Clin. J of ONCOLOGY NURSING, 2016 (21): 6</p> <p>Referencial teórico: Oncology Nursing Society e Patricia Benner</p>	<p>Objetivo: Descrever o processo e o desenvolvimento de competências de Oncology Nurse Generalist.</p> <p>Método: Revisão sistemática com Meta-análise, com 49 trabalhos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabalhar em equipe ✓ Ter desenvolvimento profissional ✓ Aplicar os cuidados clínicos baseados em evidências ✓ Conhecer sobre recursos financeiro: auxiliar paciente e familiar com os impactos financeiros do câncer. ✓ Ter conhecimento em qualidade para evidenciar soluções na assistência, como em processo de acreditação e prevenção de infecção. 	A

<p>Oncology Clinical Trials Nursing: competencies for the novice⁽¹³⁾.</p> <p>Autores: Lubejko B, Good M, Weiss P, Schmieder L, Leos D, Daugherty P.</p> <p>Periódico e Ano: Clin J Oncol Nurs. 2011</p> <p>Referencial teórico: Oncology Nursing Society</p> <p>Objetivo: Identificar as principais competências necessárias para uma clínica de oncologia em ensaios clínicos.</p> <p>Método: Descreve o processo usado para desenvolver competências essenciais para o novato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Requer conhecimento em conformidade do protocolo ✓ Conhecer de ensaios clínicos ✓ Demonstrar liderança garantindo a compreensão do paciente no processo de aplicação do consentimento informado ✓ Utilizar estratégias e pesquisa na gestão do cuidado do paciente em ensaio clínico ✓ Fornecer informações completas ao paciente em ensaio clínico ✓ Recrutar o paciente ✓ Aderir as práticas de forma ética na condução do paciente, protegendo dos possíveis riscos ✓ Auxiliar o paciente e familiar com os impactos financeiros do tratamento ✓ Ter o desenvolvimento profissional 	A
<p>Perceived roles of oncology nursing⁽¹⁴⁾.</p> <p>Autores: Manon L, Naghmech P.</p> <p>Periódico e Ano: Can Oncol Nurs J; 25(4): 422-42. 2015.</p> <p>Referencial teórico: Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO).</p> <p>Objetivo: Explorar como os enfermeiros oncológicos percebem seus papéis e responsabilidades em comparação com os padrões de atendimento da Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO).</p> <p>Método: Seis grupos focais foram conduzidos e 21 enfermeiros de um hospital comunitário participaram deste estudo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atuar no cuidado mais complexo e avançado aos pacientes; ✓ Requer desenvolvimento profissional e de liderança; ✓ Fornecer cuidados como referência na equipe interdisciplinar e facilitando o acesso ao paciente. 	A
<p>Being an expert nurse in pediatric oncology care: nurses' descriptions in narratives⁽¹⁵⁾.</p> <p>Autor: Enskär KL.</p> <p>Periódico e Ano: J Pediatr Oncol Nurs. 2012 May-Jun;29(3):151-60</p> <p>Referencial teórico: Patricia Benner</p> <p>Objetivo: Descrever as percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica sobre o papel de uma especialista em oncologia pediátrica.</p> <p>Método: Qualitativo. Realizado na Suécia no ano de 2003 em 3 grupos de Enfermeiros (n = 66) que trabalhavam em oncologia pediátrica e participaram escrevendo suas narrativas do seu conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ser especialista na sua área de conhecimento ✓ Ser especialista em cuidados de alta qualidade ✓ Ser especialista com oportunidades de crescimento profissional 	A

Título/Autores/Período/Ano e Referencial Teórico	Objetivo/ Método	Competências Elencadas	STROBE
<p>Providing Novice Navigators With a GPS for Role Development: Oncology Nurse Navigator Competency Project⁽¹⁶⁾.</p> <p>Autores: McMullen L, Banman T2, DeGroot JM3, Scott S4, Srdanovic D4, Mackey H.</p> <p>Período e Ano: Clin J Oncol Nurs. 2016 Feb;20(1):33-8.</p> <p>Referencial teórico: Oncology Nursing Society</p>	<p>Objetivo: Promover a padronização do papel do Oncology Nurse Navigator; a estrutura e os limites de funcionamento.</p> <p>Método: Identificar as competências essenciais usadas pelas Oncology Nurse Navigator.</p>	<p>✓ Competência por categoria: Categoria 1: Papel profissional Categoria 2: Educação Categoria 3: Gestão do cuidado Categoria 4: Comunicação</p>	A
<p>Atuação do Enfermeiro em oncologia na perspectiva da genética e genoma⁽¹⁷⁾.</p> <p>Autores: Santos MF Santos, EMM, Nascimento, LC, Silva. BRF, Miranda DO, Junior, LCL e Pinto Ps.</p> <p>Período e Ano: Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 526-33</p> <p>Referencial teórico: American Association of Colleges of Nurses</p>	<p>Objetivo: Reflexão sobre a atuação do enfermeiro em oncologia, na perspectiva da genética e da genômica, e sobre seu papel como membro integrante da equipe multiprofissional e interdisciplinar.</p> <p>Método: Reflexão de uma leitura minuciosa da literatura da área, acrescida da experiência dos autores e discussões realizadas pelo Grupo de Estudos e Pesquisas de Enfermagem em Genômica.</p>	<p>É desejável que o Enfermeiro de genética e genoma apresente na sua competência:</p> <p>(a) ser educado nas relevantes ciências da genética, genômica, farmacogenética e farmacogenômica;</p> <p>(b) aprender o impacto social de tendências genéticas e genômicas nas políticas de saúde;</p> <p>(c) ser capaz de avaliar fatores protetores e preditivos, considerando os de origem genética;</p> <p>(d) levantar a história de saúde, história familiar, riscos genéticos, para problemas de saúde atuais e futuros;</p> <p>(e) ser capaz de apreciar a evolução do conhecimento em genética e genômica;</p> <p>(f) reconhecer a relação da genética e da genômica com a saúde, prevenção, rastreamento, diagnóstico, prognóstico, seleção de tratamento, monitoramento da eficácia do tratamento.</p>	C

Quadro 3 - Documentos de Sociedades Internacionais de Oncologia incluídos na revisão.

Documento	Competências Elencadas	Strobe
Oncology Clinical Trials Nurse Competencies Oncology Nursing Society 2016 Manual da ONS - Desenvolvimento de Competências ⁽⁶⁾ .	Aderência aos Padrões Éticos Conformidade do Protocolo Consentimento Informado Recrutamento e Retenção de Pacientes Gerenciamento de Pacientes de Ensaios Clínicos Documentação e Gerenciamento de Documentos Gerenciamento de Dados e Tecnologia da Informação Recursos Financeiros Liderança e Desenvolvimento Profissional	Não se aplica
Practice standards for nurses providing pediatric cancer care in atlantic canada Canadian Association of nurses in oncology - Astra-Zeneca 2007 ⁽⁷⁾ .	Avaliação Abrangente da Saúde Relações de Suporte e Terapêuticas Gestão de sintomas de câncer e efeitos colaterais do tratamento Ensino e Coaching Facilitando a Continuidade do Cuidado/ navegando no Sistema Tomada de Decisão e Advocacia Prática Profissional e Liderança	Não se aplica

Fonte: Oncology Nurse Society e Canadian Association of Nurse in Oncology. São Paulo, Novembro/2018.

Dentre as competências descritas nos artigos⁽¹¹⁻¹⁷⁾, as mais citadas foram incluídas por ordem de frequência e distribuídas no Quadro 4, conforme o processo de trabalho em enfermagem: Assistir, Administrar, Ensinar, Pesquisar e Participar politicamente⁽¹⁸⁾.

Quadro 4: Síntese dos resultados apresentados conforme o Processo de trabalho na enfermagem, São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Competência no Processo de Trabalho	Competências citadas
Assistir	Relacionamento com as famílias Cuidados clínicos baseados em evidências Avançado nos cuidados como referência interdisciplinar

Administrar	Coordenação do cuidado (famílias/ profissionais) Financeiro Gestão do paciente do ensaio clínico Liderança Qualidade Tomada de Decisão Comunicação Trabalho em equipe e Ética
Ensinar	Desenvolvimento profissional/ Educação Experiência e especialização Coaching Prática profissional Ensino
Pesquisar	Conformidade do protocolo e Processo de consentimento informado.
Participar politicamente	Não foi evidenciada nenhuma competência

DISCUSSÃO

Os resultados dos artigos científicos analisados nesta revisão evidenciam a importância da validação de uma matriz de competências para o enfermeiro que atua em oncologia pediátrica^(6,7,11-17).

A experiência profissional e qualificação especializada são aspectos que devem ser repensados na contratação dos enfermeiros para atuarem em oncologia, pois são exigidos conhecimentos específicos, habilidades e comportamentos para atender o paciente com qualidade e segurança⁽³⁾.

Dos sete artigos publicados, seis são de países internacionais e um nacional. Todos utilizaram a metodologia qualitativa e para a análise dos resultados da qualidade metodológica foi aplicado o Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology STROBE⁽⁶⁾, sendo seis artigos⁽¹¹⁻¹⁶⁾ com a avaliação **A** – valor igual ou maior que 80% e um artigo⁽¹⁷⁾ com avaliação **C** – valor abaixo de 50%. Apesar de poucos artigos encontrados, houve uma alta qualidade metodológica.

Identificou-se que não há um único referencial teórico utilizado para construir ou validar as competências em oncologia pediátrica. Dois artigos citando a Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO)^(11,14), um de Patricia Benner⁽¹⁵⁻²⁴⁾, um da American Association of Colleges of Nurses (AACN)⁽¹⁷⁾ e três da Oncology Nursing Society (ONS)^(12,13,16), sendo este o mais citado.

A Oncology Nursing Society (ONS) é uma associação profissional de mais de 39 mil membros focados na promoção da excelência em enfermagem oncológica e na transformação do tratamento do câncer. É a maior referência como sociedade internacional em oncologia⁽¹⁹⁾.

O segundo referencial mais citado foi a Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO), uma organização internacional com a missão de promover excelência em enfermagem oncológica na prática, educação, pesquisa e liderança com visão de ser uma líder internacional em enfermagem no controle do câncer⁽²⁰⁾.

Os referenciais teóricos menos citados foram: A American Association of Colleges of Nurses (AACN), com 45 mil membros, 825 escolas de enfermagem/Universidades públicas e privadas que estabelecem padrões de qualidade para o ensino de enfermagem, pesquisa e prática⁽²¹⁾. E o último foi o referencial da Patricia Sawyer Benner, uma teórica de enfermagem, acadêmica

e autora, conhecida por um de seus livros, *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*⁽²¹⁾; descreveu os estágios de aprendizagem e aquisição de habilidades ao longo das carreiras de enfermeiras⁽²²⁾.

Desses referenciais teóricos, a Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO) e Oncology Nursing Society (ONS) são as maiores referências internacionais e, mesmo assim, nos artigos incluídos nesta revisão, há dificuldade de identificar as competências das enfermeiras que atuam em oncologia pediátrica e que respondessem à questão de pesquisa.

Não houve um consenso do conceito de competência. Os artigos analisados trazem os assuntos de forma variadas como atribuições e especialidades. Em seis artigos^(11-14, 16,17), os autores citam a competência como atribuições, e um artigo⁽¹⁵⁾ como especialidades. Neste último artigo, refere que, para as enfermeiras adquirem competências, passam necessariamente por cinco estágios: Iniciante, Iniciante avançado, Competente, Proficiente e Especialista⁽¹⁵⁾.

Dentre as competências elencadas, o Processo de Trabalho de Administrar foi a mais evidenciada neste artigo.

O enfermeiro é um profissional que compõe a equipe e exerce papel relevante, com atribuições assistenciais e gerenciais⁽²⁵⁾.

O processo de trabalho Administrar ou Gerenciar em Enfermagem tem como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados. Por este motivo, alguns profissionais de enfermagem não dão a devida importância e entendem que devem apenas se preocupar com o cuidar. No entanto, o cuidado só é possível se houver a coordenação do processo de trabalho assistir em enfermagem, com o processo de administrar⁽¹⁹⁾.

O cuidar em oncologia pediátrica é desafiante, pois requer, além de recursos materiais e terapêuticos específicos, uma equipe de saúde atenta para o universo infantil, com responsabilidade, compromisso, capacidade e sensibilidade⁽³⁾.

Destacamos que o enfermeiro que atua em unidades oncológicas necessita de um perfil profissional que lhe permita desenvolver suas funções eficazmente, aliando conhecimento técnico, humanização e individualização do cuidado⁽¹²⁾.

Limitação do estudo

A limitação deste estudo centra-se no fato de que algumas publicações podem não ter sido encontradas por conta dos critérios de inclusão adotados. Todavia, avança no conhecimento ao apresentar um panorama das competências previstas para as enfermeiras que atuam em oncologia pediátrica.

Contribuição para a prática

A construção da presente revisão integrativa contribui ao mostrar a necessidade de incorporar nas instituições de saúde brasileiras que atuam com oncologia pediátrica, a aplicação do modelo de avaliação de competências do enfermeiro apresentado no documento da Canadian Association of Nurses in Oncology para padronizar e criar ações específicas no desenvolvimento dos profissionais que atuam nesta área.

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar as competências das enfermeiras pediátricas que atuam em oncologia. Apesar de existir um documento internacional que aborda as competências em questão, em nenhum artigo

incluído nesta pesquisa, cita o instrumento como modelo de avaliação.

A revisão da literatura confirma a necessidade de validar a matriz de competências em oncologia pediátrica internacional, nas instituições brasileiras, com intuito de nortear o desenvolvimento dos profissionais desta área.

A matriz evidenciada servirá como um direcionador para avaliação das competências, identificar atribuições específicas, nortear a prática profissional e mensurar os resultados e a qualidade dos serviços prestados, bem como apresentar aos avaliados, os pontos de melhorias para o desenvolvimento com base no tempo de experiência e atuação na área de oncologia pediátrica.

Contribuição dos autores

Fernanda Ribeiro de Araujo Oliveira: concepção e/ou desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final; Flávia Lilalva de Holanda: revisão crítica e revisão final; Alexandre Pazetto Balsanelli: desenho do manuscrito, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA [Internet] 2017. [cited 2019 Oct 04]; Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Organização Mario Jorge Sobreira da Silva. 3. ed. Rev. Atual. [Internet] 2017. [cited 2019 Oct 04]; 108 p. Available from: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-abc-3ed-8a-prova.pdf>
3. Amador DD, Gomes IP, Coutinho SED, Costa TNAL, Collet N. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. *Texto & Contexto Enfermagem*. [Internet]. 2011 [cited 2019 Oct 04]; 20(1):94-101. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100011>.
4. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MDPB. Metodologia de pesquisa. 5. Ed. – Porto Alegre: Penso, 2013. 74-93 p.
5. Dutra, JS. Competências: conceito e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. 1.ed. – São Paulo: Atlas, 2007. 21-35.
6. Oncology Nursing Society. Pesquisa da Oncology Clinical Trials Nurse Competencies [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 04]. Available from: <https://www.ons.org/sites/default/files/ctn-competencies.pdf>
7. Practice Standards and Competencies for Nurses Providing Pediatric Cancer Care in Atlantic Canada. (CANO/ACIO) [Internet]. 2007 [cited 2019 Oct 04]. Available from: https://cdn.ymaws.com/www.cano-acio.ca/resource/resmgr/standards/CONEP_Standards2006September.pdf
8. Malta L, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunica-

ção de estudos observacionais. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct 04]; 44(3):559-565. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>.

9. Taminato M, Fram D, Torloni MR, Belasco AGS, Saconato H, Barbosa DA. Rastreamento de *Streptococcus* do grupo B em gestantes: revisão sistemática e metanálise. *Rev. Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2019 Oct 04]; 19(6):1470-1478. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600026&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600026>.

10. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

11. Galvão, TF, Pansani TSA. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 04]; 24(2):335-342. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>.

12. Martins A, Aldiss S, Gibson F. Specialist nurse key worker in children's cancer care: Professionals perspectives on the care characteristics of the role. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 04]; (24):70-78. Available from: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(16\)30078-3/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(16)30078-3/fulltext)

13. Gaguski ME, Bruce SD, Brucker E, Leija C, LeFebvre K, Mackey H. Oncology Nurse Generalist Competencies. *Clin J of Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 04]; (21):6. Available from: https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/Oncology_Nurse_Generalist_Competencies_2016.pdf

14. Lubejko B, Good M, Weiss P, Schmieder L, Leos D, Daugherty P. Oncology Clinical Trials Nursing: competencies for the novice. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2019 Oct 04]; Available from: <https://cjon.ons.org/cjon/15/6/oncology-clinical-trials-nursing>

15. Manon L, Naghmeh P. Perceived roles of oncology nursing. *Can Oncol Nurs J* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 04]; 25(4):422-42. Available from: https://www.researchgate.net/publication/283237525_Perceived_roles_of_oncology_nursing

16. Enskär KI. Being an expert nurse in pediatric oncology care: nurses' descriptions in narratives. *J Pediatr Oncol Nurs*. [Internet]. 2012 [cited 2019 Oct 04]; 29(3): 151-60. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043454212446344>

17. McMullen L1, Banman T2, DeGroot JM3, Scott S4, Srdanovic D4, Mackey H. Providing Novice Navigators with a GPS for Role Development: Oncology Nurse Navigator Competency Project. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 04]; 20(1):33-8. Available from: <https://cjon.ons.org/cjon/20/1/providing-novice-navigators-gps-role-development-oncology-nurse-navigator-competency>

18. Santos MF, Santos EMM, Nascimento LC, Pereira SG, Ferreira BR, Miranda DO, et al. Atuação do enfermeiro em oncologia na perspectiva da genética e genômica. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2019 Oct 04]; 22(2):526-533. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200031&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200031>.

19. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2007 [cited 2019 Oct 04]; 60(2):221-224. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>.

20. Oncology Nursing Society. About ONS. [Internet] 2019 [cited 2019 Oct 04]. Available from: <https://www.ons.org/about-ons>

21. Canadian Association of Nurses in Oncology [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 04]. Available from: <https://www.cano-acio.ca>

22. American Association of Colleges of Nursing [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 04]. Available from: <https://www.aacnnursing.org>

23. Wikipédia [Internet]. 2001 [cited 2019 Oct 04]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Patricia_Benner

24. Xavier ECL, Júnior AJSC, Carvalho MMC, Lima FRL, Santana MES. Diagnóstico de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo diagrama de abordagem multidimensional. *Enferm foco.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 18]; 10(2):52-7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1684>. Meneguim S, Ribeiro R.

RECEBIDO EM: 23/09/2019

ACEITO EM 10/12/2019

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Adriana Maria da Silva Felix¹

<https://orcid.org/0000-0002-3559-3729>

Flávia de Oliveira Motta Maia²

<https://orcid.org/0000-0001-5960-3621>

Rosimeire Ângela de Queiroz Soares¹

<https://orcid.org/0000-0002-3752-6634>

Objetivo: sintetizar o conhecimento acerca do ensino da Atenção Primária à Saúde (APS) nas faculdades de enfermagem brasileiras. **Metodologia:** revisão integrativa de literatura que utilizou os portais e bases de dados: BVS, PubMed, CINAHL e Web of Science. Os critérios de inclusão foram artigos originais disponíveis na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol, entre 2007 a 2019. **Resultados:** Foram encontrados 346 artigos dos quais 21 (6,0%) atenderam aos critérios de inclusão. O principal delineamento metodológico foi o qualitativo e as principais abordagens relacionavam-se a conteúdos curriculares, competências profissionais e ao uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. **Conclusões:** Os resultados desta revisão sugerem que as faculdades de enfermagem brasileiras abordam a APS em seus currículos e conduzem seus programas educacionais alinhados à estratégia do acesso universal a saúde e cobertura universal de saúde, com o objetivo de preparar profissionais com o perfil necessário para atender às necessidades da população. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Educação em Enfermagem; Revisão; Currículo; Aprendizagem.

PRIMARY HEALTH CARE AND NURSING EDUCATION IN BRAZIL

Objective: to synthesize knowledge about Primary Health Care (PHC) teaching in Brazilian nursing schools. Method: integrative review of literature that used the portals and databases: BVS, PubMed, CINAHL and Web of Science. Inclusion criteria were original articles available in full, published in Portuguese, English or Spanish, published from 2007 to 2019. Results: We found 346 articles of which 21 (6.0%) met the inclusion criteria. The main methodological delineation was qualitative and the main approaches were related to curricular contents, professional competences and to the use of active teaching-learning methodologies. Conclusion: The results of this review suggest that Brazilian nursing faculties approach PHC in their curricula and conduct their educational programs aligned to the strategy of universal access to health and universal health coverage, with the objective of preparing professionals with the necessary profile to attend needs of the population.

Descriptors: Primary Health Care; Education Nursing; Review; Curriculum; Learning.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN BRASIL

Objetivo: sintetizar el conocimiento acerca de la enseñanza de la Atención Primaria a la Salud (APS) en las facultades de enfermería brasileñas. **Método:** revisión integrativa de literatura que utilizó los portales y bases de datos: BVS, PubMed, CINAHL y Web of Science. Los criterios de inclusión fueron artículos originales disponibles en su totalidad, publicado en portugués, Inglés o Español, de 2007 a 2019. **Resultados:** Se han encontrado 346 artículos de los cuales 21 (6,0%) fueron seleccionados. El principal delineamiento metodológico fue el cualitativo y las principales abordajes fueron contenidos curriculares, competencias profesionales y al uso de metodologías activas de enseñanza-aprendizaje. **Conclusión:** Los resultados sugieren que las facultades de enfermería brasileñas abordan la APS en sus currículos y conducen sus programas alineados a la estrategia del acceso universal y cobertura universal de salud, con el objetivo de preparar profesionales con el perfil necesario para atender a las necesidades de la población.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Educación en Enfermería; Revisión; Currículum; Aprendizagem.

¹Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

²Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
Autor Correspondente: Adriana Maria da Silva Felix - Email: adrianamsfelix1@gmail.com

INTRODUÇÃO

A importância da implementação efetiva dos valores e princípios da estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS) é vastamente reconhecida⁽¹⁻²⁾. Estudos apontam a importância de se estabelecer estratégias que invistam em formação e capacitação de profissionais para atuarem diante dos princípios consistentes com a política nacional de saúde e a reafirmação da APS como modelo integral de saúde, uma vez que a saúde é considerada um direito fundamental de todo ser humano e a APS consiste em uma forma de alcançar a saúde universal e os objetivos de desenvolvimento sustentável⁽¹⁾. Ressalta-se a importância de contar com corpo docente especializado em saúde pública, que garanta a formação de futuros profissionais fundamentados nas estratégias preconizadas pelo SUS. Porém, adotar a Saúde Universal implica em uma série de condições, dentre elas, melhorar a capacidade dos recursos humanos no primeiro nível de atenção⁽¹⁻²⁾.

Os enfermeiros são profissionais essenciais nas equipes de saúde e a APS tem-se mostrado um importante espaço para a sua atuação. Neste cenário, o enfermeiro não só gerencia, coordena e supervisiona a assistência prestada ao cliente, como também presta cuidado direto e integral aos indivíduos sadios ou doentes, famílias e comunidade, desempenhando atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde⁽¹⁻²⁾.

Tendo em vista a importância das funções exercidas pelo enfermeiro na APS, as instituições de ensino superior de enfermagem devem usar metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras, disponibilizar recursos adequados para o ensino, associar teoria à prática, e avaliar periodicamente seus programas de educacionais, com o objetivo de formar enfermeiros competentes para atuar nesse nível da assistência, entre outros aspectos⁽³⁻⁴⁾.

Neste contexto, o Brasil criou em 2007 o Pró-saúde, um programa do Ministério da Saúde que incentiva a aproximação entre a formação de graduação e a necessidade da população, tendo como eixo central a integração ensino-serviço por meio da inserção dos estudantes no cenário real de práticas da APS desde o início de sua formação⁽⁵⁾.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo sintetizar criticamente o conhecimento acerca do ensino da Atenção Primária à Saúde (APS) nas faculdades de enfermagem brasileiras.

METODOLOGIA

Para responder ao objetivo proposto, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), por ser um méto-

do que integra informações conflitantes e/ou coincidentes de diferentes tipos de estudos, bem como identifica temas que necessitam de mais evidências e orientam investigações futuras⁽⁶⁾.

Na condução desse método, as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da questão de pesquisa e objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); categorização dos estudos; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e síntese do conhecimento⁽⁶⁾.

Para guiar esta RIL, utilizou-se a estratégia PCC, onde a população (P) foi determinada pelas faculdades de enfermagem, o conceito (C) como o ensino da Atenção Primária à Saúde e o contexto (C) o Brasil, para a formulação da questão de pesquisa: Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre o ensino da Atenção Primária à Saúde nas faculdades de enfermagem brasileiras?

Os dados foram coletados entre abril de 2018 à julho de 2019. A busca de estudos primários foi realizada por meio da pesquisa online em portais e bases de dados da área da saúde: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Web of Science.

Para proceder com a busca, utilizaram-se os descritores controlados e indexados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Heading (MeSH) e Títulos CINAHL. Foram utilizados operadores booleanos (OR entre descritores sinônimos e AND para a intersecção de descritores) para o cruzamento dos descritores. A estratégia de busca consistiu no seguinte cruzamento: ("Students, Nursing") AND ("Education, Nursing, Baccalaureate" OR "Education, Nursing, Graduate" OR "Education, Nursing, Diploma Programs" OR "Education, Graduate" OR "Education, Nursing" OR "Teaching" OR "education" OR "Curriculum" OR "School Nursing") AND ("Primary Health Care" OR "Community Health Services" OR "Public Health") AND ("Brazil").

Os critérios de inclusão foram: artigos originais disponíveis na íntegra, em idioma inglês, português ou espanhol, que abordavam a temática proposta, publicados no período de 2007 a julho de 2019. A delimitação temporal justifica-se pela publicação do Pró-saúde em 2007⁽⁵⁾. Foram excluídos: citações, editoriais, cartas, artigos de opinião, artigos de revisão, comentários, resumos de anais, publicações duplicadas, teses, dissertações, trabalho de conclusão de curso, livros e capítulos de livros.

Os artigos foram classificados de acordo com o nível de evidências: nível I- as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II- evidências derivadas de pelo menos um ensaio randomizado controlado bem delineado; nível III- evidências obtidas de ensaios bem delineados sem randomização; nível IV- evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V- evidências originárias de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; nível VI- evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII- evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽⁷⁾.

Para o registro dos dados extraídos dos artigos que fizeram parte da presente revisão, foi elaborado um instrumento que contemplou as seguintes informações: ano de publicação, autoria, título do artigo, periódico, delineamento metodológico, principais abordagens e nível de evidência.

O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações PRISMA⁽⁸⁾ e está representado na Figura 1. A síntese dos resultados da revisão foi reali-

zada na forma descritiva.

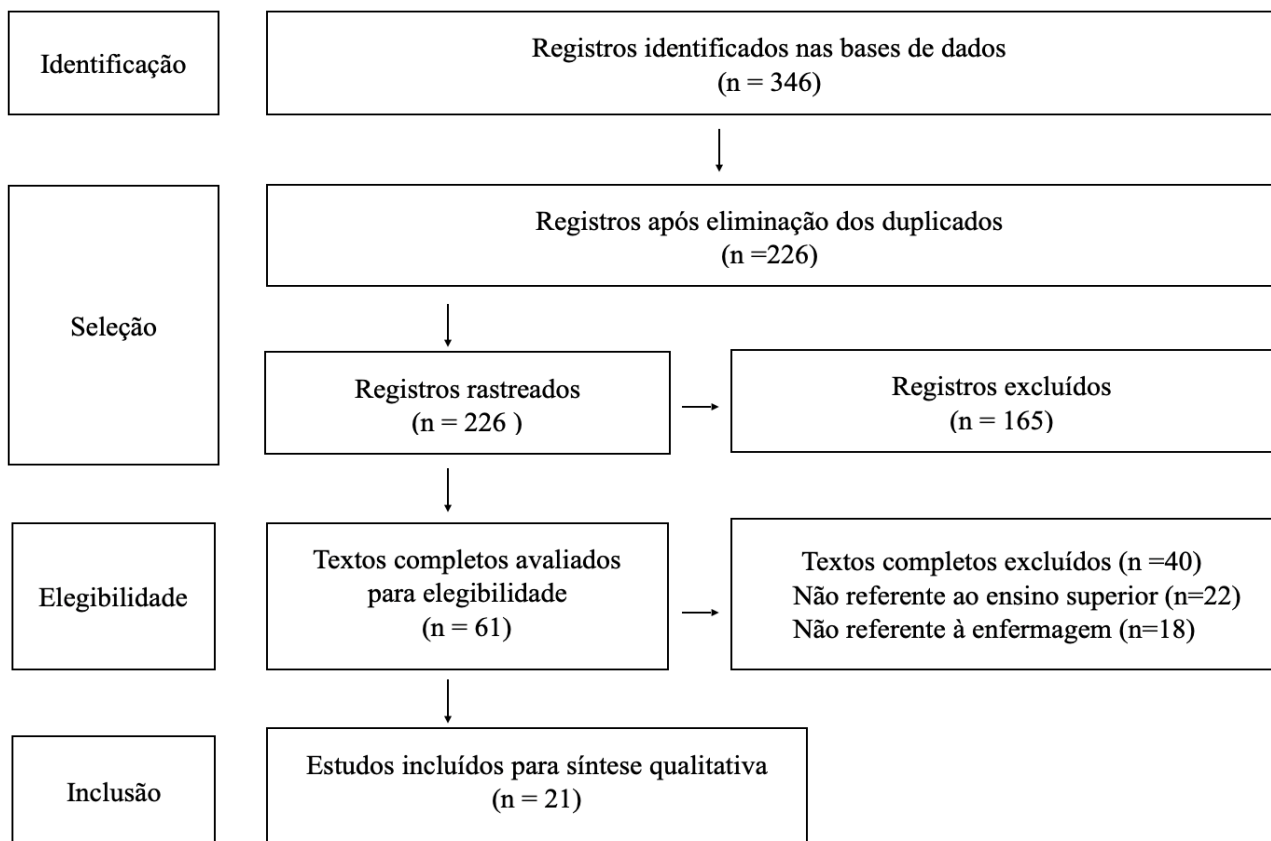
Por se tratar de um estudo que utilizou base de dados de domínio público e por não contemplar a participação de seres humanos como sujeitos de pesquisa, não foi necessário submeter o estudo à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram encontradas 346 referências, das quais 120 foram descartadas por serem duplicadas e 165 por preencherem os critérios de exclusão.

Dos 61 artigos selecionados para a leitura na íntegra, 40 foram excluídos pelos seguintes motivos: artigos que não avaliavam o ensino superior (22); estudos que não contemplavam a enfermagem como principal sujeito de estudo (18). Ao final, vinte e um artigos que continham os termos da pesquisa e atenderam aos critérios de inclusão foram selecionados^(1-4,9-25) (Figura 1). A relação e a análise dos artigos que fizeram parte dessa revisão está apresentada no Quadro 1.

Figura 1. Fluxograma da identificação e processo de seleção dos estudos selecionados para compor a revisão integrativa da literatura. São Paulo, SP, Brasil, 2019.



Quadro 1. Análise dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura, segundo ano de publicação, autoria, título, periódico, método, abordagem e nível de evidência. São Paulo, SP, Brasil, 2019.

ANO	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	MÉTODO	ABORDAGEM	NÍVEL DE EVIDÊNCIA*
2007	Albuquerque et al ⁽⁹⁾	Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso	Rev Bras Educ Médica	Relato de experiência	Conteúdos curriculares	Nível VI
2008	Therrien et al ⁽¹⁰⁾	Formação profissional: mudanças ocorridas nos Cursos de Enfermagem, CE, Brasil	Rev Bras Enferm	Estudo teórico	Conteúdos curriculares	Nível VI
2009	Souza Costa et al ⁽¹¹⁾	Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro.	Rev Bras Enferm	Exploratório qualitativa	Conteúdos curriculares; competências profissionais; uso de metodologia ativa de ensino-aprendizagem.	Nível VI
2010	Silva et al ⁽¹²⁾	Processo de formação da (o) enfermeira (o) na Contemporaneidade: desafios e perspectivas	Texto Context-Enferm	Estudo teórico	Conteúdos curriculares	Nível VI
2010	Rodrigues et al ⁽¹³⁾	Funções essenciais de saúde pública no currículo de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	Rev Esc Enferm USP	Estudo de caso qualitativo	Conteúdos curriculares; competências profissionais.	Nível VI
2010	Souza Costa et al ⁽¹⁴⁾	Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Exploratório qualitativa	Conteúdos curriculares; competências profissionais; uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Nível VI
2011	Silva et al ⁽¹⁵⁾	Formação em Enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica.	Rev Bras Enferm	Pesquisa documental	Conteúdos curriculares; competências profissionais.	Nível VI
2011	Montenegro et al ⁽¹⁾	Aspectos que facilitam ou dificultam a formação do enfermeiro em atendimento primário à saúde	Invest Educ Enferm	Estudo qualitativo	Conteúdo curricular; uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Nível VI
2011	Medeiros et al ⁽¹⁶⁾	Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde.	Texto Context-Enferm	Exploratório	Conteúdos curriculares; competências profissionais; uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Nível VI
2011	Haddad AE ⁽¹⁷⁾	A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS	Rev Esc Enferm USP	Exploratório	Conteúdos curriculares; competências profissionais.	Nível VI
2012	Rodrigues et al ⁽¹⁸⁾	Estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica: o planejamento dialógico como dispositivo do processo ensino-aprendizagem.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Descritivo qualitativo	Conteúdos curriculares; uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Nível VI

2012	Oliveira et al ⁽¹⁹⁾	Educação continuada para profissionais de saúde de uma unidade de atenção primária à saúde de Juiz de Fora por estagiários de enfermagem.	Revista de APS- -Atenção Primária à Saúde	Descritivo	Conteúdos curriculares.	Nível VI
2012	Witt et al ⁽²⁰⁾	Estruturando ações de enfermagem no PET-Saúde da Família.	Revista de APS- -Atenção Primária à Saúde	Descritivo	Conteúdos curriculares.	Nível VI
2013	Fernandes et al ⁽³⁾	Aderência de curso de graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde	Rev Esc Anna Nery	Qualitativo	Conteúdos curriculares	Nível VI
2013	Arantes et al ⁽²¹⁾	Cuidado coletivo na Atenção Primária à Saúde: concepções de graduandos de enfermagem	Rev. enferm. UERJ	Descritivo qualitativo	Conteúdos curriculares; competências profissionais.	Nível VI
2013	Miranda et al ⁽²²⁾	Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência	Rev Enferm UFPE	Descritivo	Conteúdos curriculares; competências profissionais.	Nível VI
2014	Carácio et al ⁽²³⁾	A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária.	Ciênc. saúde coletiva	Exploratório qualitativo	Conteúdos curriculares; competências profissionais; uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Nível VI
2015	Hermida et al ⁽⁴⁾	Metodologia ativa de ensino na formação do enfermeiro: inovação na Atenção Básica	Rev Enferm UFSM	Descritivo	Uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Nível VI
2015	Regis et al ⁽²⁾	O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências	Rev Bras Enferm.	Descritivo	Competências profissionais	Nível VI
2016	Lima et al ⁽²⁴⁾	A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do(a) enfermeiro(a).	J. res.: fundam. care.	Descritivo	Conteúdo curricular	Nível VI
2016	Brehmer et al ⁽²⁵⁾	O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções	Interface	Qualitativo	Conteúdo curricular; Competências profissionais	Nível VI

*Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia (USA): Lippincot Williams & Wilkins. 2005⁷.

Todos os artigos foram publicados por periódicos revisados por pares. Quanto ao delineamento metodológico, nota-se o predomínio dos métodos qualitativos e descritivos, com nível de evidência VI (Quadro 1). No que diz respeito às abordagens, foram encontrados três temas: aspectos

curriculares; competências profissionais e metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Quadro 1)

Competências profissionais

Entende-se por competência a capacidade de aplicar, de forma adequada, conhecimentos, habilidades e atitudes, em um determinado contexto, visando alcançar um determinado resultado⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Na APS, a assistência à saúde é prestada em um ambiente dinâmico sujeito à mudanças

frequentes e o desenvolvimento de determinadas competências durante o processo de formação do enfermeiro visa prepará-lo para atuar neste cenário e a lidar com os desafios impostos^(13,21).

De acordo com estudos, as instituições de ensino devem formar profissionais generalistas, críticos, humanistas, reflexivos, éticos e qualificados para exercer atividades de promoção e recuperação da saúde, e prevenção de doenças^(11,13-15,22-23).

A formação deve priorizar o ensino do atendimento ao indivíduo, família e comunidade em situações de saúde e doença⁽²⁾, e habilidades para gerar mudanças no comportamento das pessoas para que estas adotem um estilo de vida mais saudável⁽²⁵⁾.

Vários estudos evidenciam que os enfermeiros devem ser preparados para conhecer a situação de saúde de seu país, a estrutura dos serviços de saúde, os problemas sociais e de saúde da população^(13,21-22), além de desenvolver habilidades técnico-políticas para implementar novas propostas de ações de atenção à saúde^(11,15).

A literatura também aponta para formação de profissionais que saibam trabalhar de forma inter e multidisciplinar^(14,16,21,23), que tenham conhecimentos sobre epidemiologia e vigilância em saúde^(13,17), pesquisa^(11,13), comunicação⁽¹³⁻¹⁴⁾, educação^(15,17-21), administração e gestão em saúde⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Dentro das competências gerenciais e administrativas, o enfermeiro deve ter conhecimento sobre políticas de saúde, articulação e negociação⁽¹⁴⁾, habilidades para a tomada de decisão e liderança^(11,15). Porém, um estudo evidenciou que durante a graduação, o ensino de atividades gerenciais e administrativas era restrito ao enfoque hospitalar⁽¹⁶⁾.

Aspectos curriculares

Estudos descrevem que as instituições de ensino devem estabelecer seus currículos de acordo com as necessidades, estágios de vida da população e contexto de saúde do país^(3,9,25), fazendo-se necessário contemplar o ensino de ciências biológicas, humanas, sociais, de saúde e ciências da enfermagem^(9-11,13-15,17-24).

Estudo aponta que as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), desenvolvidas pela OPAS em 2002, descrevem 11 funções que representam as responsabilidades e atribuições mais relevantes para a prática da saúde pública, e que podem ser utilizadas para desenhar os projetos políticos-pedagógicos (PPP) dos cursos de graduação em enfermagem⁽¹³⁾.

Além de conteúdos, estudos apontam que o currículo deva ser distribuído de forma simétrica, ou seja, deve haver um equilíbrio entre as disciplinas da área clínica e coletiva,

proporcionando tanto a formação técnica quanto crítica do aluno^(14,16-17).

Outro aspecto importante refere-se à rápida inserção do aluno nos campos de prática⁽²¹⁻²³⁾ e a oferta de atividades extracurriculares⁽¹⁹⁾, uma vez que são consideradas estratégias que ajudam o aluno a fazer a articulação ensino-trabalho^(14,22), e melhoram a experiência vivenciada pelo aluno^(1,14,14,18-20,23).

Pesquisa descreve que o desenvolvimento e a avaliação curricular são processos dinâmicos e importantes para a formação dos enfermeiros; logo, deve-se envolver Associações de Classe e órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, para assegurar a formação de um profissional competente para atuar na APS⁽¹¹⁾.

Metodologias ativas de ensino-aprendizagem

Professores e preceptores desempenham um papel importante na formação dos futuros enfermeiros. Os alunos de enfermagem se sentem mais seguros quando os professores possuem experiência em APS, quando apoiam e incentivam os alunos a conhecerem e praticarem as rotinas de trabalho, e quando utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem^(1,11,14,18,23).

Neste sentido, iniciativas que desenvolvam o pensamento crítico e a solução de problemas devem ser promovidas e encorajadas^(11,14,16,18). A utilização das estratégias ativas de ensino-aprendizagem aproximam o futuro enfermeiro das necessidades de saúde locais, regionais e nacionais^(4,11,18,23), enquanto que os temas de saúde devem ser abordados de modo que as áreas básicas sirvam como referência para a busca de conhecimentos voltados à solução de problemas^(14,16).

Observa-se, todavia, que em algumas instituições de ensino superior as atividades docentes ainda são predominantemente tradicionais, e as inovações nos processos didáticos ainda são incipientes, o que pode comprometer a formação do enfermeiro generalista^(14,18).

DISCUSSÃO

Ao analisarmos as principais abordagens encontradas nos artigos incluídos nesta revisão, evidenciam-se avanços no que diz respeito à atualização de planos curriculares para atender aos preceitos da APS. Assim, observa-se o fortalecimento dos conteúdos de ciências sociais, diversificam-se os locais onde se realizam os estágios, e se iniciam atividades práticas ainda no primeiro ano de graduação⁽⁸⁻²⁵⁾. No entanto, este resultado não é homogêneo, uma vez que algumas instituições de ensino sustentam o

modelo biomédico e usam metodologias tradicionais de ensino-aprendizagem⁽¹⁴⁾.

Outro aspecto que merece atenção é a relação de parceria entre a instituição de ensino e o serviço de saúde para favorecimento da formação prática, objetivando que as oportunidades de aprendizagem não ocorram de forma fragmentada. Instituições que investiram neste tipo de parceria mostraram resultados enriquecedores tanto para os aprendizes como para os serviços de saúde^(8,10,19,25).

Além das parcerias ensino-serviço, estudos apontam que os currículos devem ser organizados por competências, serem integrados e estarem em sintonia constante com a realidade^(11,20,24).

Com relação às competências profissionais, observa-se que as instituições de ensino têm se empenhado em formar enfermeiros generalistas, críticos, humanistas e comprometidos com as necessidades sociais. Além disso, devem investir em estratégias que favoreçam a interlocução entre instituições de ensino e de saúde, proporcionando atividades interprofissionais, que proporcionem responsabilidade compartilhada com a equipe e comunidade⁽²⁴⁻²⁵⁾.

No que tange às estratégias de ensino-aprendizagem, recomenda-se a utilização de metodologias ativas que instiguem o aluno a refletir sobre a realidade e a descobrir soluções criativas e cooperativas para problemas de saúde reais⁽¹⁾.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ressalta-se, como limitações do estudo, a delimitação de artigos produzidos somente pelo Brasil, o que impossibilitou a comparação do tema de interesse com outros países; a falta de artigos de literatura cinzenta que pode ter limitado o número de artigos recuperados e; os estudos primários incluídos na revisão que apresentaram baixo nível de evidência, indicando a necessidade de desenvolver estudos com delineamentos mais robustos, que forneçam subsídios para a tomada de decisão.

tação de artigos produzidos somente pelo Brasil, o que impossibilitou a comparação do tema de interesse com outros países; a falta de artigos de literatura cinzenta que pode ter limitado o número de artigos recuperados e; os estudos primários incluídos na revisão que apresentaram baixo nível de evidência, indicando a necessidade de desenvolver estudos com delineamentos mais robustos, que forneçam subsídios para a tomada de decisão.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados desse estudo despertam a atenção para a necessidade de aumentar as investigações sobre o tema, capazes de gerar novos conhecimentos, levantar questionamentos, e que possam de alguma forma, contribuir para o avanço do conhecimento sobre a formação atual do enfermeiro em APS.

CONCLUSÃO

As evidências sugerem que o ensino de enfermagem em APS é um ponto crucial para alcançar a saúde universal. Assim sendo, as implicações dos resultados desta revisão para o ensino consideram que as faculdades de enfermagem devam conduzir programas educacionais alinhados à estratégia do acesso universal a saúde e cobertura universal de saúde, com o objetivo de preparar profissionais com o perfil necessário para atender às necessidades da população de seu país.

REFERÊNCIAS

- Montenegro LC, Brito MJM. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação do enfermeiro em atendimento primário à saúde. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2011 [acessão em: 13 mai. 2018];29(2):238-47. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105222400009.pdf>
- Regis CG, Batista NA. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 set-out [acesso em: 20 abr. 2019];68(5):830-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510i>
- Fernandes JD, Silva RMO, Teixeira GA, Florêncio RMS, Silva LS, Rebouças LCC. Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013 [acesso em: 10 set 2018]; 17(1):82-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-814520130001000012>.
- Hermida PMV, Barbosa SS, Heidemann ITSB. Metodologia ativa de ensino na formação do enfermeiro: inovação na Atenção Básica. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 Out./Dez. [acesso em 10 nov 2018];5(4): 683-691. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216920>
- Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde. 2007. 86 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto- enferm.* [Internet]. 2008 Out-Dez [acesso em 11 jun. 2018];17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins. 2005.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred

- Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. Adaptado para a língua portuguesa. *PLoS Med.* 2009; 6(7): e1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
9. Albuquerque VS, Tanji S, Silva CMLMD, Moço ETM, Felipe KC, Miranda JFA. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Rev bras ed med* [Internet]. 2007 [acesso em: 15 out.2018]; 31(3): 296-303. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/13.pdf>
10. Therrien SMN, Barreto MC, Almeida MI, Moreira TMM. Formação profissional: mudanças ocorridas nos Cursos de Enfermagem, CE, Brasil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 maio-jun [acesso em: 10 out.2018]; 61(3): 354-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300013>.
11. Souza Costa RK, Nunes de Miranda FA. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2009 [acesso em: 22 mai 2018];62(2):300-304. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200021>
12. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. O processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 Jan-Mar [acesso em: 15 out.2018]; 19(1): 176-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000100021>.
13. Rodrigues CDS, Witt RR. Funções essenciais de saúde pública no currículo de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [acesso em: 22 mai. 2018] ;44(1): 84-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a12v44n1.pdf>
14. Souza Costa RK, Nunes de Miranda FA. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]. 2010 [acesso em 22 mai. 2018];14(1):39-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200021>.
15. Silva MJ, Sousa EM, Freitas CL. Formação em Enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em: 22 mai. 2018]; 64(2):315-321. Disponível: [Document2http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200015](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200015).
16. Medeiros VC, Peres AM. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. *Texto context- enferm* [Internet]. 2011 [acesso em: 22 mai.2018] ;20(Esp):27-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500003>.
17. Haddad AE. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. *Rev. Esc Enferm USP* [Internet] 2011 [acesso em 22 mai. 2018];459(Esp.2):1803-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000500003>.
18. Rodrigues LMS, Tavares CMM. Estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica: o planejamento dialógico como dispositivo do processo ensino-aprendizagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2012 [acesso em: 22 mai. 2018];13(5):1075-83. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027984012.pdf>
19. Oliveira JLT, Candiá MR, Leopoldo MLA. Educação continuada para profissionais de saúde de uma unidade de atenção primária à saúde de Juiz de Fora por estagiários de enfermagem. *Revista de APS-Atenção Primária à Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em: 22 mai. 2018];15(3):368-373. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1510/669>
20. Witt RR, Duro CLM, Henrique RF. Estruturando ações de enfermagem no PET-Saúde da Família. *Revista de APS-Atenção Primária à Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em: 22 mai. 2018];15(4):522-526. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1271/685>
21. Arantes CIS, Camacho GA, Ribeiro AA, Verardino RGS. Cuidado coletivo na Atenção Primária à Saúde: concepções de graduandos de enfermagem. *Rev enferm. UERJ*. [Internet]. 2013 [acesso em: 22 mai. 2018];21(Esp.2):772-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a13.pdf>
22. Miranda LCV, Silveira MR, Chianca TCM, Vaz RMF. Sistematização da assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência. *Rev enferm UFPE online* [Internet]. 2013 [acesso em: 22 mai. 2018];7(1):295-301. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10233p295-301-2013>
23. Carácio FCC, Conterno LO, Oliveira MAC, Oliveira ACH, Marin MJS, Braccialli LAD. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em: 22 mai. 2018]; 19(7):2133-2142. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08762013>.
24. Lima CA, Rocha JFD, Leite MTS, Santos AGP, Rodrigues BG, Lafetá AFM. A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do(a) enfermeiro(a). *J. res.: fundam. care. online* [Internet]. 2016 Out./Dez. [acesso em: 22 mai. 2018];8(4):5002-5009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5002-5009>
25. Brehmer LCF, Ramos FRS. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. *Interface Comunicação, saúde educação*. [Internet]. 2016 [acesso em: 20 out.2018]; 20(56):135-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0218>

Recebido 21/10/2019 – Aprovado 11/12/2019

UM OLHAR À LUZ DA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Benedito Fernandes da Silva Filho¹

Caroline Borges Duque¹

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery¹

Sérgio Donha Yarid¹

<http://orcid.org/0000-0003-2464-9958>

<http://orcid.org/0000-0003-0961-1097>

<http://orcid.org/0000-0002-7823-9498>

<http://orcid.org/0000-0003-0232-4212>

Objetivo: Refletir acerca da aplicabilidade dos princípios da Bioética Principlista no trabalho do enfermeiro que atua no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Metodologia:** Trata-se um estudo reflexivo teórico-conceitual baseado na Bioética Principlista e na Declaração sobre Ética dos Serviços Médicos de Urgência, relacionando-os com as condutas do enfermeiro no serviço. **Resultados:** Elencaram-se seis tópicos para discussão e, com isso, identificaram-se os Princípios Bioéticos que embasam o atendimento às vítimas. Além disso, buscou-se como tais padrões de condutas norteiam o atendimento aos usuários em relação às intervenções do enfermeiro, impactando diretamente na qualidade assistencial. **Conclusão:** O desenvolvimento do processo de trabalho do enfermeiro regulado na Bioética Principlista distingue o quanto é importante o desenvolvimento de virtudes associadas às competências e habilidades técnicas. O compromisso e a responsabilidade Bioética não devem ser negligenciadas no atendimento dos serviços de saúde em especial aos da urgência, como no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Descritores: Bioética; Ética Baseada em Princípios; Serviços Médicos de Emergência; Ambulância; Enfermagem.

A LOOK IN THE LIGHT OF PRINCIPLE BIOETHICS AT THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

Objective: To reflect on the applicability of the principles of Bioethics in the work of nurses working in the Mobile Emergency Care Service.

Methodology: This is a theoretical-conceptual reflective study based on the Principle Bioethics and the Declaration of Ethics of the Emergency Medical Services, relating them to the conduct of nurses in the service. **Results:** We listed six topics for discussion and thus identified the Bioethical Principles that underlie the care of victims and know how they guide the care of users in relation to nurse interventions, reflecting directly on the quality of care. **Conclusion:** The development of the regulated nurse work process in Principle Bioethics distinguishes how important is the development of virtues associated with technical competencies and skills. Bioethical commitment and responsibility should not be neglected in the care of health services, especially those of urgency as in the Mobile Emergency Care Service.

Descriptors: Bioethics; Principle-Based Ethics; Emergency Medical Service; Ambulances; Nursing.

UNA MIRADA A LA LUZ DE PRINCIPLE BIOETHICS EN EL SERVICIO MÓVIL DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Objetivo: Reflexionar sobre la aplicabilidad de los principios del Principio de Bioética en el trabajo de las enfermeras que trabajan en el Servicio Móvil de Atención de Emergencia. **Metodología:** Este es un estudio reflexivo teórico-conceptual basado en el Principio de Bioética y la Declaración de Ética de los Servicios Médicos de Emergencia, relacionándolos con la conducta de las enfermeras en el servicio.

Resultados: Enumeramos seis temas para el debate y, por lo tanto, identificamos los Principios bioéticos que subyacen a la atención de las víctimas y saber cómo guían la atención de los usuarios en relación con las intervenciones de enfermería, reflejando directamente en la calidad de la atención. **Conclusión:** El desarrollo del proceso de trabajo de enfermería regulado en Principio Bioética distingue la importancia del desarrollo de las virtudes asociadas con las competencias y habilidades técnicas. El compromiso y la responsabilidad bioética no deben descuidarse en la atención de los servicios de salud, especialmente los de urgencia como en el Servicio móvil de atención de emergencia.

Descritores: Bioética; Ética Basada en Principios; Servicios Médicos de Urgencia; Ambulancias; Enfermería.

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia.

Autor correspondente: Benedito Fernandes da Silva Filho – E-mail: ditofilho13@gmail.com

INTRODUÇÃO

Por volta do ano 2000, foi implantado, no Brasil, pelo Governo Federal, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), considerado o principal componente móvel da rede de atenção às urgências. Por ora, o principal objetivo do SAMU é reduzir as sequelas decorrentes da demora no atendimento e o tempo de hospitalizações, bem como, reduzir de forma significativa o número de óbitos⁽¹⁾.

O SAMU dispõe-se sobre um modelo assistencial, o qual tem padronização operativa regulada por meio de uma central telefônica com discagem gratuita pelo número 192, além de possuir uma regulação médica descentralizada, hierarquizada e regionalizada. Há, assim, um sistema de atendimento de socorro normatizado, mediante a complexidade das situações de emergência que definirão os tipos de unidade e a atribuição de recursos que serão utilizados.

Desta forma, como uma modalidade de assistência emergencial que ganha destaque pelas suas particularidades, o SAMU realiza o Atendimento Pré-hospitalar (APH) precocemente à vítima, com chegada posterior à ocorrência de uma injúria à sua saúde de diversas naturezas, entre elas: cirúrgica, clínica, traumática, psiquiátrica, obstétrica, pediátrica, dentre outras, as quais possam provocar sequelas, sofrimentos, ou até mesmo óbitos, sendo considerado um atendimento indispensável. Portanto, oferta-se à vítima atendimento e/ou transporte adequado a um serviço integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS)^(1,2).

O SUS foi promulgado pela Constituição Federal de 1988⁽³⁾ e ratifica a saúde como um direito universal. Destaca-se que, de acordo com essa universalidade de acesso, existem inúmeras situações que geram reflexões e/ou conflitos éticos e bioéticos que merecem discussão para uma abordagem assistencial mais humanizada.

Nesse sentido, a bioética estuda a moralidade da conduta humana no campo das ciências da vida. Assim, pode ser relacionada como a ética dos profissionais de saúde no seu exercício laboral, pela sua relação com o processo saúde/doença dos seres humanos. Também denominada de ética biomédica, perpassa pelos dilemas morais relacionados à prática biomédica frente ao desenvolvimento tecnológico e às questões político-sociais⁽⁴⁾.

Com a publicação do documento Belmont Report, percebe-se que as concepções bioéticas expandiram-se na área biomédica, principalmente no campo da pesquisa, propondo, inicialmente, três princípios fundamentais: respeito à autonomia, beneficência e justiça. Acredita-se que por uma melhor discussão ética no campo da clínica assistencial, surgiu, em 1979, a publicação do livro *Principles of biomedical ethics*, ampliando os três princípios acima

elencados pelo Relatório Belmont, para o quarto princípio, denominado de não maleficência. Dessa forma, estabeleceu-se o chamado Princípio Bioético ou a Bioética Princípioalista⁽⁵⁾. Diante do exposto, o estudo tem como objetivo refletir acerca da aplicabilidade dos princípios da Bioética Princípioalista no trabalho do enfermeiro que atua no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

METODOLOGIA

Trata-se um estudo reflexivo teórico-conceitual construído a partir de inquietações profissionais sobre a aplicação da bioética no serviço de Urgência pelo enfermeiro. No intuito de fundamentar a reflexão, utilizaram-se os pilares da Bioética Princípioalista e da Declaração sobre Ética dos Serviços Médicos de Urgência, relacionando-os com as condutas do enfermeiro no APH por meio do SAMU.

Desse modo, a seguinte reflexão está organizada de acordo com seis tópicos: Rotina do enfermeiro no SAMU, baseado na vivência profissional na Regional Camaçari, Bahia; Perspectivas da Bioética Princípioalista; Princípio da Autonomia; Princípio da Beneficência; Princípio da Não-Maleficência e Princípio da Justiça.

Rotina do enfermeiro no SAMU

O enfermeiro, após assumir o plantão, realiza as atividades de rotina e aguarda o disparo para os atendimentos das solicitações oriundas da central de regulação do SAMU. Na Regional Camaçari, o enfermeiro é parte integrante da Equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida, juntamente com o condutor socorrista e o médico intervencionista. A saída da Unidade de Suporte Avançado - USA ocorre mediante autorização da central de regulação.

No local do atendimento, é realizada a abordagem para estabilização ou remoção, tendo, a todo momento, o médico regulador orientando as demandas técnicas e gestoras proveniente do atendimento. Nos atendimentos realizados pela USA, visando ao menor tempo-resposta, se o atendimento evoluiu para estabilização do paciente e indicação de remoção, o médico ou o enfermeiro informa ao regulador o atual quadro clínico do paciente e, com base nestes dados, o médico regulador tomará sua decisão e fará contato com o serviço especializado adequado, oficializando a regulação da vaga.

Com a vaga autorizada, a USA dirige-se ao destino de referência, entregando o paciente aos profissionais responsáveis, seguindo todas as recomendações do protocolo e normas da regulação. No retorno à base, deve concluir as anotações necessárias na ficha de atendimento, a qual equivale ao prontuário do paciente de qualquer estabele-

cimento de saúde, higienização da ambulância e reposição dos materiais e medicamentos utilizados ⁽⁶⁾.

Embora as atividades do cuidado sejam predominantes, o enfermeiro do SAMU Regional Camaçari, desenvolve ações gerenciais e educativas. Corroborando com a pesquisa de Luchtemberg e Pires: “as ações de cuidado são diversificadas, predominando ações de cuidado direto aos pacientes/usuários, as quais vão desde a avaliação da cena da ocorrência, até a realização de diversos procedimentos ^(7:217)”. Ainda, na dimensão do cuidar, os acompanhantes/familiares são acolhidos e, quando necessário, atendidos pela equipe.

No processo de trabalho do enfermeiro, as atividades administrativo/gerencial não se dissociam das assistenciais, sendo realizadas todas as ações de provisão de materiais e suprimentos para ambulâncias, preenchimento de formulários e outros impressos essenciais para o controle e avaliação do serviço. O papel educativo é realizado na dimensão das orientações a toda comunidade sobre o funcionamento e acionamento coerente do serviço.

Perspectivas da Bioética Principlista

Tendo como fundamentação a bioética de Potter que reporta às intervenções do homem sobre a vida e a natureza e a de Hellegers que elucidava as influências da ciência sobre a saúde do indivíduo, o primeiro modelo de bioética surge, concomitante, com a necessidade de orientação na conduta frente aos dilemas éticos, especialmente nas ciências médicas, originado os quatro princípios (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça). Assim, denomina-se Bioética Principlista ⁽⁴⁾.

Baseada na Bioética Principlista, a Declaração sobre a Ética dos Serviços Médicos de Urgência ⁽⁹⁾, aprovada por unanimidade pelos participantes durante II Jornada de Emergência Médica, em Lisboa, em 7 de dezembro de 1990, estabeleceu que os Sistemas Mundiais de Ajuda Médica de Urgência devem obedecer aos princípios fundamentais dos Direitos do Homem. Deste modo, busca-se reportar esses quatro Princípios no APH realizado pelo SAMU.

Princípio da Autonomia

O trabalho do enfermeiro no SAMU é caracterizado por constantes desafios que geram oportunidades de aprendizado e satisfação, mas, por se tratar de um serviço de urgência, é cercado de ações de alta complexidade, gerando situações de estresse e possibilidade de negligência ao princípio da autonomia.

Trata-se do primeiro princípio citado pela Declaração Ética dos Serviços Médicos de Urgência de Lisboa ⁽⁹⁾, de-

vendo a autonomia do usuário ser respeitada de maneira absoluta, sua liberdade de escolha mesmo nos casos de urgências. Além disso, destaca-se que os cuidados prestados devem valorizar a autonomia dos usuários no sentido físico-psico-social. No entanto, observa-se que tal valorização nem sempre é praticável pelos profissionais de saúde, principalmente, quando o usuário se encontra numa unidade de internação intensiva ⁽⁹⁾.

Não obstante, é notório que enfermeiro do SAMU, ao realizar o atendimento primário ou secundário, deve respeitar a autonomia do paciente/usuário em todos os procedimentos, no transporte, e até mesmo na recusa do atendimento. Entretanto, deve identificar as alterações de comportamento que indiquem se o paciente está prejudicado em sua capacidade de decisão, como a intoxicação etílica ou por outras drogas, as quais causem alterações do nível de consciência. Cabe ao enfermeiro e equipe explicar a importância do atendimento para o restabelecimento de sua condição de saúde, tranquilizando-o. Na perseverança da recusa, deve ser oficializada na ficha de atendimento com assinatura do paciente/usuário ou alguma testemunha ⁽⁶⁾.

Princípio da Beneficência

A vivência como enfermeiro no SAMU Regional Camaçari permitiu compreender o quanto é importante e especializado o Atendimento Pré-Hospitalar. Para atuar no SAMU, o enfermeiro necessita de conhecimento e habilidade técnica específica para prestar um atendimento dinâmico e eficiente. Esta responsabilidade está voltada à beneficência. Isso significa que todo ato ético deve beneficiar tanto o enfermeiro como o paciente. Neste contexto, a beneficência reporta-se a uma ação realizada em benefício do outro, em promover ou fazer o bem ⁽⁴⁾.

No SAMU, o enfermeiro executa o atendimento baseado no princípio da beneficência, visando sempre o benefício do paciente/usuário, tendo como base a Declaração Ética dos Serviços Médicos de Urgência de Lisboa ⁽⁹⁾, com destaque ao dever de maximizar os benefícios de saúde e alcançar a melhor qualidade assistencial. A beneficência também é considerada na disponibilidade de pontos de atenção para receber, de forma efetiva, o paciente vítima de urgências, configurando-se, desta forma, o dever do Estado em garantir a segurança e promover a saúde do cidadão. Destacam-se, como pontos de apoio, as Unidades Hospitalares, Centros de Orientação de Doentes Urgentes, Serviços Móveis de Emergência e Reanimação, dentre outros que assegurem a assistência necessária e efetiva durante 24 horas ⁽⁹⁾.

Aqueles que solicitaram ou receberam o atendimento pautado na beneficência conhecem a dimensão de seu significado. Somente o paciente/usuário que sofreu um agravo pode dimensionar o quanto ser objeto da beneficência foi decisivo para sua sobrevivência e a minimização de sequelas. Tal perspectiva é possível, atendendo às seguintes regras básicas: proteger e defender o direito do outro; evitar que outros sofram danos; eliminar as condições que causarão danos; ajudar pessoas inaptas e socorrer as pessoas que estão em perigo⁽¹⁰⁾.

Princípio da Não-Maleficência

No atendimento ao paciente/usuário, o enfermeiro do SAMU deve usar o acolhimento como estratégia de estabelecimento de vínculo. É muito importante apresentar-se, informar que está ali para ajudar, emitindo palavras de encorajamento e otimismo. A não-maleficência na comunicação enfermeiro-paciente é a ponte entre os procedimentos e as explicações, minimizando prejuízo aos agravos/à doença em si. Além disso, o entendimento que o princípio da não-maleficência se refere ao comprometimento de evitar causar danos e prejuízos⁽⁴⁾ é um reconhecimento da sua homogeneidade com o princípio da beneficência.

O terceiro princípio da Declaração Ética dos Serviços Médicos de Urgência de Lisboa⁽⁹⁾ destaca que os profissionais de saúde devem reduzir, ao mínimo possível, os prejuízos resultantes de procedimentos necessários nas situações de urgência, pois tratam-se de procedimentos com maior grau de risco.

Nessa perspectiva, guiado pelo princípio da não-maleficência, o enfermeiro do SAMU não pode realizar ações e/ou transportes sem as condições de trabalho necessários para o desenvolvimento de suas atividades profissionais. O trabalho do enfermeiro do SAMU deve estar pautado na competência e em habilidades técnicas, numa comunicação efetiva e, por fim, na preocupação com a acomodação e transporte, desta maneira, atendendo as expectativas do paciente e acompanhantes/familiares. Vale ressaltar que a atuação do enfermeiro do SAMU está pautada em deveres definidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, como a prestação de uma assistência de Enfermagem isenta de danos procedentes de imperícia, negligência ou imprudência⁽⁸⁾, os quais estão fundamentadas no princípio hipocrático “primeiro não causar dano” do qual deriva o princípio de não-maleficência⁽⁹⁾.

Princípio da Justiça

O enfermeiro, como profissional integrante do APH do SAMU, pode vivenciar o princípio da justiça ao realizar o

acolhimento, a classificação de risco e a intervenção adequada, correlacionando com o quarto princípio da Declaração Ética dos Serviços Médicos de Urgência de Lisboa⁽⁹⁾, que visa a distribuição de ajuda de forma justa, ofertando assistência a todos que tenham necessidade.

O princípio da justiça ocupa um papel protagonista no SAMU, uma vez que o envio do recurso e o atendimento em lócus deve obedecer a equidade na distribuição de recursos, na intervenção e na igualdade de acesso aos serviços de referência. A igualdade de direitos entre os indivíduos estabelece que os enfermeiros do SAMU realizem o máximo de atendimentos de urgência ao maior número de pacientes/usuários que deles necessitam, com qualidade. Na parte gerencial, o enfermeiro desenvolve atividades que visam uma otimização dos recursos materiais e equipamentos, oportunizados a continuidade do APH.

O princípio de justiça envolve uma série de questões de ordem, social, política e econômica. Portanto, vislumbra um princípio polêmico e complexo para vários autores. Por ora, o que fica evidente é a concepção, para o enfermeiro, que o SAMU e o atendimento realizado por ele, deve pautar-se no respeito, honestidade e na justiça.

Limitações do estudo

Destaca-se como limitação a impossibilidade de promover uma discussão direta com resultados de estudos, de outros autores, em virtude da escassez de estudos que abordam a temática em um serviço móvel de urgência.

Contribuições do estudo para a prática

Pode-se considerar que esse é um estudo pioneiro e atual que traz a aplicabilidade dos princípios da Bioética Principialista no trabalho do enfermeiro que atua no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Nesta perspectiva, a presente reflexão vislumbra melhorar a compreensão acerca da utilização dos princípios da bioética principialista no trabalho do enfermeiro frente ao SAMU. Espera-se que as reflexões contidas nesta pesquisa agreguem valores ao trabalho do enfermeiro e contribuam para uma melhor assistência aos pacientes atendidos pelo SAMU. Além disso, abre-se mais um espaço de debate para o campo da bioética e instiga-se que mais estudos sejam desenvolvidos na perspectiva de conhecer com maior profundidade os aspectos bioéticos envolvidos e como os enfermeiros realizam a aplicabilidade de seus princípios.

Considerações finais

Na presente reflexão, observou-se que o processo de trabalho do enfermeiro que atua no APH do SAMU, pautado

na bioética principialista, evidencia o quanto é importante o desenvolvimento de virtudes, associando-as às competências e habilidades técnicas. O compromisso e a responsabilidade bioética não devem ser negligenciadas no atendimento dos serviços de saúde, em especial, nos da urgência como no APH do o SAMU.

Torna-se evidente que o enfermeiro respeita o paciente/usuário como cidadão e aos seus direitos, garantindo o acolhimento e a classificação de risco no atendimento. Destaca-se, também, o cuidado no amparo aos familiares dos usuários que estão envolvidos emocionalmente no evento, por este ser inesperado e imbuído de tensão.

A qualidade do atendimento prestado e as ações do enfermeiro devem ter como finalidade principal trazer benefícios para o usuário, ao promover um cuidado dinâmico, eficiente, seguro e sem danos. Ao realizar atualização

profissional técnica e em bioética para assistência de enfermagem no APH do SAMU, o enfermeiro passa a se conscientizar que sua atuação assistencial, gerencial e educativa são os alicerces de sua prática profissional.

Evidencia-se a necessidade de estudos com o intuito de elucidar o trabalho do enfermeiro no APH do SAMU, em especial, o entendimento dos princípios bioéticos aplicados a sua atuação. O maior detalhamento de estudos nesta temática poderá contribuir para promoção de ações efetivas, melhorando a qualidade da assistência prestada pelos profissionais que atuam no SAMU.

Contribuições dos autores: BFSF, CBD: concepção e desenho; análise, interpretação dos dados e redação do artigo; RNSOB, SDY: revisão crítica e revisão final.

Conflito de Interesse: não há.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Esc Anna Nery*. [Internet] 2016 [cited 2019 May 5]; 20 (2): 289-295. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0289.pdf>
2. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MPS, Scatena JHG. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. *Cad Saúde Colet*. [Internet] 2017 [cited 2019 Oct 27]; 25 (1): 51-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-51.pdf>
3. Macedo VLM, Vieira LF, Neves RS, Suderlan SL. Avaliação da estratégia saúde da família em São Sebastião – Distrito Federal. *Enferm Foco*. [Internet] 2019 [cited 2019 Oct 27]; 10 (2): 15-21. Available from: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/2330/540>
4. Souza Junior EV, Silva VSB, Lozado YA, Bomfim ES, Alves JP, Boery EN, Boery EN. Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes. *Rev Bioét*. [Internet] 2018 [cited 2019 Oct 27]; 26 (1): 87-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000100087&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
5. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o Norte e desde o Sul. *Saúde soc*. [Internet] 2016 [cited 2019 Oct 27]; 25 (2): 442-451. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200442
6. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica

das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. [Internet] 2006 [cited 2019 Aug 27]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf

7. Luchtemberg MN, Pires DEP. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2016 [cited 2019 Aug 27]; 69 (2): 213-220. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200213&lng=pt&tlng=pt

8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 0564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 29]; Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

9. Declaração de Lisboa. Conclusões e recomendações das II Jornadas de Emergência Médica de Lisboa. [Internet] 1990 [cited 2019 Aug 27]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_lisboa_etica_urgencia_medica.pdf

10. Cogo SB, Lunardi VL, Quintana AM, Girardon-Perlini NMO, Silveira RS. Assistência ao doente terminal: vantagens na aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade no contexto hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2017 [cited 2019 Oct 27]; 38 (4): e65617. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400418&lng=en

RECEBIDO 28/9/2019
ACEITO – 04/01/2020

O GERENTE DE UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÃO TÉORICA SOBRE O USO DA CIPESC

Stéphanie Gonçalves Macêdo Rosa Dantas¹

Ana Lúcia Abrahão¹

Ândrea Cardoso de Souza¹

<https://orcid.org/0000-0002-1944-087X>

<https://orcid.org/0000-0002-0820-4329>

<https://orcid.org/0000-0002-6549-8634>

Objetivo: Ampliar o debate sobre o emprego da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), tomando como foco a prática do gerente de Unidade de Saúde da Família (UBS). **Metodologia:** Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, sobre o cotidiano do trabalho do gerente de uma UBS, construído à luz da micropolítica do trabalho em saúde, e análise atinente ao processo de trabalho na atenção básica. **Resultado:** a reflexão aponta para um eixo condutor na dinâmica da prática do gerente. **Conclusão:** consolidar a prática do gerente associada a CIPESC consiste na adoção de processos de trabalho constituídos a partir das características singulares das necessidades do usuário.

Descritores: Saúde da Família; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária

THE FAMILY HEALTH UNIT MANAGER: THEORETICAL REFLECTION ON THE USE OF CIPESC

Objective: Expand the debate on the use of the Classification of Collective Health Nursing Practices (CIPESC), focusing on the practice of the manager of Family Health Unit (UBS). **Methodology:** This is a theoretical-reflective study about the daily work of the manager of a UBS, built in the light of the micropolitics of health work, and analysis related to the work process in primary care. **Results:** The reflection points to a driving axis in the dynamics of the manager's practice. **Conclusion:** To consolidate the managerial practice associated with CIPESC is the adoption of work processes based on the unique characteristics of user needs.

Descriptors: Family Health; Nursing Care; Community Health Nursing.

EL GERENTE DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR: REFLEXIÓN TÉORICA SOBRE EL USO DE CIPESC

Objetivo: agrandar el debate sobre el uso de la Clasificación de las Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva (CIPESC), centrándose en la práctica del gerente de la Unidad de Salud Familiar (UBS). **Metodología;** Este es un estudio reflexivo-teórico sobre el trabajo diario del gerente de una UBS, construído a la luz de la micropolítica del trabajo de salud, y el análisis relacionado con el proceso de trabajo en atención primaria. **Resultado:** La reflexión apunta a un eje motor en la dinámica de la práctica del gerente. **Conclusión:** Para consolidar la práctica gerencial asociada con CIPESC es la adopción de procesos de trabajo basados en las características únicas de las necesidades del usuario.

Descritores: Salud de la Familia; Atención de Enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria.

¹Universidade Federal Fluminense.

Autor Correspondente: Stéphanie Gonçalves Macêdo Rosa Dantas - Email:stephanierosadantas@gmail.com

INTRODUÇÃO

A função do gerente na unidade básica de saúde tem como objetivo contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho, em especial quando está vinculado ao fortalecimento da atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adstrita, por meio de função técnico-gerencial⁽¹⁾. Quando refletimos sobre o papel do gerente, frequentemente o atrelamos ao disparador da adoção de boas práticas pela equipe e não o consideramos como produtor de cuidado direto ao usuário.

A maioria dos cursos de qualificação de gestores e gerentes de atenção básica existentes são direcionados às questões organizacionais e funcionais do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, as questões relacionadas à gestão da clínica e do cuidado são pouco abordadas nos espaços de discussão e qualificação desses profissionais⁽²⁾. Isso ocorre em decorrência do entendimento, dos macrogestores, dos conceitos e dos modos de se produzir gestão nos serviços de saúde. Geralmente, adota-se uma perspectiva de planificação da gestão, construída a partir de relações hierárquicas, verticais, e que pouco valorizam as experiências dos gerentes para desenhar a gestão da clínica e do cuidado; tampouco consideram relevante a participação do usuário, ator chave nos processos de gestão. Afinal de contas, os serviços de saúde existem para promover a saúde dos sujeitos.

Outra questão que também acreditamos ser relevante para a discussão da função do gerente das unidades básicas de saúde é a seguinte: por que a gestão precisa acontecer apartada do cuidado aos usuários? Por que a agenda não contempla a atenção direta aos usuários dos serviços? Será que só é possível produzir atos de gestão adotando tecnologias leve-duras⁽³⁾ como planilhas e metas sem a participação de atores importantes como os profissionais das unidades e usuários? Esses questionamentos fazem pensar num esvaziamento da potência do “ser” ou “estar” gerente e, por isso, nos lançamos aqui na produção desta reflexão para compartilhar inquietações, para uma gestão mais próxima, voltada para um cuidado cotidiano, junto aos usuários dos serviços das unidades básicas de saúde, com potência para o uso da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Assim o Objetivo deste estudo foi ampliar o debate sobre o emprego da Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), tomando como foco a prática do gerente de Unidade de Saúde da Família (UBS).

MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico de cunho reflexivo, oriundo de estudos e debates pertinentes a dissertação de mestrado, vinculada ao Mestrado Profissional de Ensino na Saúde – MPES. O estudo tomou como princípio a forma dialógica sobre a prática e o cotidiano do gerente de unidade básica de saúde. As reflexões propostas foram embasadas na dinâmica da micropolítica do trabalho vivo, além da própria experiência dos autores na prática, da gestão/gerenciamento em enfermagem. Como não se trata de um estudo de revisão sistemática da literatura, o material utilizado foi obtido principalmente por indicação de uma das autoras. As explicações e reflexões tecidas foram apresentadas como um eixo condutor sobre o tema, assim como as impressões reflexivas dos autores.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e análise da reflexão foram tecidos à luz do conceito de micropolítica. Foram definidos dois eixos condutores da discussão que estão interligados: Micropolítica e gestão em saúde; A função do gerente e a Sistematização da Assistência em Enfermagem, especificamente o CIPESC.

Micropolítica e gestão em saúde

O conceito micropolítica, quando associado à dinâmica do trabalho em saúde, possui uma forma particular de se desenvolver que nos oferece várias dimensões, dentre elas uma dimensão complexa, a qual trataremos nesta etapa, e que diz respeito às relações que envolvem a luta diária para operar a gestão e o cuidado em saúde. Trata-se de um conceito que auxilia na análise e entendimento sobre o processo de trabalho no campo da saúde, pois permite explorar as relações sociais e de poder estabelecidas nas ações cotidianas estabelecidas entre os profissionais de saúde.

O emprego do conceito micropolítica em saúde possibilita o acompanhamento dos processos que buscam produzir o cuidar como ato de saúde, comprometido com um jogo social implicado com certas formas de produzir necessidades de saúde.

As necessidades de saúde⁽⁴⁾ estão centradas de forma segmentarizada no tecido social, a partir de linhas de diversas naturezas, que podem ser agrupadas em três tipos: linhas de segmentaridade dura, de segmentaridade flexível e as linhas de fuga. Somos produto e produzimos a partir da combinação desta forma segmentar. Na organização destas linhas de segmentação,

vamos produzindo ao mesmo tempo extratos ou planos que sustentam as nossas ações, em grupo e sociedade, como o plano político. Sobre e a partir dessas linhas, construímos nossas opções de vida, escolhas e nossa produção de trabalho, fabricadas pelas segmentaridades entrelaçadas no plano macropolítico e micropolítico⁽⁵⁾.

Nesta dinâmica de construção das necessidades de saúde, nos interessa o estudo do plano micropolítico de produção do mundo. Nestes arranjos segmentarizados, se estende a construção das relações cotidianas, porque é aí que se fabricam os territórios existenciais. É aí que ocorrem os processos de subjetivação⁽⁴⁾. Territórios existenciais – são os planos segmentados que vamos construindo para a nossa existência no mundo; diz das nossas escolhas, dos nossos desejos, da nossa forma de agir no mundo e em sociedade. É singular, pois é produzido por cada um de nós e ao mesmo tempo coletivo, pois coexistimos em sociedade no coletivo. O processo de subjetivação – é a produção em ato que nos produz como sujeitos, aquilo que se revela na combinação no imanente com o transcendente. Interno e externo. Processos que nos compõem e decompõem ao mesmo tempo e nos coloca no coletivo, na sociedade⁽⁴⁾.

Na produção das nossas necessidades de saúde estamos imersos em territórios existenciais e processos de subjetivação intensa e é nesta dimensão que a discussão da micropolítica da gestão em saúde se destaca pela importância do trabalho vivo, presente em cada ato de cuidado. No âmbito da saúde, o consumo dos atos em saúde pelo usuário do serviço ocorre no exato momento da produção da ação viva. Esse encontro é um espaço intercessor de relações, no qual tanto o trabalhador quanto o usuário e/ou população carregam cada qual a sua necessidade⁽⁵⁾. Assim, é impossível não se modificar diante das relações, não se consegue sair de um espaço de diálogo e comunicação da mesma forma que se entrou⁽⁶⁾.

Inevitavelmente o processo em que está imerso o gerente, dada a própria organização e adoção do modelo assistencial hegemônico, encontra-se fragmentado com atos desconexos e cada vez mais complexos, devido à incorporação tecnológica no ato cuidador, o que pode vir a revelar relações de poder e disputa, nas quais se formalizam microprocessos. Tais microprocessos se organizam por meio dessas relações, revelando estruturas extremamente complexas, social e subjetivamente determinadas, que impactam diretamente na gestão e

no cuidado em saúde. Ações que o gerente opera no seu cotidiano. O exercício da liderança pelo gerente precisa perpassar três esferas distintas: o conhecimento de si, o objetivo comum e a relação com o outro. É necessário perceber que o processo de liderança só terá sentido se todos os envolvidos reconhecerem seus papéis nos cenários e em si mesmos⁽⁶⁾.

A função do gerente e a Sistematização da Assistência em Enfermagem

Pensar um reposicionamento do exercício da função gerente requer a adoção de um conceito ampliado de saúde, que coloque a clínica em questão e potencialize o cuidado na sua dimensão micropolítica, com seus territórios existenciais em atos vivo. Por outro lado, as ações assistenciais em seu formato atual reduzem o sujeito, tornando-o objeto de sua intervenção, valorizando a doença e seus impactos biológicos, em detrimento do sujeito que sofre.

No sentido de ampliar a noção de saúde, para além dos atos relativos à doença, é necessário que a clínica também passe a abarcar os aspectos subjetivos e sociais da vida dos sujeitos, sua dinâmica micropolítica. É necessário superar o apagamento das outras dimensões do sujeito (existencial, subjetiva e social), operado pela clínica em seu contexto contemporâneo. Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica⁽⁷⁾.

Defendemos a noção de clínica como clínica ampliada, isto é, um modo de fazer saúde⁽⁸⁾, sendo uma clínica centrada nos sujeitos, que considera a doença como parte de suas existências e não a sua totalidade. Uma noção de clínica compreendendo o indivíduo e seus problemas de saúde, inseridos em um território e em redes sociais (família, espaços de trabalho e de convivência) e que se abre para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento⁽⁹⁾.

A perspectiva de uma clínica ampliada na prática do gerente convoca um olhar, uma atitude mais próxima do cuidar micropolítico e da dinâmica da enfermeira. Neste sentido, o conceito de Processo de Enfermagem introduzido na literatura nacional durante o século passado pela enfermeira, professora livre-docente Wanda de Aguiar Horta, nos aponta alguns desafios para a função de gerente que busca trabalhar na micropolítica da gestão e do cuidado indissociadamente, pois, “o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas

e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (...). Pode-se definir o Processo de Enfermagem como: 1) um instrumento tecnológico de que lançamos mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional; ou 2) um modelo metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem”⁽¹⁰⁾.

Nesta perspectiva de uma prática centrada nas necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, passamos a compreender o processo saúde-doença como aquilo que resulta da forma como a sociedade se organiza e como os grupos sociais reproduzem-se, em termos de suas condições de trabalho e vida, em uma dinâmica inter-relacionada. O processo de Enfermagem passa a ter a execução completa de seu modo de fazer⁽¹¹⁾, além de viabilizar a autonomia profissional, a partir da execução completa de seu modo de fazer⁽¹¹⁾.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), associada à prática do gerente na sua dimensão micropolítica, auxilia na análise sobre as intervenções, ao estimular o raciocínio clínico e epidemiológico do processo saúde-doença e das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e grupos sociais, com apoio para organizar as condições necessárias à realização do cuidado.

Um exemplo de SAE que tem sido utilizada no Brasil na área da Atenção Básica é a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®), organizada pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE). Tal classificação representa a unificação de todos os sistemas de classificação de elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) disponíveis na área em âmbito profissional⁽¹²⁾.

Tendo em vista a necessidade de identificar e incluir termos associados à Atenção Básica e como contribuição da enfermagem brasileira à CIPE®, foi delineado e executado o Projeto Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) no Brasil, especificamente no município de Curitiba de 1996 a 2000. Esse Projeto contribuiu para a prática de Enfermagem na Atenção Básica⁽¹³⁾.

As terminologias padronizadas de enfermagem no cotidiano profissional brasileiro ainda são pouco utilizadas, apesar dos seus benefícios. Os registros dos enfermeiros ainda são realizados sem ter como base alguma classificação⁽¹⁴⁾. A experiência de Curitiba com a CIPESC comprovou que é possível a utilização da linguagem CIPE na Atenção Básica como uma ferramenta para sistematizar a prática de enfermagem em saúde coletiva e, conseqüentemente, para aumentar a visibilidade e o reconhecimento profissional do enfermeiro⁽¹⁵⁾.

A CIPESC, associada à micropolítica da gestão em saúde, propõe benefícios na relação direta com o diagnóstico e tratamento dos usuários, pois possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas, produzindo uma escuta com potencial de auxílio para o próprio usuário descobrir os motivos de seu adoecimento, por exemplo⁽⁹⁾. Novos modos e formas de produzir saúde e tratar a doença são necessários no exercício profissional da atenção básica. É preciso romper com o imaginário da doença como o centro do fazer clínico que subtrai o sujeito desse processo.

Limitação do estudo

A limitação do estudo diz respeito a tratar-se de um artigo de reflexão que necessita verificação na prática da Atenção Básica.

CONCLUSÃO

A participação do gerente na produção de atos de cuidado junto ao usuário na unidade/serviço caracteriza outros modos de se fazer gestão. Uma gestão que valoriza o cuidar. Defendemos, assim, que não tomamos por “menor” ou “melhor” a produção de cuidado pelo gerente. Apenas a consideramos uma atividade intrínseca da gestão da clínica e do cuidado em saúde.

A CIPESC é potente para a formação e qualificação de enfermeiros brasileiros comprometidos com o desenvolvimento do SUS. Operar com a CIPESC, na perspectiva da qualificação, consiste numa estratégia de Educação Permanente (EP).

Contribuição dos autores: SGMRD: planejamento, execução e confecção do manuscrito; ALA: desenho, revisão crítica e revisão final do artigo; ÂCS: revisão crítica e revisão final do artigo.

Financiamento: Conselho Federal de Enfermagem

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
- 2 Bloise MS. Os gerentes de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
- 3 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 4 Deleuze G. Espinosa: Filosofia Prática. São Paulo: Escuta; 2002.
- 5 Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
- 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em : < <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view>> [acesso em 2019 jun 14]
- 6 Pereira LA, Ramos AM, Schallenberger CD, Vaz MC, Barlem ELD. Liderança em Enfermagem: abordagem ecossistêmica com impacto no cuidado. *Enferm Foco* [Internet]. 2018; 9 (3): 66-70. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1351/463pdf>
- 7 Campos GWS. Guerreiro AP. Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 8 Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 9 Cunha GT. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
- 10 Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 16];13(1):188-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>
- 11 Santos MG, Bitencourt JVOV, Silva TG, Frizon G, Quinto AS. Etapas do Processo de Enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm Foco* [Internet]. 2017; 8 (4): 49-53. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1032/416pdf>
- 12 Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE Versão 1.0 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. São Paulo: Algor Editora; 2007.
- 13 Nichiata LYI et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/32.pdf>. [acesso em 2019 jun 14]
- 14 Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta paul. Enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 1, mar; 2005.
- 15 Nobrega MML, Garcia TR. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Brasil. *Rev Bras Enferm*, v. 58, n. 2, p. 227-230, mar.-abr; 2005.

RECEBIDO: 14/06/2019

ACEITO: 10/09/2019

IMPLEMENTAÇÃO DO OBSERVATÓRIO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Giovana Fratin¹

Aida Maris Peres²

Karla Crozeta Figueiredo²

Luiz Carlos Cretella Souza³

Rucieli Maria Moreira Toniolo⁴

<https://orcid.org/0000-0002-2914-1865>

<http://orcid.org/0000-0003-2913-2851>

<http://orcid.org/0000-0003-3544-5643>

<https://orcid.org/0000-0002-2435-110X>

<http://orcid.org/0000-0003-3453-3545>

Objetivo: descrever o desenvolvimento do Observatório da SAE como produto do Mestrado Profissional em Enfermagem. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência realizada na Universidade Federal do Paraná em Curitiba-PR, entre agosto de 2018 a outubro de 2019. Compõe-se metodologicamente de duas dimensões com vários métodos de pesquisa qualitativa de natureza aplicada: 1) planejamento do Observatório; 2) construção do projeto. **Resultados:** no planejamento do Observatório, realizou-se análise documental do objeto do projeto que compõe as bases de dados disponíveis na internet e envolve temas relacionados à disponibilização de sites, SAE, utilizando como fonte outros observatórios e sistemas de gerenciamento de conteúdo. Na construção do projeto, obteve-se uma lista de itens prioritários, desenvolvidos por metodologia ágil e com a organização de uma biblioteca sustentada por revisão sistemática. **Conclusões:** O desenvolvimento do Observatório da SAE em um site próprio é inovador, pois permitirá acesso aos estudos e questões associados à implantação/implementação da SAE nas instituições de saúde.

Descritores: Gestão da informação em saúde; Processos de enfermagem; Pesquisa em administração de enfermagem.

IMPLEMENTATION OF THE OBSERVATORY OF THE SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE

Objective: describe the Observatory development of SNA as product of the Professional Master degree in Nursing. **Methodology:** it is an experience report it is methodologically composed of 2 dimensions with many qualitative research methods of applied nature: 1) Observatory planning; 2) Construction of the project. Performed in the Federal University of Paraná (UFPR) in Curitiba-PR, between August 2018 and October 2019. **Results:** in Observatory planning, a documental analysis of the project object was made which composes the basis of the available data on the internet and involves themes related to websites availability, SNA, using as source others observatories and management systems of content. In the construction of the project, it was obtained a list of priority items, developed by agile methodology and with organization of a library supported by systematic review. **Conclusions:** the development of SNA Observatory in a own website is innovative, It will allow access to studies and questions associated to deployment / implementation of the SNA in health institutions.

Descriptors: Health information management; Nursing processes; Nursing management research.

IMPLEMENTACION DE LO OBSERVATORIO DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Objetivo: describir el desarrollo del Observatorio de la SAE como un producto del master Profesional en Enfermería. **Metodología:** es un informe de experiencia su metodología está compuesta de dos dimensiones con varios métodos de investigación cualitativa de naturaleza aplicada: 1) planificación del observatorio; 2) Construcción del proyecto. Realizado en la Universidad Federal de Paraná en Curitiba-PR, en el periodo agosto 2018 -Octubre 2019; **Resultados:** en la planificación del Observatorio, fue realizado un análisis documental del objeto del proyecto que compone las bases de datos disponibles en internet e involucra temas relacionados con disponibilidad en los sitios web, SAE, utilizando como fuente otros observatorios y sistemas de gestión de contenido. En la construcción del proyecto, se obtuvo una lista de items prioritarios, desarrollados a través de metodología ágil y con la organización de una biblioteca sustentada por revisión sistemática. **Conclusiones:** El desarrollo del Observatorio de la SAE en un sitio web propio es innovador, pudiendo permitir el acceso a estudios y cuestiones relacionadas con la implantación / implementación de la SAE en instituciones de salud.

Descritores: Gestión de la información en salud; Procesos de enfermeira; Investigación en administración de enfermería

¹Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, PR

²Universidade Federal do Paraná

³Complexo Hospitalar Hospital das Clínicas - Universidade Federal do Paraná

⁴Faculdade Dom Bosco, PR

Autor correspondente: Aida Maris Peres Email: aidamaris.peres@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Enfermagem apresenta vários modos de sistematizar sua assistência no mundo. Alguns deles são direcionados por modelos gerenciais e assistenciais, fundamentados nas teorias administrativas. No entanto, a adaptação dos modelos à realidade de cada contexto e instituição de saúde configura-se como uma metodologia com sólida estrutura teórica e científica, para planejar, organizar e sistematizar os cuidados.⁽¹⁾

Neste sentido, a American Organization for Nursing Leadership (AONL) apresenta ferramentas voltadas ao alcance de competências comuns para enfermeiras que atuam na prática executiva e na organização do trabalho: a proteção, promoção e valorização da saúde com habilidades para tal; a prevenção de doenças e lesões; o alívio do sofrimento por meio de diagnósticos e tratamentos; e a defesa do direito de atendimento de indivíduos, famílias, comunidades e populações⁽²⁾. No Brasil, este trabalho assemelha-se à proposta da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no que se refere ao planejamento, o conhecimento dos modelos de atendimento, o projeto desenvolvido pelos enfermeiros e a política de trabalho interna de cada instituição para organizar a assistência.

Um movimento nacional discutiu os conceitos contemplados pelas diretrizes dispostas na Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)⁽³⁾, em que a SAE é definida como a forma de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos. Para além da viabilização da realização do Processo de Enfermagem (PE), a SAE traz suporte metodológico para tornar a assistência de enfermagem sistematizada, considerando sua base teórico-filosófica^(3,4).

Dentre as relevâncias da SAE, destaca-se o enfoque no desenvolvimento de habilidades e competências para o enfrentamento dos desafios cotidianos do ambiente e da prática, resultando eficiência no cuidado. Para a excelência do cuidado, as decisões éticas são necessárias, caracterizando a SAE como a prática do saber da enfermagem e de autonomia profissional⁽⁴⁾.

Assim, a SAE utilizada como uma metodologia assistencial, permite promover a organização e o gerenciamento das práticas de cuidar por meio de um conjunto de elementos e métodos a serem adotados pelos trabalhadores de enfermagem. Contudo, a compreensão dos conceitos e dos benefícios da implementação da SAE nos serviços de saúde, descritos na literatura, não é suficiente e os profissionais enfrentam adversidades para sua implementação.

Autores descrevem que a implementação da SAE nos

serviços de saúde esbarra em obstáculos a serem superados, tais como, falta de reconhecimento por parte da equipe de enfermagem, déficit de recursos humanos, baixo envolvimento da equipe na implementação, falta de apoio da administração das instituições, ausência de indicadores de resultado da assistência, desvinculação da ação com algum modelo teórico adotado pela instituição, desacordos entre a percepção do enfermeiro e as condições de saúde do cliente, o ambiente e o uso do instrumento de diagnóstico, devido a sua complexidade⁽⁵⁾.

Aliada à complexidade da prática diária do enfermeiro nos serviços de saúde, a necessidade de implementação da SAE pode ser desestimuladora aos profissionais de enfermagem. Contudo, as experiências de instituições que a implementaram com êxito demonstram que as dificuldades podem ser superadas com esforço conjunto da equipe e da instituição - parte com a adaptação dos recursos hospitalares e o planejamento, desde que as instituições de saúde propiciem condições necessárias para esse fim⁽⁶⁾.

Partindo da premissa de que documentar e compartilhar experiências oferece uma oportunidade para adquirir conhecimento sobre as lições aprendidas e para continuar a aprender sobre como melhorar e adaptar estratégias e atividades através de análise e reflexão, de modo a implementar intervenções sustentáveis e mais eficazes⁽⁷⁾, idealizou-se uma estratégia de apoio gerencial para a implementação da SAE: a constituição de um espaço virtual voltado para o desenvolvimento e divulgação de mecanismos e estratégias de gerenciamento da SAE.

O desenvolvimento desse espaço virtual ocorreu como estratégia para a formação de enfermeiros mestres, com pesquisas focadas na produção de tecnologias para a qualificação e consolidação da SAE/PE nos diferentes cenários da prática profissional de enfermagem no estado do Paraná. O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná (UFPR), foi contemplado no Edital nº 27/2016 referente ao Acordo Capes/COFEN nº 30/2016, e um dos produtos obtidos é denominado "Observatório de Sistematização da Assistência de Enfermagem: tecnologia para o gerenciamento".

O Observatório de SAE visa a organização de informações relevantes, apoio e monitoramento das ações de implementação da SAE, com vistas a divulgar estudos, propiciar amplo acesso às informações e análises sobre o trabalho, pesquisa e educação, para formulação, acompanhamento e avaliação da implementação da SAE. Justifica-se pela preocupação presente na categoria, em especial nos círculos acadêmicos, acerca da possibilidade de se per-

mitir o acesso a trabalhos, estudos e questões associadas à esse tema. Para tanto, tem-se como objetivo descrever o desenvolvimento do Observatório da SAE, como produto do Mestrado Profissional em Enfermagem.

Nesta perspectiva, a constituição de um Observatório, com a criação de sitio web próprio que permita esse acesso, facilita tornar público os resultados alcançados pelos serviços de saúde que implantaram a SAE, de forma a contribuir com a instrumentalização dos profissionais enfermeiros. Como ferramenta gerencial de relevância para o gestor de enfermagem, busca-se também a apresentação de estratégias para vencer os desafios institucionais e o fomento de discussões sobre suas experiências com a SAE, de forma crítica e coletiva.

Portanto, a ideia do Observatório se firma no apoio gerencial à operacionalização da SAE, diante do reconhecimento histórico de que a constituição da enfermagem no âmbito hospitalar, por vezes, determina que a equipe de enfermagem opte pela fragmentação de seu trabalho, tanto pelas dificuldades de suporte institucional para implantação de sua sistematização, quanto por desconhecimento de modelos gerenciais e assistenciais relacionados às teorias administrativas⁽⁸⁾. Nesse observatório, consideram-se também os outros cenários de atenção à saúde, em que o enfermeiro atua e se espera que essa ferramenta virtual facilite, aos profissionais de enfermagem, o desenvolvimento de um saber fazer assistencial e de coordenação da assistência.

Um observatório, como meio de informação e conhecimento dos assuntos acerca de SAE, é um meio digital disponível para a profissão em franca ascensão e dinamicidade que é a enfermagem. Entende-se, portanto, que um observatório consiste em informação em movimento, dependendo diretamente dos atores envolvidos, devido à necessidade de alimentar a plataforma de dados, seja física, documental ou virtualmente. Dentre os recursos informatizados, um observatório pode ser um espaço de construção de possibilidades e discussões de novas ações para SAE, de forma crítica e coletiva. O observatório é considerado um organismo ou processo que desenvolve um sistema estruturado de coleta para observar, analisar e difundir informações estratégicas para auxiliar nas tomadas de decisão⁽⁹⁾.

O acompanhamento do volume de dados e informações procedentes de influências internas e externas, com diferentes formatos disponíveis na web, é uma das dificuldades enfrentadas pelos profissionais. Apesar da diversidade de recursos tecnológicos que apoiam o conhecimento científico e ações para o exercício da profissão do enfermeiro, esses estão fragmentados e em locais separados. Destar-

te, o repertório disponibilizado por um Observatório com a finalidade de concentrar recursos de informação em um espaço único maximiza a difusão dos resultados de trabalho do conjunto dos enfermeiros e de suas instituições, ao organizar e disponibilizar, em um mesmo veículo de comunicação, os principais produtos obtidos no decorrer da implantação da SAE.

Neste caso, o observatório torna-se uma ferramenta para a consolidação da prática profissional do enfermeiro sistematizada. Em face desta necessidade, a união de recursos tecnológicos por meio de sistemas organizados e estruturados de apoio, coleta e análise de informações, com o contexto da SAE, permite embasar, com rapidez e confiabilidade, as decisões dos profissionais enfermeiros e gestores de saúde.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência sobre a proposta de desenvolvimento de um espaço virtual – o Observatório da SAE. O desenvolvimento do Observatório emprega diversos métodos de pesquisa qualitativa de natureza aplicada, com etapas distintas que norteiam o processo de construção de uma aplicação de web, por equipe de pesquisa que participa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional. As ações desenvolvidas constituirão o Observatório da SAE, com a pretensão de hospedar o site no espaço virtual do Coren-PR.

Local do Estudo

Realizada na Universidade Federal do Paraná (UFPR), na cidade de Curitiba - PR, no período de agosto de 2018 a outubro de 2019, com a pretensão de hospedar o site no espaço virtual do Coren-PR.

Coleta dos dados com explicitação dos instrumentos e procedimentos:

O desenvolvimento do Observatório da SAE compõe-se metodologicamente de duas dimensões: 1) planejamento do Observatório, e 2) construção do projeto.

A dimensão do planejamento contemplou a organização do site, desenvolvimento de uma revisão sistemática sobre as experiências de implementação da SAE para constituição da Biblioteca do Observatório da SAE.

O planejamento do Observatório estruturou-se da seguinte forma: inicialmente definiram-se os objetivos, os recursos e as etapas para elaboração do artefato em cada dimensão. A organização do site se constituiu de etapas consideradas técnicas, e cada uma delas passou pela apli-

cação de um método por meio de artefatos ou por meio de humanos (competências). Cada etapa é necessária para o próximo passo na elaboração do espaço virtual, a qual resulta em um produto necessário para a próxima etapa.

A Revisão Sistemática da literatura foi a metodologia selecionada para a elaboração da Biblioteca do Observatório, com a finalidade de compilar as experiências exitosas e publicações sobre SAE. As recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) para condução de uma revisão do tipo escopo foram seguidas⁽¹⁰⁾.

Para a construção do projeto, esperava-se o apoio do organismo financiador, que apresentou atraso no repasse dos recursos por razões burocráticas. Esta situação demandou a participação de dois bolsistas de iniciação científica do Curso de Informática Biomédica da universidade em que a pesquisa foi realizada, os quais ajudaram na otimização das etapas do projeto e contribuíram na seleção de ferramentas gratuitas. Com a liberação dos recursos financeiros o cronograma de execução e a finalização dos resultados é esperada em outubro de 2019.

Procedimentos éticos

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa, conforme a Resolução 510/2016⁽¹¹⁾ do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

DESENVOLVIMENTO DO OBSERVATÓRIO DA SAE

Para compor a dimensão planejamento do Observatório, inicialmente, realizou-se uma análise documental do objeto do projeto que compõe as bases de dados disponíveis na internet e envolve os temas relacionados à disponibilização de sites, a SAE, bem como utilizou-se, como fonte, outros observatórios e sistemas de gerenciamento de conteúdo. Definiram-se as tecnologias a serem utilizadas para o layout e outra tecnologia para a parte de manipulação de dados e processamento de informações com banco de dados.

A partir dessa etapa, para a organização do observatório, de maneira simplificada, obteve-se uma lista de itens prioritários que são detalhados e desenvolvidos na dimensão Construção do Projeto, denominados requisitos funcionais e requisitos não funcionais. Os dados do domínio para utilização do espaço na Web, também serão incluídos na etapa de construção.

Como base metodológica para a Construção do Projeto, utilizou-se um modelo de desenvolvimento ágil, conforme descrito por Sommerville por apresentar flexibilidade

diante de mudanças, permitir as modificações durante a construção da aplicação e pela boa aceitação na área de desenvolvimento de software⁽⁹⁾. O método fornece diretrizes para a administração do projeto e sua aplicação é dividida em módulos de função chamados de interações e períodos curtos.

Com o objetivo de estruturar o funcionamento do modelo de levantamento de requisitos, seguiram-se as seguintes etapas de desenvolvimento: definição das atribuições de cada participante envolvido no projeto; elaboração da arquitetura de negócio e suas necessidades; elaboração de artefatos do modelo fundamentado na importância para o controle das atividades rotineiras. Para cada atividade, foi definido um produto, ou seja, documentos, códigos, mídias e modelos produzidos durante o desenvolvimento.

Nesta etapa, foram listadas as funcionalidades de cada botão dentro da homepage, e ordenadas por prioridade na sua implementação. Para acompanhamento do projeto, foi elaborado uma lista de backlog, que permite a comparação entre o que foi planejado e aquilo que foi realizado. As funcionalidades são representadas operacionalmente por botões que apontam para: processo de trabalho da enfermagem, inclusão e realização de pesquisas, divulgação de informações, inserção de recursos audiovisuais e biblioteca virtual.

Dentro da Biblioteca Virtual, que é um dos botões de acesso do site, e visando a disponibilização de material específico sobre a SAE, optou-se por revisão sistemática. A Revisão Sistemática é uma metodologia rigorosa proposta para: identificar os estudos sobre um tema em questão, aplicando métodos explícitos e sistematizados de busca; avaliar a qualidade e validade desses estudos, assim como sua aplicabilidade no contexto onde as intervenções serão implementadas, para selecionar os estudos que fornecerão as evidências científicas (EC) e disponibilizar a sua síntese, com vistas a facilitar sua implementação na Prática Baseada em Evidências (PBE). Cada fase é planejada, considerando critérios que os validam, para minimizar o viés e outorgar qualidade à metodologia⁽⁹⁾.

A Revisão Sistemática inclui as revisões do tipo escopo (scoping study ou scoping review) que visam mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento, examinar a extensão, alcance e natureza da investigação, sumarizar e divulgar os dados da investigação e identificar as lacunas de pesquisas existentes⁽¹⁰⁾. Optou-se por esse tipo de revisão, mediante a necessidade de constituir um mapa das evidências que foram produzidas, em vez de buscar apenas as melhores evidências disponíveis para responder a perguntas mais específicas relacionadas a po-

líticas e práticas⁽¹¹⁾. Com vistas a alimentar a Biblioteca do Observatório, foram considerados para inclusão: estudos descritivos publicados em inglês, espanhol ou português, independentemente do período de publicação, que relatam experiências de implementação da SAE nos serviços de saúde.

A construção do projeto está em desenvolvimento e contemplará a divulgação do Observatório de SAE e dos produtos individuais obtidos pelos Mestrados e outros pesquisadores. Nessa etapa, como contribuições, espera-se que a proposta iniciada na UFPR, posteriormente, agregue outras estações de trabalho, na busca de descentralização e fortalecimento do observatório na lógica de redes. Essas novas estações poderão ser sediadas em universidades e Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, instituições hospitalares e outras entidades como ABEn e COREN.

Dessa forma, o produto ora descrito, a partir de experiências dos serviços de saúde, tem como foco apontar tendências e contribuir para o desenvolvimento de competências de enfermeiros para a realização da SAE, na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma ferramenta de divulgação da SAE e do uso do PE no Brasil.

DISCUSSÃO

Objetivando a disponibilidade do espaço virtual de qualidade com a especificidade que o tema SAE requer, o propósito de um observatório é divulgar estudos, bem como propiciar amplo acesso a informações e análises sobre a área a que se destina; neste caso, destina-se ao trabalho, pesquisa e educação para a implementação da SAE, com vistas a contribuir para sua formulação, acompanhamento e avaliação nos serviços de saúde.

Portanto, a ideia do Observatório se firma diante da constituição histórica da enfermagem no âmbito do sistema hospitalar, com o objetivo administrativo de garantir o bom funcionamento da instituição e com a finalidade médica de dispensar cuidados ininterruptos aos pacientes 24 horas por dia⁽⁶⁾, mas considera também os outros cenários de atenção à saúde em que o enfermeiro atua. Desta forma, esse processo possibilita aos profissionais de enfermagem desenvolver um saber fazer assistencial e de coordenação da assistência. O planejamento e outras funções administrativas, quando somados às teorias de Enfermagem, potencializam a SAE nos ambientes de cuidado⁽¹²⁾.

Um observatório para meio de informação e conhecimento dos assuntos acerca de SAE é um meio digital disponível para a profissão em ascensão e dinamicidade que é

a enfermagem. Entende-se, portanto, que um observatório consiste em informação em movimento, e depende diretamente dos atores envolvidos devido à necessidade de alimentar a plataforma de dados, seja física, documental ou virtualmente.

Dentre os recursos informatizados, um observatório pode ser um espaço de construção de possibilidades e discussões de novas ações para SAE, de forma crítica e coletiva. Considera-se que o observatório é um organismo vivo, que necessita de alimentação e atualização, sendo uma ferramenta de apoio para os profissionais.

Limitações do estudo

O presente estudo teve como limitação o período de execução que tem previsão de término em outubro de 2019, com a disponibilização virtual.

Contribuições do estudo para a prática

Destarte, o repertório disponibilizado por um Observatório com esta finalidade maximiza a difusão dos resultados de trabalho do conjunto dos profissionais enfermeiros e de suas instituições, ao organizar e disponibilizar, em um mesmo veículo de comunicação, os principais produtos obtidos no decorrer da implantação da SAE, impactando a prática profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do Observatório da SAE em um sítio web próprio é inovador; permitirá acesso aos trabalhos, estudos e questões associados à implantação/implementação da SAE nas instituições de saúde.

Nesta perspectiva, o Observatório da SAE facilitará a divulgação dos resultados alcançados pelos serviços de saúde que implantaram a SAE, de forma a contribuir com a instrumentalização dos profissionais enfermeiros. Como ferramenta gerencial de relevância para o gestor de enfermagem, espera-se também a apresentação de estratégias para vencer os desafios institucionais e o fomento de discussões sobre suas experiências com a SAE, de forma crítica e coletiva.

O Observatório da SAE se constituirá em uma ferramenta para a consolidação da prática profissional do enfermeiro sistematizada. Em face desta necessidade, a união de recursos tecnológicos por meio de sistemas organizados e estruturados de apoio, coleta e análise de informações com o contexto da SAE e de métodos robustos para sistematização da literatura, permitirão embasar com rapidez e confiabilidade as decisões dos profissionais enfermeiros e gestores de saúde.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecimentos ao COFEN, pelo financiamento; à CAPES, pela parceria institucional junto ao COFEN e UFPR; ao CNPq, pelo financiamento da bolsa de iniciação científica dos discentes de graduação.

CONFLITO DE INTERESSES: Não há.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: GF colaborou com a análise e interpretação dos dados, redação das versões do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão

final; AMP participou da concepção, coleta, análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; KCF participou da concepção do estudo, interpretação e análise dos dados, redação das versões do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final; LCCS contribuiu com a interpretação, redação das versões do manuscrito e revisão crítica do conteúdo; RMMT contribuiu com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- 1 Costa AC, da Silva JV. Nurses' social representations of nursing care systematization. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Set 02]; serIV(16): 139-146. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV17069>
- 2 American Organization of Nurse Executives (2019). The AONE executive competencies. [Internet]. [cited 2019 Jun 14] Available from: <http://www.aone.org/resources/nurse-leader-competencies.shtml>
- 3 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem [Internet]. [cited 2019 Jun 14] Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- 4 Silva MCN. Systematization of nursing care: a challenge to professional practice. *Enferm Foc*[Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 24];8(3): 7-7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1534>
- 5 Barbosa VMS, Silva JVS. Utilização de Teorias de Enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mai 20];7(1): 260-71. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2517/pdf>
- 6 Antas EMV, Lima CB, Leite KNS, Silva SCR, Silva APD, Santos JO. Sistematização da Assistência de Enfermagem: análise de recursos que viabilizem sua implantação na unidade de clínica médica. *Rev enferm UFPE online* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 28];9(10): 46-55. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10886/12137>
- 7 Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional Africano. Guia para Documentação e Partilha das Melhores Práticas em Programas de Saúde. Brazzaville: 2009 [Internet]. [cited 2018 Mai 02] Available from: <http://afrolib.afro.who.int/documents/2009/pt/GuiaMelhoresPratica.pdf>
- 8 Soares MI, Resck ZMR, Terra FSouza, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 Sep 01]; 19(1): 47-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047&lng=en
- 9 Sommerville I. Software engineering. 10ª ed. Boston: Pearson Education, 2015. 816p
- 10 Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute, 2017 [Internet]. [cited 2019 Jun 20] Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- 11 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. [cited 2019 Jun 14] Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- 12 Nunes ECDA, Filho NAM. Systematization of Nursing discharge – an analysis based on Roy. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 02]; 21(2):1-9. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45875/28548>

RECEBIDO: 24/06/2019

ACEITO: 10/09/2019

IMPLANTAÇÃO DA AUDITORIA OPERATIVA EM UMA AUTARQUIA MUNICIPAL

Vanessa Moraes Liberatti¹

Danielli Rafaeli Candido Pedro²

Raquel Gvozdz²

Paloma de Souza Cavalcante Pissinati²

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha³

Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad²

<https://orcid.org/0000-0001-9883-6444>

<https://orcid.org/0000-0003-4141-1220>

<https://orcid.org/0000-0002-5816-8215>

<https://orcid.org/0000-0001-9050-4330>

<https://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

<https://orcid.org/0000-0001-7564-8563>

Objetivo: Relatar a experiência do processo de implantação da auditoria operativa na Autarquia Municipal de Saúde de um município de grande porte do Sul do Brasil. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, realizado por meio da análise de documentos internos e públicos da referida Autarquia de Saúde, elaborados durante os anos de 2004 a 2018. **Resultados:** Identificou-se um aumento no número de auditores, ampliação da quantidade de serviços credenciados ao Sistema Único de Saúde que passaram a ser auditados, implantação e implementação de relatórios de auditoria, auxílio no desenvolvimento de manuais e protocolos, além de melhoria na qualidade da assistência prestada. **Conclusão:** A implantação do serviço de auditoria operativa é de suma importância na gestão do SUS, não só nos serviços de média e alta complexidade, mas também na atenção primária e demais setores e serviços de assistência à saúde.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Enfermagem; Auditoria de Enfermagem.

IMPLEMENTATION OF OPERATIVE AUDIT IN A MUNICIPAL AUTHORITY

Objective: To report the experience of the process of implementation of the operative audit in the Municipal Health Council of a large municipality. **Method:** This is an experience report, conducted through the analysis of internal and public documents of the Municipal Health Authority of a large municipality in southern Brazil, prepared during the years 2004 to 2018. **Results:** Was identified an increase in the number of auditors, expansion of the number of accredited services to the Unified Health System that are being audited, implementation and implementation of audit reports, assistance in the development of manuals and protocols, as well as improvement in the quality of care provided. **Conclusion:** The implementation of the operative audit service is of paramount importance in Unified Health System management, not only in medium and high complexity services, but also in primary care and other health care sectors and services.

Descriptors: Unified Health System; Nursing; Nursing Audit.

IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA OPERATIVA EN UNA AUTORIDAD MUNICIPAL

Objetivo: Informar la experiencia del proceso de implementación de la auditoría operativa en el Consejo Municipal de Salud de un municipio grande. **Método:** Este es un informe de experiencia, realizado mediante el análisis de documentos internos y públicos de la Autoridad Municipal de Salud de un municipio grande en el sur de Brasil, preparado durante los años 2004 a 2018. **Resultados:** Identificamos un aumento en el número de auditores, la expansión del número de servicios acreditados para el Sistema Único de Salud que están siendo auditados, la implementación y la implementación de informes de auditoría, asistencia en el desarrollo de manuales y protocolos, así como la mejora en la calidad de la atención brindada. **Conclusión:** La implementación del servicio de auditoría operativa es de suma importancia en la gestión del Sistema único de Salud, no solo en los servicios de complejidad media y alta, sino también en la atención primaria y otros sectores y servicios de atención médica.

Descriptor: Sistema único de Salud; Enfermería; Auditoría de enfermería.

¹ Universidade Estadual de Maringá, PR.

² Universidade Estadual de Londrina, PR.

³ Universidade Federal de São Paulo, SP.

Autor Correspondente: Vanessa Moraes Liberatti – Email: vanessa_liberatti@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde é considerada um dos setores de atividade econômica, dominante em vários países. Nos últimos 40 anos observou-se um rápido aumento nos gastos relacionados à saúde, o que exige dos gestores conhecimentos de suas necessidades e especificidades de forma a garantir uma gestão qualificada⁽¹⁾, e otimização dos recursos financeiros para que opere com eficácia e eficiência.⁽²⁾

Além da preocupação financeira, onde se procura trabalhar com redução de custos atrelada à excelência de resultados, existe a necessidade de priorizar a satisfação dos usuários e a qualidade da assistência.⁽³⁾ Nesse contexto, a auditoria configura-se como uma ferramenta de gestão na execução desse processo, estratégia essencial no gerenciamento dos serviços de saúde.⁽⁴⁾

Existem diferentes classificações da auditoria em saúde, sendo finalidade, previsibilidade, causa e tipo. Quanto à finalidade, ela pode ser de regularidade, operacional ou de desempenho e integrada. A previsibilidade caracteriza as auditorias em programadas e não programadas. Quanto à causa, a auditoria pode ser regular ou ordinária e especial ou extraordinária. Relacionado ao tipo, ela pode ser analítica, operativa, de gestão e contábil. A execução envolve auditoria prospectiva ou prévia, retrospectiva e concorrente. Quanto à forma, ela pode ser interna ou de primeira parte, externa ou de segunda parte.⁽⁵⁾

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem desenvolvido estratégias de racionalização do uso dos recursos, expressas no sistema de regulação⁽¹⁾ e implantado serviços inovadores de auditoria, tais como o serviço de auditoria operativa em alguns setores específicos.

A operacionalização da auditoria nos serviços de saúde, em especial, da auditoria operativa, proporciona que o auditor esteja em contato frequente com os prestadores, com a equipe e com os pacientes. Esta estratégia facilita o cumprimento das metas contratualizadas, esclarece dúvidas pontuais e permite o acompanhamento in loco a assistência prestada.⁽⁶⁾

No âmbito da gestão em saúde, o enfermeiro se destaca na execução da auditoria, pois sua formação permite apreender conteúdos direcionados à gerência de serviços.⁽⁷⁾ Além disso, em seu processo de trabalho atua diretamente na liderança, tendo a auditoria como atividade inerente para o monitoramento das ações e indicadores pactuados nos diferentes níveis de complexidade em que atue.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência do processo de implantação da auditoria

operativa de Enfermagem na Autarquia Municipal de Saúde de um município de grande porte.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência, do processo de implantação de uma auditoria operativa em uma Autarquia Municipal de Saúde.

Local do estudo

Em uma Autarquia Municipal de Saúde de um município de grande porte, com gestão plena, localizado no Sul do Brasil.

Coleta de dados

Realizou-se a análise de documentos internos e públicos, que incluíram diários oficiais, ofícios, contratos, editais, atas de reuniões e relatórios de auditoria dos anos de 2004 a 2018.

Foram analisados 105 documentos internos. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019 buscou-se nos documentos informações como registros em atas e ofícios da implantação do serviço de auditoria, relatórios para analisar a trajetória evolutiva do serviço, tanto quantitativamente, quanto qualitativamente, contratos com as instituições onde existia menção ao serviço de auditoria, editais e diários oficiais do município que dispunham sobre os requisitos para o cargo de enfermeiro auditor, bem como o número de contratações, podendo então descrever o processo de implantação da auditoria e relatar a experiência com esse processo.

Procedimentos éticos

Obedecendo as questões éticas, obteve-se o consentimento da organização para esta descrição e aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº1.702.126/2016.

RESULTADOS

O município em estudo está situado no Sul do Brasil e em 2018 possuía uma população estimada de 563.943 habitantes.⁽⁸⁾ Sempre foi referência na área da saúde a nível nacional, tendo destaque na saúde pública desde a implantação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF). Atualmente, é referência para aproximadamente um milhão de habitantes, que compõem os 21 municípios da 17ª Regional de Saúde.⁽⁹⁾

A Autarquia Municipal de Saúde possui contratualização

com diversos serviços de saúde, tanto públicos, filantrópicos e privados. Existe contratualização com três hospitais terciários, dois secundários, um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), um hospital especializado em saúde mental, um hospital especializado em oftalmologia e um Consórcio Intermunicipal de Saúde, além de sete clínicas de reabilitação, quatro laboratórios, cinco clínicas de imagem, dentre outros. Foi pioneira na implantação da auditoria em saúde, conforme a legislação vigente na época (2014) e se destacou por já implementar e criar cargos específicos, como a equipe de auditoria operativa.⁽¹⁰⁾

Considerando que a auditoria no SUS é complexa, sendo necessária uma grande quantidade de dados que devem ser extraídos, analisados e interpretados cuidadosamente, pois interesses e responsabilidades diversos ficam em evidência quando se audita a saúde. Destaca-se a necessidade de ter uma equipe de auditores responsável por coletar dados, acompanhar a execução de contratos, analisar as produções e os dados e propor melhorias e modificações sempre que necessário.⁽⁴⁾

No que se refere à estrutura organizacional da Autarquia Municipal de Saúde do referido município, inicialmente Diretoria de Auditoria, Controle e Avaliação (DACA), era responsável por auditar e avaliar os hospitais credenciados ao SUS no município.⁽¹⁰⁾

Em meados de 2004, o município enfrentava a superlotação dos hospitais terciários, situação que culminou na determinação de técnicos administrativos para acompanhar o gerenciamento da ocupação dos leitos SUS, por meio dos censos hospitalares. Tempos depois (sem data definida nos documentos), essa função foi designada a uma enfermeira, que visitava os prontos socorros dos hospitais para observar e analisar a ocupação, com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada, dando início a execução da auditoria operativa de enfermagem.

Em meados de 2007 a DACA contratou, de forma terceirizada, uma equipe de oito enfermeiros, que visitavam todos os dias os hospitais, acompanhando e registrando, em planilhas, as taxas de ocupação, não apenas de prontos socorros, mas de setores críticos como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, UTI neonatal e UTI pediátrica. A equipe de auditoria passou a utilizar os contratos, assinados previamente entre os gestores municipais e as instituições prestadoras de serviços ao SUS, como instrumento para realizar as visitas de auditoria. O olhar para a qualidade da assistência e metas qualitativas foi incorporado à rotina dos enfermeiros auditores.

Em 2012 a DACA passou a ser denominada Diretoria de Regulação da Atenção à Saúde (DRAS) devido a um processo de reestruturação, com base no Decreto Municipal nº 847/2012 e na Lei Municipal nº 11.610/2012.⁽¹⁰⁾ Outra alteração foi feita em relação à equipe de enfermeiros auditores, agora em relação à contratação de profissionais, já que o município teve problemas com a empresa terceirizada que realizava esse serviço. Realizou-se um processo seletivo para contratação de profissionais para compor a equipe. Não havia exigência ainda que o enfermeiro auditor possuísse especialização em auditoria, tratou-se de uma forma de regularizar a contratualização desses profissionais e de aumentar as funções do cargo.

A equipe foi ampliada, para dez enfermeiros, e a carga horária a ser cumprida era de 42 horas semanais, desempenhada tanto em hospitais secundários, quanto terciários. Além da taxa de ocupação hospitalar, incorporou-se a análise de novos indicadores, como a quantidade de cirurgias realizadas, de atendimentos de urgência, a qualidade da assistência prestada e as metas qualitativas contratualizadas.

Em 2013, a fim de regularizar o Serviço de Auditoria Operativa de Enfermagem, considerando a importância que este setor passou a ter no acompanhamento dos contratos com os prestadores de saúde e com a melhora nos indicadores assistenciais qualitativos, foi criado o cargo de enfermeiro auditor/regulador, por meio do Jornal Oficial nº 2169/2013.⁽¹¹⁾ A carga horária de trabalho exigida passou a ser de 30 horas semanais e o número de vagas foi ampliado para 14 enfermeiros.

Para a criação desse cargo foram determinados requisitos específicos como: possuir diploma de graduação em Enfermagem, registro no respectivo conselho da categoria profissional, carteira nacional de habilitação categoria B, residência/especialização em regulação ou auditoria e não possuir vínculo com serviços contratados/conveniados ao SUS.⁽¹²⁾

Agregaram-se também diversas funções ao cargo, como: atuar em atividades de planejamento, elaboração, coordenação, acompanhamento, assessoramento, pesquisa e execução de procedimentos e ações de regulação e auditoria em unidades do sistema municipal e regional de saúde no âmbito do SUS.⁽¹²⁾

Em 2014 a nova equipe assumiu suas atividades e passou a desempenhar sua função de forma contínua e definitiva. Desde a implementação oficial da equipe de auditoria, verificou-se diversos resultados, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Resultados da implementação da equipe de Auditoria Operativa no Município. Londrina-PR, Brasil. 2019.

1. Diminuição dos erros no preenchimento dos documentos oficiais, como AIH e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) por parte dos hospitais.
2. Maior agilidade em relação aos processos de autorização de procedimentos especiais em pacientes internados, que antes chegavam a cinco dias e que hoje não excede 36 horas.
3. Implantação de emissão de relatórios mensais de produtividade para cada serviço contratualizado.
4. Implantação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para cada processo de trabalho do serviço de auditoria em enfermagem.
5. Desenvolvimento e implantação de manuais quanto ao atendimento de pacientes SUS.
6. Redução na quantidade de reclamações recebidas pela ouvidoria da Autarquia Municipal de Saúde do Município sobre os serviços prestados pelas instituições contratualizadas com o SUS.
7. Melhora na qualidade dos registros nos prontuários, atendendo as exigências legais preconizadas.
8. Implantação de checklist e questionários de itens de avaliação que subsidiam diariamente as auditorias operativas.
9. Aproximação entre a equipe de auditoria e os prestadores de serviço e amplo desenvolvimento dos auditores mais como profissionais educadores e orientadores, do que agentes punitivos.
10. Capacitações da equipe de enfermeiros auditores, inclusive com profissionais cursando mestrado e doutorado.
11. O setor de auditoria operativa de enfermagem passou a ser campo de estágio para residentes, tanto da área de gerência dos serviços de saúde, quanto de saúde pública.
12. Redução do tempo de espera para realizar cirurgias eletivas.
13. Higienização das filas de espera para cirurgias eletivas, com a atualização das solicitações e exclusões, quando necessário.
14. Passagem diária e em tempo real de informações sobre a ocupação de leitos nos hospitais para as centrais de regulação.
15. Auditoria integrada a outros serviços como: vigilância sanitária, controle social (conselho municipal de saúde), auditoria estadual e federal, dentre outros.
16. Diminuição do tempo de espera de atendimentos ambulatoriais de pacientes SUS, em especial a pacientes oncológicos.
17. Implantação de relatório mensal sobre a tempestividade relacionada as cirurgias eletivas oncológicas.

18. Diminuição dos encaminhamentos de pacientes SUS por meio de fluxos irregulares na urgência/emergência.

19. Implantação da contra referência de pacientes hospitalares em caso de regulação equivocada quanto à complexidade dos níveis primário, secundário e terciário de atendimento.

20. Melhora no cumprimento da política de humanização nos hospitais, com: visita ampliada a pacientes SUS, permanência de acompanhantes mesmo em setores críticos, diminuição do tempo de espera para ter acesso a um leito de internação.

DISCUSSÃO

Em 2014, com a inserção de enfermeiros especialistas em auditoria, houve um desenvolvimento ainda maior da equipe. Houve a ampliação da auditoria para os serviços ambulatoriais dos hospitais terciários, e setor de emergência, bem como hospitais especializados (um em saúde mental, um CACON e um hospital oftalmológico) e dois serviços de terapia renal substitutiva.

Atualmente, todos os setores assistenciais das instituições são auditados mensalmente. A nível hospitalar, diariamente os enfermeiros auditores visitam todos os setores de internação e de realização de procedimentos (desde centro cirúrgico até setores de procedimentos hemodinâmicos e ambulatoriais), o que representa 100% de cobertura.

Verifica-se atualmente a necessidade cada vez maior da implantação e atuação de serviços de auditoria em instituições de saúde, objetivando a análise rigorosa dos processos, atuando como um indicador quantitativo e qualitativo e potencial estratégia para a redução de custos e riscos aos usuários.⁽¹³⁾

É rotina fazer entrevistas com pacientes, de forma aleatória e em casos específicos, de forma direcionada, como para pacientes com longos períodos de internação, nas quais busca-se investigar a qualidade da assistência, além de itens relacionados à humanização, fluxo de acesso ao serviço de saúde, dentre outros necessários.

São auditadas todas as fichas de atendimento de pronto socorro dos hospitais, representando uma média mensal de 9.500 fichas e todos os laudos de Autorização de Internações Hospitalares (AIH), sendo em média 2.526 laudos mensais.

Em caso de identificar qualquer descumprimento de item contratualizado, é gerada uma não conformidade e sempre que necessário é enviado ao prestador um ofício solicitando uma resposta ao problema identificado. A não conformidade pode estar relacionada a anotações

incompletas, recursos humanos insuficientes para exercer o número de atividades, envio de códigos incorretos, rasuras nos documentos ou preenchimento ilegível, preenchimento incompleto ou outras falhas no processo.⁽¹⁴⁾

Mensalmente todos os auditores elaboram um relatório descrevendo e contabilizando todas as atividades acompanhadas ao longo do mês, tanto numericamente, quanto qualitativamente. Nesse contexto, o enfermeiro auditor exerce papel notório, pois guia, coordena e lidera a equipe no processo de auditoria, demonstrando a necessidade deste profissional estar em constante atualização de conhecimentos para contribuir substancialmente para a melhora da qualidade da assistência ainda que indiretamente.⁽¹³⁾

Outra função destinada aos enfermeiros auditores é participar ativamente na elaboração e avaliação dos contratos, tanto dando respaldo técnico com informações coletadas in loco e nos relatórios, quanto participar das avaliações junto com a diretoria da DRAS e a diretoria dos serviços contratualizados.

Realizaram-se também adequações no processo de trabalho da equipe, como o rodízio de auditores nas instituições contratualizadas, o que contribuiu para o desenvolvimento dos profissionais, por meio da troca de experiências, vivências, maior respaldo técnico para contribuir na elaboração de protocolos, documentos descritivos e contratos.

Nota-se que a auditoria se revela como uma ferramenta essencial para o funcionamento do SUS, na busca pela qualidade dos serviços prestados à população aliado ao emprego adequado da verba pública destinada à saúde. Além disso, a auditoria pode apoiar os gestores na identificação de necessidades eminentes, apuração de possíveis irregularidades que estejam prejudicando o serviço e estruturação de planos de ação para a correção ou adequação dos problemas levantados.⁽¹⁵⁾

Destaca-se que a operacionalização da auditoria na forma concorrente proporciona que o auditor esteja in loco na unidade de atendimento em que o paciente se encontra e em contato com a equipe de Enfermagem e Médica, visualizando divergências nas anotações, sanando dúvidas dos profissionais, observando a qualidade da assistência prestada, visitando o paciente quando necessário, auxiliando na otimização de alguns processos burocráticos que envolvem o SUS, dentre outros.⁽⁷⁾

Em relação a prática do processo de auditar infere-se que ele apresenta grande valia, influenciando diretamente nos custos e qualidade ao usuário da saúde. A auditoria como instrumento para a excelência da gestão em

saúde não pretende em sua primazia apenas identificar anormalidades, mas sim ajustar.⁽¹²⁾

Atualmente na DRAS existem auditores de diversas categorias profissionais, como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, porém sendo apenas os primeiros com cargo instituído. A auditoria em saúde por meio do trabalho de equipes multiprofissionais pode contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada, podendo gerar indicadores de eficiência e efetividade do serviço de saúde e atuar na otimização dos recursos financeiros, em que cada profissão pode desvelar as necessidades do seu campo de atuação, promovendo a integralidade da assistência multiprofissional, adequada e de qualidade.^(16,17) servindo de embasamento para a instituição de cargos de auditores em outras profissões, para além da enfermagem.

Limitações do estudo

Considera-se como limitação desse estudo o remoto acesso a totalidade de documentos que compuseram o processo de implantação da auditoria no município, pois trata-se de um processo amplo que lança mão de muitos documentos.

Outra limitação é que o método utilizado impossibilita generalizar os resultados obtidos, sendo a realizada investigada para o município em questão.

Contribuições do estudo para a prática

Este trabalho pode servir como fonte de consulta, apoio e embasamento para futuros processos de implantação da auditoria operativa em outros municípios. Permite verificar o papel do enfermeiro no processo de implantação da auditoria operativa e de que forma está inserido nessa atividade. Além disso, este trabalho estimula o desenvolvimento de outras pesquisas sobre o tema, divulgando os resultados alcançados com a implantação do serviço.

CONCLUSÃO

Após a implantação e implementação da auditoria operativa em Enfermagem no SUS na Autarquia Municipal de Saúde do município em estudo, foi possível observar por meio dos documentos analisados que esse serviço apresentou um papel fundamental na solidificação da qualidade dos serviços prestados nas instituições: A realização deste processo culminou no alcance de indicadores de qualidade, anteriormente não monitorados, com benefícios diretos à população assistida nos serviços auditados. Melhor cumprimento dos seus princípios e diretrizes, acompanhando o desenvolvimento das ações e serviços dirigidos à população, primando pela qualidade da assistência prestada.

Diariamente são monitoradas, colhidas e analisadas uma grande quantidade de informações vitais no que tange a assistência à saúde dos usuários SUS. Esses dados têm subsidiado discussões entre os gestores do município para o planejamento e melhorias nas políticas e regulamentações na área da atenção hospitalar da região e, conseqüentemente, indicando possíveis fragilidades de outras áreas da saúde, como na atenção primária.

Ressalta-se que a implantação do serviço de auditoria operativa de enfermagem é de suma importância na gestão do SUS, não só na média e na alta complexidade, mas também na atenção primária e demais setores e serviços de assistência à saúde.

Participação dos autores: MCLH participou da concepção, análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; VML participou da concepção do estudo, coleta, interpretação e análise dos dados, redação das versões do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final; DRCP, RG, PSCP, ICKOC contribuíram com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Conflito de Interesse: Não há

REFERÊNCIAS

- Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. *Cad Saúde Colet* [Internet] 2016 [cited 2018 jan 15];24(1):49-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>
- Peruzzo HE, Liberatti VM, Rossaneis MA, Vannuchi MTO, Haddad MCL. Perspectivas, sentimentos e vivências de ouvidores do Sistema Único de Saúde no exercício da função. *Cienc Cuid Saude* [Internet] 2017 [cited 2018 mai 24];16(1). Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36614/19407>
- Viana CD, Bragas LZT, Lazzari DD, Garcia CTF, Moura GMS. Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. *Texto & Contexto Enferm* [Internet] 2016 [cited 2018 fev 25];25(1):e3250014. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-3250014.pdf.
- Silva KR, Lima MDO, Sousa MA. Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. *Rev Gest Saúde* [Internet] 2016 [cited 2018 mar 15];07(02):793-810. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22055>
- Júnior NJO, Cardoso KE. O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar. *Rev. Adm. Saúde*. [Internet] 2017 [cited 2019 out 07]; 17 (68). Available from: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/52/65>.
- Dorne J, Volpato JH. Conhecimentos teóricos de auditoria em enfermagem. *Rev Uningá Review* [Internet] 2017 [cited 2017 dez 11];15(1):8. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/738>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. 2019. [cited 2019 jan 25]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411370>.
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019. Curitiba: SESA; 2016.
- Prefeitura de Londrina. Secretaria de Saúde de Londrina. Composição da Diretoria de Regulação da Atenção à Saúde. [cited 2019 jan 10]. Available from: http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=559&Itemid=603
- Jornal Oficial do Município de Londrina, Londrina, ano XV, n. 2169, 21 maio 2013 [Internet]. [cited 2018 mai 10]. Available from: http://www2.londrina.pr.gov.br/jornaloficial/images/stories/jornalOficial/jornal_2169_assinado.pdf.
- Londrina. Edital de Concurso Público nº 082/2013 - GPQS/DGTES/AMS. [Internet] [cited 2018 abr 25]. Available from: http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_gestao/concursos/edital_082_2013_ams/ams_edital082_concurso_1_.pdf
- Oliveira EM, Silva FWF. Dilemas no processo de auditoria: paradoxos dos serviços em saúde. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* [Internet] 2019 [cited 2019 out 07];17(1). Available from: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4973>.
- Tiburcio APN, Sousa LAA, Santos RFDos. A Importância do Enfermeiro Auditor nas Instituições Hospitalares. *Rev. Psicol Saúde e Debate* [Internet] 2019 [cited 2019 out 07];5(1):50-59. Available from: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V5N1A5/268>.
- Andrade AFSMde, Benevides LNB. Custo efetividade da auditoria concorrente em uma operadora de saúde. *Rev. Adm. Saúde* [Internet] 2019 [cited 2019 out 07];19(75): e162. Available from: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/162/271>.
- Santos EO, Eslabão AD. Práticas de Auditoria no Sistema Único de Saúde: Uma Revisão Integrativa. *Rev Fund Care Online*. [Internet] 2019 [cited 2019 out 07];11(3):792-800. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.792-800>.
- Quevedo ALAde, Leal RM. Auditoria em saúde e economia da saúde: análise de um estudo de caso. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.* [Internet] 2019 [cited 2019 out 07];8(2): 1-132. Available from: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v8i2.503>.
- Santos ATS, Oliveira Cbde, Passos MdoC, Andrade AdaSA, Gallotti FCM. Integralidade do Cuidado na Formação do Enfermeiro: Visões e Vivências do Acadêmico de Enfermagem. *Enferm. Foco* [Internet] 2019 [cited 2019 out 07];10(1): 122-126. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1397/507>.

RECEBIDO:08/10/2019 - ACEITO: 12/02/2020

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM AUTARQUIA PROFISSIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

George Oliveira Silva¹

<https://orcid.org/0000-0001-9863-3161>

Poliana Marques Souza¹

<https://orcid.org/0000-0001-7985-8824>

Alexia Nunes Batista¹

<https://orcid.org/0000-0002-0031-4400>

Claudia Daniele Mendes Barbosa¹

<https://orcid.org/0000-0002-7509-8714>

Ivete Santos Barreto²

<https://orcid.org/0000-0002-0479-2725>

Luana Cássia Miranda Ribeiro¹

<https://orcid.org/0000-0002-4254-2030>

Objetivo: Compartilhar a experiência relacionada a formação de estudantes de graduação em Enfermagem no desenvolvimento de estágio curricular supervisionado em autarquia profissional. **Método:** Relato de experiência sobre o primeiro estágio curricular oportunizado pela criação de convênio entre a Universidade Federal de Goiás e o Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Resultados:** Foram desempenhadas atividades como estudo e reflexão sobre o arcabouço ético-legal que rege a Enfermagem e o Sistema Conselho Federal/Conselhos Regionais de Enfermagem, fiscalizações in loco, participação em reuniões de planejamento, capacitações, audiências e posses de Comissões de Ética de instituições de saúde, atendimento aos profissionais, organização e levantamento de dados sobre os processos éticos. **Conclusão:** O estágio foi inovador e demonstrou ser importante para a formação dos estudantes como enfermeiros por promover o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à dimensão ética da profissão e aos aspectos da gestão.

Descritores: Enfermagem; Ética em Enfermagem; Educação em Enfermagem; Estudantes de Enfermagem.

SUPERVISED CURRICULAR INTERNSHIP IN PROFESSIONAL COUNCIL: CONTRIBUTIONS TO NURSING FORMATION

Objective: To share the experience related to the formation of undergraduate nursing students in the development of supervised curricular internship in professional autarchy. **Method:** Experience report on the first internship offered by the creation of an agreement between the Federal University of Goiás and the Goiás Regional Nursing Council. **Results:** Activities such as study and reflection on the ethical framework about Nursing and the sistem Federal Council / Regional Councils of Nursing were performed, on-site inspections, participation in planning meetings, training, hearings and possessions of ethics committees of health institutions, service to professionals, organization and data collection about ethical processes. **Conclusion:** The internship was innovative and proved to be important for the education of students as nurses by promoting the development of knowledge, skills and attitudes related to the ethical dimension of the profession and management aspects.

Descriptors: Nursing; Nursing ethics; Nursing education; Nursing students.

ENTRENAMIENTO CURRICULAR SUPERVISADO EN CONSEJO PROFESIONAL: CONTRIBUCIONES A LA FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

Objetivo: Compartir la experiencia relacionada con la formación de estudiantes de pregrado en enfermería en el desarrollo de pasantías curriculares supervisadas en autarquía profesional. **Método:** Informe de experiencia sobre la primera pasantía ofrecida por la creación de un acuerdo entre la Universidad Federal de Goiás y el Consejo Regional de Enfermería de Goiás. **Resultados:** Se realizaron actividades como el estudio y la reflexión sobre el marco ético que rige la Enfermería y el sistema Consejo Federal / Consejos Regionales de Enfermería, inspecciones in situ, participación en reuniones de planificación, capacitación, audiencias y posesiones de comités de ética de instituciones de salud, servicio a profesionales, organización y recolección de datos sobre procesos éticos. **Conclusión:** La pasantía fue innovadora y demostró ser importante para la educación de los estudiantes como enfermeras al promover el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con la dimensión ética de la profesión y los aspectos de gestión.

Descritores: Enfermería; Ética de enfermeira; Educación en Enfermería; Estudiantes de enfermería.

¹ Universidade Federal de Goiás

² Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Autor Correspondente: Luana Cássia Miranda Ribeiro - Email: luaufg@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Baseada no relatório Triple Impact of Nursing, a campanha Nursing Now tem promovido esforços para divulgação do impacto da Enfermagem na saúde mundial, tendo como um dos eixos a melhoria da educação para a formação de profissionais mais capacitados⁽¹⁾. Alinhado aos desafios atuais da profissão e pontos chave da campanha, a aquisição de habilidades de gestão e a capacidade de liderança – de importância ímpar para a profissão – confluem na necessidade de aperfeiçoar como essa formação é conduzida⁽²⁾.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Enfermagem, prezam pela formação crítico-reflexiva embasada na aquisição de competências como a tomada de decisões e o desenvolvimento de ações de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção, proteção e reabilitação da saúde. Para além destas, preza pelo desenvolvimento de competências de liderança, comunicação, administração e gerenciamento⁽³⁾.

Para o desenvolvimento dessas habilidades e competências, o estágio curricular supervisionado tem destaque na educação e desenvolvimento dos enfermeiros, pois articula teoria e prática e conseqüente formação para ação-reflexão-ação, que resulta na aprendizagem significativa para o estudante⁽⁴⁾. Constitui-se momento de desenvolvimento e sedimentação de habilidades cognitivas e atitudinais⁽⁵⁾. Todavia, ainda é necessário fortalecimento de vínculos entre Universidade e campos de estágio para favorecer o desenvolvimento e o bom desempenho do estudante,⁽⁶⁾ além de promover sua inserção no mundo do trabalho⁽⁷⁾.

Assim, sendo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) autarquias profissionais disciplinadoras e regulamentadoras do exercício da Enfermagem no Brasil,⁽⁸⁾ também estão se colocando como campos de estágios promissores para a formação dos futuros enfermeiros.

Estudo realizado com profissionais de Enfermagem aborda a percepção limitada sobre a atuação do Conselho, evidenciando confusão sobre os papéis das diferentes organizações de classe⁽⁹⁾. Tais resultados sugerem desconhecimento e distanciamento dos profissionais quanto ao papel do Conselho, fator que pode estar relacionado a déficits na graduação.

Dessa forma, a aquisição de conhecimentos nesse período da formação quando incorporados no saber-fazer – atributo previsto pelas DCN, representam eixo central da formação profissional⁽⁵⁾. Entretanto, quando envolvem as

dimensões da ética do exercício profissional, esforços ainda devem ser travados para a melhoria da formação acadêmica na transversalidade do ensino desse conhecimento⁽¹⁰⁾, bem como na produção científica da Enfermagem na área⁽¹¹⁾.

Em busca realizada em bases de dados no período de julho a setembro de 2019, não foram evidenciados estudos nacionais que abordem as autarquias profissionais como campo de estágio curricular supervisionado para a Enfermagem. Portanto, prezou-se por meio deste relato, contribuir com a literatura e fortalecer a visão das autarquias profissionais como importante campo de prática para a formação em Enfermagem e incentivar que as instituições de ensino também o façam visando contribuir com a formação na área.

Partindo desses pressupostos e tendo em vista a importância da aproximação entre Universidade e Conselho, este estudo teve como objetivo compartilhar a experiência relacionada a formação de estudantes de graduação em Enfermagem no desenvolvimento de estágio curricular supervisionado em autarquia profissional.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, que tem por finalidade relatar observações sistemáticas da realidade vivenciada durante estágio de estudantes de Enfermagem⁽¹²⁾.

Participantes da pesquisa

A experiência relatada foi vivenciada por quatro estudantes do último ano do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG), durante a realização do Estágio Supervisionado III, disciplina da grade curricular e ministrada no último ano do curso de graduação⁽¹³⁾.

A disciplina tem enfoque na dimensão administrativa da Enfermagem, inserindo o estudante no ambiente de prática com a finalidade estimulá-lo a refletir sobre os métodos de organização do trabalho, desenvolver habilidades interpessoais e de liderança para o desempenho das atividades gerenciais, intervir junto aos gestores no cenário de prática e elaborar planejamentos operacionais baseados em demandas identificadas no campo de estágio.

Local do estudo

O cenário da experiência em questão foi o COREN-GO,

autarquia criada pela Lei Nº 5.905/1973⁽⁸⁾, que possui como atividades finalísticas disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão, manter registros dos profissionais, além de conhecer e decidir sobre assuntos envolvendo a ética profissional.

Procedimentos e coleta de dados

O estágio foi oportunizado pelo estabelecimento de um convênio entre a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFMG) e a autarquia a fim de proporcionar aos estudantes em estágio supervisionado contato com responsáveis técnicos de diferentes tipos de serviços, normativas da profissão, diferentes panoramas assistenciais, gerenciais e gerais, além de conhecer de perto seu funcionamento. A ferramenta 5W2H (What, Who, When, How e Where)⁽¹⁴⁾ foi utilizada como estratégias de planejamento, essencial na execução das atividades administrativas.

Assim, foram realizadas atividades gerenciais nos setores de atividades finalísticas: Setor de Fiscalização, Setor de Processo Ético e Apoio às Comissões. O estágio teve carga horária de 311 horas e ocorreu em dois ciclos com dois alunos por ciclo, totalizando 622 horas realizadas entre meses de agosto a novembro de 2018, supervisionado pela professora responsável pela disciplina. A partir da síntese dos resultados alcançados pelo estágio foi elaborado o presente estudo.

Aspectos Éticos

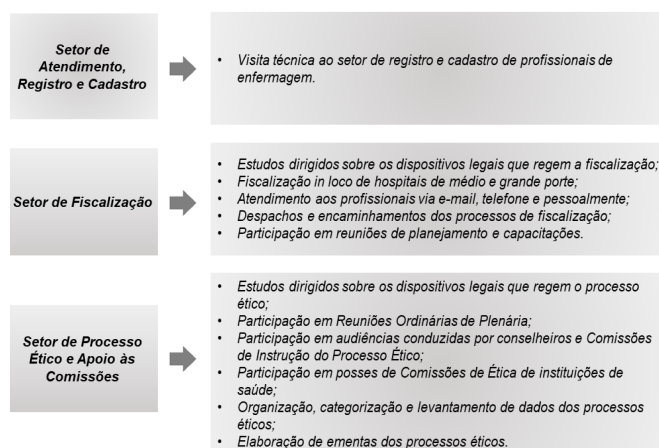
Devido se tratar de um relato de experiência, não houve necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, nos entanto, as instituições envolvidas e os estudantes foram resguardados em sua individualidade.

RESULTADOS

A experiência foi marcada pelo desempenho de atividades com foco em conhecer toda realidade de uma autarquia pública, suas atividades finalísticas e sua importância para o exercício da profissão; identificar e refletir sobre o arcabouço ético-legal para atuação na profissão de Enfermagem; desenvolver habilidades de gestão, utilizando as ferramentas tais como: planejamento, processos de trabalho, educação permanente, utilização de recursos humanos e materiais; além de participação em Reuniões Ordinárias de Plenária (ROP).

Também integrou o cronograma de atividades visita técnica ao Setor de Atendimento, Registro e Cadastro, na qual foi possível compreender as etapas do registro do profissional de Enfermagem. A Figura 1 apresenta as atividades que foram realizadas em cada setor.

Figura 1. Atividades realizadas nos setores do COREN-GO, Goiânia-GO, Brasil, 2018.



DISCUSSÃO

Setor de Fiscalização

Dentre as atribuições legais do Conselho, em âmbito federal e regional, sua principal linha de ação está sustentada em fiscalizar e disciplinar o exercício da Enfermagem. Normatizada pela Resolução COFEN Nº 374/2011 essa atividade finalística ainda inclui atendimento aos profissionais de Enfermagem, orientação quanto a legislação, realização de palestras e o zelo pela ética profissional da profissão⁽¹⁵⁾.

Para melhor compreensão das ações do setor, foram realizados estudos dirigidos durante o estágio com leitura e discussão dos dispositivos legais da profissão, principalmente aqueles relacionados ao processo fiscalizatório, dimensionamento de pessoal, Sistematização da Assistência da Enfermagem (SAE), processo de trabalho da nos diversos setores hospitalares, bem como anotações e registros de Enfermagem recolhidos in loco.

No COREN-GO o processo de fiscalização é norteado pelo planejamento anual com mapeamento de estabelecimentos de saúde e do período em que ocorreu a última fiscalização, sendo este um dos critérios para determinação de prioridade. Também é utilizado como critério de seleção a ocorrência de denúncias. Após seleção ocorre abertura do Procedimento Administrativo de Fiscalização (PAD), documento no qual são catalogadas todas as etapas do processo de fiscalização⁽¹⁶⁾.

Durante o estágio foi oportunizada participação em fiscalizações in loco de hospitais de médio e grande porte na cidade de Goiânia, de cunho público e privado. Tais atividades contribuíram para a compreensão do trabalho realizado pelos enfermeiros fiscais e sua repercussão na proteção do exercício legal da profissão. Pautado na concepção de processo educativo, de estímulo aos valores éticos e va-

lorização do processo de trabalho da Enfermagem, o setor de fiscalização busca disciplinar o exercício profissional por meio da fiscalização⁽¹⁵⁾.

Foram realizados atendimentos aos profissionais via e-mail, telefone e pessoalmente juntamente com a fiscal de plantão, enfermeira fiscal designada para realizar atendimento aos profissionais durante o mês. Tal experiência permitiu visualizar a dificuldade de alguns profissionais de Enfermagem em articular o arcabouço ético-legal da profissão com a prática visando se respaldar de acontecimentos que são recorrentes em unidades de saúde, mas que implicam em infrações éticas, fato corroborado por estudo que avaliou a frequência e motivadores da instauração de processos éticos em Santa Catarina⁽¹⁷⁾.

A ocorrência de infrações éticas evidencia a baixa adesão dos profissionais ao código de ética profissional, fator que suscita a necessidade de avaliar o desempenho dos profissionais e o compromisso ético com sua atuação profissional⁽¹⁸⁾, observado durante a realização do estágio. Nesse sentido, atuação do COREN-GO é pautada na promoção da qualidade da assistência de Enfermagem em todas as instâncias da saúde, no que diz respeito ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e às legislações que normatizam e disciplinam o exercício profissional e, especialmente, atua com vistas a promover uma assistência segura e livre de danos aos pacientes.

As atividades de gestão propostas pelo estágio envolveram a utilização da ferramenta 5W2H. A terminologia refere-se à realização atividades baseadas em planejamentos operacionais que são norteadas pela delimitação de o que será realizado (What), quem implementará (Who), porque (Why), onde (Where), quando (When), como (How) e quanto custará (How much), de tal forma que pode ser utilizada na gestão em diferentes áreas⁽¹³⁾. Foi desenvolvida para a resolução de problemas por meio da descrição das ações planejadas de forma objetiva e cuidadosa para garantir que questões prioritárias sejam resolvidas de forma simples e eficaz⁽¹⁴⁾.

Para contemplar suas etapas, foi necessário compreender o processo de fiscalização e os documentos que o compõem, como instrumentos utilizados pelos enfermeiros fiscais, Relatórios Circunstanciados de Fiscalização (produto documentado da fiscalização), termos de atuação, portarias de designação, pareceres e despachos, para posteriormente estabelecer como prioridade planejamentos operacionais para encaminhamentos e despachos pendentes dos PAD.

O período no setor também foi marcado pela participação em planejamentos e reuniões mensais, entre elas, é

importante destacar o planejamento do mês de agosto que teve como pauta a Ação de Fiscalização Nacional em todas as unidades que oferecem serviços de hemodiálise em resposta a portaria do Ministério da Saúde que reduziu o dimensionamento de pessoal de Enfermagem em unidades de Atenção Ambulatorial Especializada em Doença Renal Crônica.

Foi oportunizado aos estudantes participar do gerenciamento de todo o processo de fiscalização, desde o planejamento até a divulgação dos resultados das fiscalizações realizadas, auxiliando inclusive na confecção do relatório enviado em resposta ao COFEN, atividade que contribuiu significativamente para o desenvolvimento das competências gerenciais de tomada de decisão, comunicação e administração.

Anualmente durante o mês de novembro, os enfermeiros fiscais participam do Capacita Fiscalização, evento interno promovido pela Chefia e Coordenação de Fiscalização com a finalidade de discutir pontos importantes do processo de trabalho dos fiscais e promover capacitações. Trata-se de uma atividade de educação permanente, importante estratégia para consolidação de conhecimentos e atualização dos profissionais que subsidia o desenvolvimento de habilidades e competências para a atuação profissional⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Os estudantes foram inseridos no evento e participaram de reuniões em que foi possível observar a importante articulação que o COREN-GO tem com outros órgãos fiscalizatórios como a Auditoria Fiscal do Trabalho e o Conselho Regional de Farmácia (CRF) do Estado de Goiás.

Setor de Processo Ético e Apoio às Comissões

O sistema de apuração das infrações ético-disciplinares, segundo a Resolução COFEN Nº 370/2010 que altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem, é composto pelo plenário do Conselho como órgão de admissibilidade, as Comissões de Instrução de Processo Ético como órgão de instrução e novamente o plenário com órgão de julgamento⁽²¹⁾. Assim, o COREN-GO dispõe de um setor específico para articular todas as fases do processo ético.

Destaca-se como atividade de suma importância para o bom andamento do período no setor os estudos dirigidos realizados com o Procurador Geral do COREN-GO. Os estudos foram marcados pela exemplificação de possíveis desdobramentos dos processos éticos através de casos reais julgados no COREN-GO, utilizando como instrumentos norteadores a tabela de referência das penalidades e o roteiro para tipificação e dosimetria de penalidade, embasados no CEPE.

O Processo Ético-disciplinar tem por objetivo apurar possíveis infrações éticas disciplinares dos profissionais de Enfermagem durante o exercício profissional, respeitando os princípios constitucionais da ampla defesa e o contraditório, além dos meios e recursos a eles inerentes⁽²²⁾.

Na ocasião, foi oportunizado aos estudantes participar de ROP e oitivas – audiências nas quais são ouvidas as partes envolvidas. As Comissões de Instrução do Processo Ético são responsáveis por realizar essa arrecadação de provas ouvindo as partes⁽²¹⁾.

Além dessas atividades, a participação em posse de Comissões de Ética de Enfermagem foi importante. Normatizadas pela Resolução Nº 593/2018, as comissões representam o COREN dentro das instituições de saúde e zelam pelo cumprimento da legislação de Enfermagem vigente⁽²³⁾. A atuação em tais atividades contribuiu para a sedimentação de conhecimentos sobre a articulação que a autarquia possui com os profissionais e instituições de saúde, além do desenvolvimento de habilidades de comunicação.

O período foi marcado por uma reformulação na estrutura do setor, de forma que foi oportuno a presença dos estudantes para aprendizado, identificação de demandas e apoio. Juntamente com a Comissão Permanente de Acompanhamento dos Processos Éticos, professor tutor, preceptor e Chefia de Gabinete, foram traçados planejamentos operacionais com a ferramenta 5W2H com foco na melhoria do processo de trabalho no setor. A identificação e estabelecimento das demandas prioritárias foi essencial para traçar os planejamentos operacionais.

Logo, o estágio foi norteado em resolver problemas que os próprios estudantes identificaram, sob a supervisão das partes, contribuindo assim para a tomada de decisões. A otimização do espaço do setor foi uma das demandas prioritárias trabalhadas no decorrer do estágio, sendo realizada a redistribuição e reorganização dos armários e a sinalização com placas de orientações no setor, que possibilitou melhor usufruto do espaço.

Não obstante, outra questão prioritária foi a necessidade de padronizar os procedimentos realizados pelos colaboradores junto ao setor, pois as atividades de gestão demandam que os profissionais compreendam sua função e importância no organograma da instituição, sendo fundamental a utilização de estratégias de educação permanente para contemplar tal finalidade⁽²⁴⁾, estratégia sugerida na ocasião para resolução do problema no setor.

O controle do andamento dos processos éticos foi a principal demanda do setor, com maior dedicação de tempo, pois tratava-se de uma demanda da autarquia. Essa atividade envolveu realizar levantamento de dados acerca

dos processos autuados no COREN-GO entre os anos de 2006 e 2018. Por meio dessa, foram identificadas informações como a quantidade de processos autuados por ano, resultados das denúncias, fase atual dos processos e as decisões (arquivamento, absolvição ou aplicação de penalidade). A realização desse levantamento contribuiu para traçar um panorama atualizado do setor e identificar como tem sido a atuação do COREN-GO quanto a essa atividade finalística.

Em estudos correlatos ao levantamento realizado, foi identificado que as principais penalidades aplicadas aos profissionais foram advertências verbais^(17,22), que reforça o caráter educativo que os Conselhos têm tomado frente à infração ética, sempre considerando agravantes e atenuantes. A partir do levantamento de dados, os processos já finalizados foram categorizados e foi oportunizada a elaboração de ementas para publicação em veículo de comunicação oficial com vistas ao aprendizado.

Ressalta-se que todas as ações foram devidamente executadas sob a supervisão do docente e preceptoria conforme disposto no convênio entre as partes.

Contribuições para a formação acadêmica

Apesar de o enfermeiro articular diversas dimensões da profissão na sua atuação, a conscientização acerca das entidades representativas da Enfermagem na sua esfera ética ainda é pouco vislumbrada na percepção dos profissionais⁽¹¹⁾. Assim, compreende-se que a inserção do estudante de Enfermagem no COREN em estágio curricular supervisionado é oportuna para o desenvolvimento de conhecimentos relacionados à ética do exercício profissional e sua aplicação prática.

É sabido que a formação de competências éticas em estudantes de Enfermagem apresenta barreiras, já que muitas vezes os estudantes não conseguem articular esse conhecimento com a prática, o que suscita a necessidade de repensar como esta formação é realizada⁽²⁵⁾. Devido os currículos dos Cursos Enfermagem ainda não contemplarem de forma efetiva a formação ética, profissionais recém-formados ainda não compreendem completamente como pautar sua atuação profissional de forma ética⁽²⁵⁾, o que reforça a necessidade de trabalhar de forma mais contundente essa dimensão ainda na graduação.

Destaca-se também, além das competências pertinentes à dimensão ética e, pelo caráter administrativo do estágio, o desenvolvimento de competências relacionadas à gestão em Enfermagem, como liderança, tomada de decisão, comunicação, trabalho em equipe e gestão de recursos materiais e não materiais, essenciais para a qualificação⁽²⁶⁾.

Destarte, a docente do Estágio avaliou a experiência como exitosa visto que foram desenvolvidas ferramentas da administração e da ética no exercício profissional, já que são raras as oportunidades para a formação de competências éticas no contexto das autarquias profissionais durante a formação em Enfermagem.

Limitações do estudo

Foram limitações do estudo ser realizado em apenas uma autarquia profissional e a escassez de estudos dessa natureza. Entretanto, reforça-se a importância deste relato por poder ser utilizado como modelo para a realização de pesquisas futuras.

Contribuições para a prática

Portanto, têm-se que o estágio curricular supervisionado realizado em autarquia profissional apresentou-se inovador por permitir aos estudantes de Enfermagem, aprofundamento no conhecimento do arcabouço ético-legal da profissão, articulação entre a teoria e a prática, além de promover a percepção do conselho como espaço de atuação profissional. Constituiu-se importante, dada a possibilidade de compreender a funcionalidade do serviço, sua importância como autarquia pública e seu papel na regulamentação do bom exercício da profissão, questões pouco abordadas na graduação devido à falta de proximidade entre Universidade e Conselho.

CONCLUSÃO

A realização do estágio curricular supervisionado no

COREN foi inovadora e demonstrou ser de grande valia tanto para a autarquia quanto para o estudante em sua formação como enfermeiro. Acredita-se que o estágio permitiu o alcance não só a compreensão da importância de se estabelecer um olhar crítico sobre a profissão, mas também na busca de uma atuação ética da Enfermagem, além da contribuição de novas ideias para a autarquia.

Ao fim do estágio, os resultados e contribuições da experiência foram publicizados para o plenário do COREN-GO. Desta forma, espera-se que este estudo se apresente como um estímulo para que outros locais realizem a aproximação entre a academia e a autarquia profissional visando à formação ampliada de futuros enfermeiros com ética, abordagem política e conhecimento da regulamentação do exercício profissional.

A partir desse, observa-se que a aproximação entre as autarquias profissionais e instituições de ensino fortalece a formação crítico-reflexiva, já que este também é local de articulação entre teoria e a prática da Enfermagem. Sugere-se, portanto, que novos estudos sejam realizados a fim demonstrar a importância da inserção de diferentes tipos de campo de estágio nos currículos de graduação como campo de estágio supervisionado.

CONFLITO DE INTERESSES: Não há.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo: LCM, ISB, CDB, ANB, GOS, PMS; Revisão crítica: GOS, LCMR; Revisão final: LCMR, ISB.

REFERÊNCIAS

- Cassiani SHB, Lira Neto JCG. Nursing Perspectives and the "Nursing Now" Campaign. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 20];71(5):2351-2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>.
- Peres AM, Ezeagu TNM, Sade PMC, Souza PB, Gómez-Torres D. Mapeamento de competências: GAPS identificados na formação gerencial do enfermeiro. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 31];26(2):e06250015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06250015.pdf.
- Fontoura Winters JR, Prado ML, Heidemann ITSB. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 23];20(2):248-253. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127745723006.pdf>.
- Marran AL, Lima PG, Bagnato MHS. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 20];13(1):89-108. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4067/406756985006.pdf>.
- Santos EI, Gomes AMT, Marques SC, Ramos RS, Silva ACSS, Oliveira FT. Comparative study of representations of professional autonomy produced by first and last-period undergraduate nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 31];25:e2927. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1919.2927>.
- Restelatto MTR, Dallacosta FM. Vivências do acadêmico de enfermagem durante o estágio com supervisão indireta. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 31];9(4):34-38. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1156>.
- Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohomol E, Neves VR. Trajetória histórica do estágio curricular na graduação em enfermagem no Brasil: dilemas e tensões. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 20];23(4):e58024. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58024>.

8. Brasil. Lei 5.905 de 12 de julho de 1973 (BR) [Internet]. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. 12 jul 1973 [cited 2019 Jan 18]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-590573-de-12-de-julho-de-1973_4162.html.
9. Bezerra MAR, Tôrres LS, Morais LC, Rocha RC, Carneiro CT, Rocha KNS, Rocha SS. Concepções da equipe de enfermagem sobre atuação do sistema Conselho Federal de Enfermagem/Conselhos Regionais. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 07];6(2):20-32. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/2027>.
10. Poorchangizi B, Farokhzadian J, Abbaszadeh A, Mirzaee M, Borhani F. The importance of professional values from clinical nurses' perspective in hospitals of a medical university in Iran. *BMC medical Ethics* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 21];18(1):20. Available from: <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-017-0178-9>.
11. Scochi CGS, Gelbcke FL, Ferreira MA, Lima MADS, Padilha KG, Padovani NA, et al. Doutorado em Enfermagem no Brasil: formação em pesquisa e produção de teses. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 31];23(3):387-84. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/102727>.
12. Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 3ª ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2014.
13. Universidade Federal de Goiás. Resolução CEPEC Nº 1527 de 27 de dezembro de 2017 (BR) [Internet]. Aprova o Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem, grau acadêmico Bacharelado, modalidade presencial, da Faculdade de Enfermagem, Regional Goiânia. 27 dez 2017 [cited 2019 May 31]. Available from: https://www.fen.ufg.br/up/126/o/Resolucao_CEPEC_2016_1427_-_f.pdf.
14. Magalhães Filho FJC, Queiroz AAFSL, Machado BS, Paulo PL. Sustainable Sanitation Management Tool for Decision Making in Isolated Areas in Brazil. *International journal of environmental research and public health* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 17];16(7):1118. Available from: <https://www.mdpi.com/435978>.
15. Costa EO, Germano RM, Medeiros SM. A fiscalização do exercício profissional no Conselho Federal de Enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jun 07];18(1):208-217. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/919>.
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 374 de 23 de março de 2011 (BR) [Internet]. Manual de Fiscalização do Cofen / Conselhos Regionais. 23 mar 2011 [cited 2019 Apr 18]. Available from: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao374_anexo.pdf.
17. Schneider DG, Ramos FRS. Processos éticos de enfermagem no estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jun 14];20(4):1-9. Available from: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/48607>.
18. Beykmirza R, Nikfarid L, Atashzadeh-Shoorideh F, Nasir M. Nursing adherence to ethical codes in pediatric oncology wards. *Nursing ethics* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 21];26(3):924-936. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733017730683>.
19. Tibola TSA, de Carvalho Cordeiro ALP., Stacciarini TSG, Engel RH, Costa DG, Haas VJ. Fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 23];10(2):11-16. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2044>.
20. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Difficulties to implement patient safety strategies: perspectives of nurses. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 14];40(esp):e20180366. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>.
21. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 370 de 03 de novembro de 2010 (BR) [Internet]. Altera o Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolve os profissionais de enfermagem e Aprova o Código de Processo Ético. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2010 [cited 2019 Feb 14]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html.
22. Mendonça FAC, Menezes MV, Amorim SC, Morais FDM, Feitosa EMN, Lacerda CMM. Processo ético de enfermagem no Estado do Ceará: reflexão para prática profissional. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 07];8(2):77-81. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/735>.
23. Silva TN, Freire MEM, Vasconcelos MF, Silva Jr SV, Silva WJC, Araújo PS, et al. Deontological aspects of the nursing profession: understanding the code of ethics. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 21];71(1):3-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0565>.
24. Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MFP, Moura AA, Zanetti ACB. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 20];71(1):126-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>.
25. Yeom HA, Ahn SH, Kim SJ. Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. *Nursing ethics* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 21];24(6):644-652. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733015622060>.
26. Sade PMC, Peres AM. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 21];49(6):988-994. Available from: <http://www.periodicos.usp.br/reusp/article/view/108426>.

RECEBIDO: 15/10/2019

ACEITO: 12/02/2020

